

# Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker

---

Roar Solholm

Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)  
Universitetet i Bergen  
2019

UNIVERSITETET I BERGEN



# Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker

Roar Solholm



Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.)  
ved Universitetet i Bergen

Disputasdato: 07.06.2019

© Copyright Roar Solholm

Materialet i denne publikasjonen er omfattet av åndsverkslovens bestemmelser.

År: 2019

Tittel: Foreldrenes status og rolle i familie- og nærmiljøbaserte intervensjoner for barn med atferdsvansker

Navn: Roar Solholm

Trykk: Skipnes Kommunikasjon / Universitetet i Bergen

## Fagmiljø

Doktorgradsarbeidet er utført ved Institutt for klinisk psykologi (IKP), Det psykologiske fakultet (DPF), Universitetet i Bergen (UiB) og Norsk utviklingsenter for barn og unge (NUBU) (tidligere Atferdssenteret).

NUBU har generøst gitt meg tilgang til data fra to studier som er gjennomført der, en norsk RCT-studie av behandlingseffekten av Parent Management Training – Oregon modellen (PMTO) sammenlignet med ordinær behandling, og en norsk-amerikansk studie av norske terapeuters trofasthet mot PMTO over tid og generasjoner. De har også gitt finansiell støtte til deltakelse på seminarer og konferanser og også bidratt med biveileder, professor Terje Ogden. Hovedveileder for arbeidet har vært Reidar Jakobsen, forsker II ved Regionalt kunnskapssenter for barn og ungdom, Vest.

Doktorgradsutdanningen har blitt gjennomført innenfor rammene av forskerskolen Graduate School of Clinical and Development Psychology ved IKP, og det vitenskapelige arbeidet har i hovedsak blitt utført der.



---

## Takk til

En av forutsetningene for doktorgradsarbeidet har vært en lengre delpermisjon (2001-2008) fra stillingen ved Institutt for klinisk psykologi (IKP) for å kunne delta i planleggingen og gjennomføringen av den nasjonale implementeringen av PMTO i Norge. Jeg vil derfor benytte anledningen til å takke ledelsen ved IKP og Det psykologiske fakultet for at jeg fikk mulighet til dette. Jeg vil også takke mine kollegaer ved IKP som har vist forståelse for, og støttet meg, i arbeidet.

Til kollegaene mine ved det daværende Atferdssenteret (nå NUBU) vil jeg uttrykk en stor takk for de årene jeg fikk være en del av dette fagmiljøet; et fagmiljø som har markert seg i første rekke både nasjonalt og internasjonalt både når det gjelder fagutvikling, forskning og implementering. Høy kompetanse har vært kombinert med imøtekommenhet, ivaretagelse og støtte, og det har vært en udelt glede å få lov til å være en del av dette miljøet. Spesielt vil jeg takke kollegaene i det nasjonale implementeringsteamet for PMTO (NIT-teamet) under ledelse av fagdirektør Elisabeth Askeland. Diskusjonene og meningsutvekslingene i dette tverrfaglige teamet har sterkt bidratt til utviklingen av mine egne oppfatninger og forskningsproblemstillinger, og var en effektiv tankesmie både i kjent og ukjent terreng. Til sammen var vi definitivt «mer enn summen av delene».

Gjennom Atferdssenteret (NUBU) har jeg også vært så heldig å få kontakt med deler av forskergruppen ved Oregon Social Learning Center med Gerald Patterson og Marion Forgatch i spissen. Deres arbeid har på mange måter blitt stående som et eksempel på hvordan god klinisk psykologisk forskning kan utføres, med en teoriutvikling med klar og tydelig forbindelse til praksisfeltet. Takk for alle opplevelser, spennende diskusjoner og den raushet og det mot som ble vist i forbindelse med omformingen av flere tiår med forskning til implementeringen av en evidensbasert praksis i Norge.

Den 22.08.16 døde Gerald Patterson i sitt hjem i Eugene. Han vil bli savnet, både som en enestående vitenskapsmann og som en varm og vennlig person. Han var alltid til stede og villig til å høre på andres erfaringer og ideer.

Til mine veiledere og medforfattere, Reidar Jakobsen, Terje Ogden, Terje Christiansen, John Kjøbli og Ragnhild Bjørknes. Takk for alle viktige bidrag til artiklene, og også for den innsikt og kunnskap dere har vært villig til å dele med meg i prosessen med å lære meg forskerhåndverket. En spesiell takk til Reidar som har vist en enestående tålmodighet og hatt en ukuelig tro på dette prosjektet.

Til Tone for hennes innsats som korrekturleser og diskusjonspartner (og over 40 års samliv). Takk.

## Forord

Atferdsvansker, og den mer formelle diagnostiske betegnelsen, atferdsforstyrrelser, hos barn og unge, defineres ut fra økt forekomst av ulike former for antisosial atferd, opposisjonell atferd og aggresjon hos den enkelte. Atferdsvansker skiller seg fra andre psykiske problemer og lidelser ved at de først og fremst defineres som «sosiale avvik» (Hill & Maughan, 2001b). Betegnelsene beskriver et bredt utvalg av «utagerende» atferd hos barnet eller ungdommen, fra relativt mild opposisjonell atferd som trass og raserianfall, til mer alvorlig fysisk aggresjon, ødeleggelse og stjeling (McMahon, Wells, & Kotler, 2006).

Selv om de diagnostiske betegnelsene, «alvorlige atferdsforstyrrelse» og «opposisjonell forstyrrelse», har en relativt kort historie (introdusert i diagnosemanualene ICD og DSM i henholdsvis 1968 og 1980 (McMahon et al., 2006), har fenomenet med aggressive og ulydige barn og unge alltid opptatt foreldre og samfunnet for øvrig (Costello & Angold, 2001). Disse barnas og ungdommenes problemer går ofte ut over andre, og sentrale debatttema har vært hvem som er ansvarlig for barnas atferd; barnet selv, foreldrene eller samfunnet, og i hvor stor grad samfunnet kan gå inn, overta kontrollen og sette inn tiltak dersom foreldrene ikke klarer å håndtere barna. Historisk sett har måten en har møtt disse barna og ungdommene på variert, og det har også vekslet hvilken «sektor» som har hatt ansvaret for hvordan en skulle håndtere dem. Både religion, jus, skolevesenet, medisin, psykiatri, psykologi og barnevern har i ulike historiske perioder vært premissleverandører (Costello & Angold, 2001). I noen perioder har barn med atferdsvansker mer eller mindre blitt overlatt til seg selv, i andre perioder har de blitt møtt med ulike former for utstøting og isolering, straff, omsorg eller behandling. Rollene som barnet, foreldrene og samfunnet har blitt tildelt har variert, både når det gjelder hvem som har «ansvaret» for at barnet har utviklet atferdsvansker og for intervensjonene som har blitt iverksatt.

I Norge var det tidligere vanlig praksis å plassere barn og unge med alvorlige atferdsvansker i spesialskoler, verneskoler eller institusjoner fordi de ble ansett å være for vanskelige til at de kunne bo hjemme eller i fosterhjem. På 1960 og 1970 tallet ble mange av barna plassert i barnevernsinstitusjoner (barnehjem og miljøhjem) eller behandlet i behandlingshjem eller -avdelinger i barne- og ungdomspsykiatrien (Ogden, 2010b). Rapporter som pekte på negative erfaringer med lukkede institusjonsmiljøer og gruppebehandling av atferdsvansker samt generelt svake behandlingsresultater, medførte at tiltroen til plasseringstiltak avtok (Barne- og familiedepartementet, 2004; Kjelsberg & Dahl, 1998). I tillegg kom det på 1990-tallet en økende mediekritikk av, og politisk bekymring for, effekten av tilbudene til denne gruppen (Askeland & Christiansen, 2010; Ogden, Askeland, Christensen, & Kjøbli, 2017; Solholm, Askeland, Christiansen, & Apland, 2014).

På bakgrunn av dette, utarbeidet det daværende Barne- og familiedepartementet en handlingsplan som beskrev flere satsningsområder: a) tydeliggjøring av ansvarsforhold i forvaltningen og mellom ulike forvaltningsnivå, b) utbygging av varierte fylkeskommunale tiltak og institusjonsplasser, c) utvikling av en fylkeskommunal konsultasjonstjeneste og d) iverksetting av forskning og kompetanseutvikling. (Barne- og familiedepartementet, 1997). Som en del av planen ble Norges forskningsråd (NFR) bedt om å arrangere en ekspertkonferanse for å finne frem til effektive og evidensstøttede tiltak for barn og unge med atferdsvansker (Askeland & Christiansen, 2010; Solholm et al., 2014; Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005). I etterkant av konferansen ble det utarbeidet en rapport som foreslo innføring og igangsetting av en rekke behandlingstiltak og forskningsprosjekter rettet mot barn og unge med atferdsvansker (Zeiner et al., 1998). Basert på rapporten tok de to departementene initiativ til å innføre nye evidensbaserte programmer, både forebyggingsprogrammer og behandlingsprogrammer (Barne- og familiedepartementet, 1997; Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson, & Bullock, 2005). Fells for programmene var en langt større satsing på familie- og nærmiljøbaserte tiltak samt krav om at tiltakene skulle underbygges med norske forskningsresultater.

Det ble, fra myndighetens side, satset på tre programmer: a) Multisystemisk terapi (MST) for unge over 13 år (Christensen & Maurseth, 2007; Sjøbu & Henggeler, 2013), b) Parent Management

Training – Oregon modellen (PMTO<sup>1</sup>) for gruppen 4-12 år (Askeland, Apeland, & Solholm, 2014; Forgatch & Gerwartz, 2017; Forgatch & Patterson, 2010; Solholm et al., 2005) og De utrolige årene (DUÅ) (Webster-Stratton, 2005; Webster-Stratton & Reid, 2017).

PMTO har hatt en planlagt, gradvis implementering gjennom etableringen av klynger eller kompetansemiljøer, først i det daværende fylkeskommunale barnevernet og spesialisthelsetjenesten, senere i Bufetat og helseforetakene (Patras, 2010). Gjennom utviklingen av forebyggingsprogrammet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) har PMTO også blitt en del av det kommunale tjenestetilbudet i mange kommuner.

Parallelt med importen og implementeringen av de anbefalte programmene har det blitt importert eller utviklet programmer som har bidratt til å utvide behandlingstilbudet til barn og unge med atferdsvansker, f.eks. skoleprogrammet PALS (positiv atferd, støttende læringsmiljø og samhandling i skolen)(Arnesen, Sørlie, & Ogden, 2006), FFT (funksjonell familierapi) (Mørkrid & Christensen, 2007), ART (aggression replacment training) (Moynahan, Strømgren, & Gundersen, 2005) og MulifunC (institusjonsbehandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker)(Andreassen, 2003).

Alle de importerte programmene bygger i hovedsak på det samme teoretiske grunnlaget og er karakterisert ved at de systematisk involverer andre enn barnet/ungdommen direkte i det terapeutiske arbeidet. Selv om både foreldre og personalet i skole/barnehage også engasjeres i andre terapier med barn, skjer det i disse programmene på en planlagt og systematisk måte. Programmene var godt utprøvd og dokumentert i USA da de ble importert til Norge (Zeiner et al., 1998), og gjennom etterfølgende norske studier har en funnet en tydelig behandlingseffekt sammenlignet både med regulær behandling og venteliste, ved behandlingsslutt (Larsson et al., 2009; Ogden & Hagen, 2006; Ogden & Hagen, 2008) og ved oppfølging (Hagen, Ogden, & Bjornebekk, 2011). En har også funnet støtte for den teoretiske modellen som ligger bak programmene (Ogden & Hagen, 2008).

Den statlige satsingen har radikalt endret behandlingstilbudet for barn og unge med atferdsvansker i Norge og ført til en dreining bort fra et behandlingstilbud preget av utstøting fra nærmiljø og plassering på spesialiserte institusjoner over til hjelp som gis som en del av tilbudet i lokalmiljøet der barna bor. Holdningsendringen kan selvsagt ikke utelukkende knyttes til innføringen av nye forebyggings- og behandlingsprogrammer, men disse har klart bidratt til å sette søkelyset på problemstillingene og støttet opp om endringen. Det er imidlertid også erkjent at noen unge har så store og omfattende atferdsvansker at de ikke kan få effektiv hjelp med familie og nærmiljøbaserte programmer. De har fortsatt behov for skjerming og behandling i en institusjonell setting (Andreassen, 2003).

Til tross for satsingen, viser undersøkelser at det fortsatt er vanskelig å få en god nok oversikt over tilbudet til barna med atferdsvansker, og det er mye som tyder på at det fortsatt er mange i denne gruppen som ikke får et effektivt behandlingstilbud (Skogen & Torvik, 2013). Det er derfor behov for å utvikle og tydeliggjøre disse behandlingsprogrammene videre, både mht. innhold og som tjenester på ulike nivåer. Foreldrene er helt avgjørende for at programmene skal fungere, og effektiv støtte til endring i foreldrefunksjonen betyr indirekte at barna får bedre hjelp. En mer inngående kjennskap til den norske foreldregruppen er viktig for å kunne vurdere virkningene av de ulike rollene og forventningene en har til dem, hvilke endringer en kan forvente og om dette bør føre til justeringer av innholdet og vekten av ulike behandlingskomponenter og -moduler. En kan også tenke seg at det er behov for å utvikle tilleggskomponenter og -moduler som en direkte konsekvens av bedre kjennskap til foreldregruppen.

---

<sup>1</sup> Parent Management Training – Oregon Model omtales nå som GenerationPMTO (Forgatch & Gerwartz, 2017). I avhandlingen vil hovedsakelig PMTO bli brukt da det er dette navnet som har fulgt implementeringen i Norge



---

## Abstract

During the last two decades, there has been a marked change in the public services for children with conduct problems in Norway, both at the primary and specialist level. Norwegian authorities have taken an initiative to fund the importation and implementation of well-documented treatment programs from abroad (mainly the US) and the programs has been culturally and socially adapted to ordinary clinical settings in Norway. The programs are variants of Parent Management Training (PMT), and share a common theoretical basis. The programs emphasize an ecological, family and community perspective, both in their understanding of how conduct problems are developed and maintained, and in their choice of interventions. Negative parent-child interaction and lack of parental skills is considered the proximal risk factor for developing conduct problems, later fine-tuned and diversified through the children's peer relations. The interventions are directed at parents and aimed at developing parent skills and change negative parent child interaction. To achieve this goal, parents are systematically taught a variety of operant and social learning techniques which are practiced in role-play and various home assignments. These techniques are imbedded in a general understanding of attachment and communication theory.

Parents and parental skills play a central role in these intervention programs, but there is little empirical information about the characteristics of the parents in Norway, for example how these characteristics may influence the parents participating in the programs.

Building on central elements and components of the implemented treatment programs (PMTO), a new Norwegian programs has been developed for the municipality level and aimed more at early prevention and interventions (Norwegian acronym TIBIR).

Paper I describes the development of the program, Early Initiatives for Risk (TIBIR), its theoretical rationale, intervention modules and practical considerations. The development of the program was a response to the authorities request to make evidence-based knowledge and PMTO available in various setting and arenas in the municipality-based services for children. The program was designed to identify children with conduct problems as early as possible and to offer tailored interventions as a part of the ordinary primary services for children in the municipalities. The paper discusses some of the challenges concerning the programs ability to reach various risk groups as well as challenges with quality assurance and fidelity maintenance.

The implementation of empirically supported treatment (EST) is recommended as a way to transfer knowledge from research to clinical practice. The aim is to improve service quality. Critics and supporters alike have been concerned with client representativeness in such studies, i.e. to what degree participation in EST studies resemble the target group in usual care settings. Paper II explores and describes central family and parent characteristics of Norwegian families with conduct disorder children. The families (N = 376) were recruited from ordinary clinical practice in connection with two evaluation studies of PMTO in Norway, one randomized control study and one large-scale implementation study in routine practice. Data indicated that there were few differences between the two samples and thus that the parent at family characteristics found in the RCT were considered representative of help-seeking families with conduct disorders children in Norway. The Norwegian families had a low problem levels and their problem profile differed from the problem profile of participants in studies published in the US. Given this, one could perhaps expect even better outcome results.

One area where the parents showed increased problems was parenting stress. Parents rated lower on scales measuring perception of global health and wellbeing, and higher on indications on acute and long-lasting stress. These results applied only to the mothers, not the fathers. In Paper III, we investigated possible changes in mothers' perception of distress and well-being over the course of treatment of child conduct problems. Several measures of well-being and distress showed significant change over the period from intake to post treatment. The changes were significantly related to

perceived changes in children's conduct problems, but this only predicted a small part of the variance. The results also indicated that mother's involvement in the treatment of their child conduct problems resulted in beneficial effect on mother's perception of well-being and distress, regardless of treatment condition.

In the thesis, I argue that patient characteristics, culture and preferences also should include parent and family characteristics when the patient is a child. In my opinion, knowledge of parent and family characteristics will be decisive in the further development of PMT for families with children with conduct disorders. I also argue that these characteristics are important even if they do not directly relate to child conduct problems. Meeting parents' need and problems could reduce parent stress and improve their function in areas that are important to them, thus making parents with more confidence and energy. This is important for parents with the task of raising children with conduct problems.

Active participation from parents are decisive for securing children with conduct problems high quality service. Programs that has been developed (PMT) specify central topics and tasks where parents should improve to a certain standard. However, what roles parents should have in these programs and what expectation they are met with from the therapists are poorly defined. A better understanding of role expectations may make the therapist more confident and make it easier to motivate parents.

The realization that parents have a central role in both in the development and intervention of conduct problems in children is built on solid research and clinical knowledge, but this could result in an understanding that stigmatize parents and individualizes the responsibility for prevention and treatment. It is important that public services continue to look for and develop effective interventions that can support parents in a demanding and challenging situation.

## Publikasjonsliste

- Solholm, R., Kjølbi, 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. *Prevention Science, 14*(6), 535-544. doi: 10.1007/s11121-012-0334-x.
- Solholm, R., Ogden, T., & Jakobsen, R. (2014). Conduct problems in children. Characteristics of families recruited for a clinical outcome trial as compared to families in an implementation study. *Children and Youth Services Review, 42*, 1-9. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.03.019
- Solholm, R., Bjørknes, R., & Jakobsen, R. (2018) Change in Mothers' Perception of Well-Being and Distress Following Treatment of Child Conduct Problems. Resubmitted for publication. *Journal of Child and Family Studies*

---

## Liste over forkortelser

ADHD	Attention Deficient Hyperactivity Disorder
APA	American Psychological Association
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CBCL	Child Behavior Checklist
CD	Conduct disorder
DAS	Dyadic Adjustment Scale
DSM 5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Utgave
DUÅ	De utrolige årene
EBPP	Evidensbasert psykologisk praksis/Evidence based psychological practice
EBP	Evidensbasert praksis/Evidence based practice
EST/ESB	Empirically supported treatment/Evidensstøttet behandling
FACES III	Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scale
FFQ	Family Finance Questionnaire
Generation PMT	Senere navn på det som i Norge er kjent som PMTO
GHQ-28	Global Health Questionnaire
ICD-10	International Classification of Diseases 10. revisjonen
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List
KFR	Kortvarig foreldrerådgiving
KIT	Kommunalt implementeringsteam
LK	Konsultasjon til lærere og førskolelærere
LSI-studie	Storskala implementeringsstudie
MST	Multisystemisk terapi
Multifunc	Institusjonsbehandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker National
NIRN	Implementation Research Network
NIT	Nasjonalt implementeringsteam
NTNU	Norges teknisk vitenskapelige universitet

---

NUBU	Norsk utviklingssenter for barn og unge
ODD	Oppositional Defiant Disorder
OSCL	Oregon Social Learning Center
PMT	Parent Management Training
PMTO FG	PMTO Foreldregruppe
PMTO	Parent Management Training- Oregon modellen
PPT	Pedagogisk psykologisk rådgivningstjeneste
RCT-studie	Randomized Controlled Treatment studie
RIT	Regionalt implementeringsteam
RS	Regulært tilbud
SCL-5	The Symptom Checklist
SFO	Skolefritidsordning
SFT	Sosial ferdighetstrening
SIL-modellen	Social Interaction Learning Model
SSB	Statistisk sentralbyrå
SUQ	Substance Use Questionnaire
TIBIR	Tidlig innsats for barn i risiko
TRF	Teachers Report Form

# Innhold

<b>FAGMILJØ</b> .....	<b>1</b>
<b>TAKK TIL</b> .....	<b>3</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>6</b>
<b>PUBLIKASJONSLISTE</b> .....	<b>8</b>
<b>LISTE OVER FORKORTELSER</b> .....	<b>9</b>
<b>INNHold</b> .....	<b>11</b>
<b>1. INTRODUKSJON</b> .....	<b>13</b>
1.1 FOKUS OG RAMMER FOR AVHANDLINGEN .....	13
1.1.1 Foreldrenes rolle i teori om utvikling og vedlikehold av atferdsvansker .....	13
1.1.2 Foreldres status og rolle i behandling av atferdsvansker .....	14
1.1.3 Kravet om evidensstøttet praksis .....	14
1.1.4 Programutvikling og implementeringskunnskap .....	15
1.2 TEMA OG PROBLEMSTILLINGER .....	15
<b>2. ATFERDSVANSKER OG ATFERDSFORSTYRRELSER</b> .....	<b>17</b>
2.1 DEFINISJON OG BEGREPSAVKLARING .....	17
2.2 DIAGNOSEN ATFERDSFORSTYRRELSE .....	18
<b>3. FORELDRES ROLLE I PATTERSONS TEORI OM UTVIKLING OG VEDLIKEHOLD AV ATFERDSVANSKER</b> .....	<b>20</b>
3.1 DET ØKOLOGISKE PERSPEKTIVET .....	21
3.1.1 Kontekst og atferdssettinger .....	22
3.1.2 Dynamikken i sentrale relasjoner .....	22
3.1.3 Selvregulering .....	25
3.2 UFORDRINGER OG FØLGER FOR FORELDRE .....	26
<b>4. FORELDRENEs ROLLE I PSYKOLOGISK BEHANDLING</b> .....	<b>30</b>
<b>5. KRAVET TIL EVIDENS I FORSKNING OG PRAKSIS. BETYDNINGEN AV IMPLEMENTERINGSKUNNSKAP</b> .....	<b>34</b>
5.1 EVIDENSDEBATTEN .....	34
5.1.1 Krav til forskning og status som evidensstøttet behandling .....	34
5.1.2 Evidensbasert psykologisk praksis .....	37
5.1.3 Krav til EBP – programutvikling og implementering.....	40

---

<b>6. MÅLSETTING FOR DOKTORGRADSARBEIDET.....</b>	<b>46</b>
<b>7. METODE .....</b>	<b>47</b>
7.1 ARTIKKEL I. UTVIKLINGEN AV TIBIR.....	47
7.1.1 <i>Bakgrunn</i> .....	47
7.1.2 <i>TIBIR-intervensjonene</i> .....	48
7.1.3 <i>Implementering og kvalitetssikringsystemer</i> .....	52
7.2 ARTIKKEL II OG III. DE EMPIRISKE ARBEIDENE .....	53
7.2.1 <i>Deltakere</i> .....	53
7.2.2 <i>Prosedyre</i> .....	54
7.2.3 <i>Måleinstrumenter</i> .....	54
7.2.4 <i>Opplysninger om barna</i> .....	56
<b>8. RESULTAT.....</b>	<b>58</b>
8.1 OPPSUMMERING AV ARBEID I.....	58
8.2 OPPSUMMERING AV ARBEID II.....	59
8.3 OPPSUMMERING AV ARBEID III .....	60
<b>9. DISKUSJON .....</b>	<b>61</b>
9.1 TIBIR - PROGRAMUTVIKLING FOR Å ETABLERE EN EVIDENSBASERT PRAKSIS .....	61
9.2 KJENNETEGN VED FORELDREGRUPPEN OG ENDRING I LØPET AV BEHANDLINGSFORLØPET ....	64
9.3 STYRKER OG SVAKHETER VED ARBEIDENE .....	68
9.4 IMPLIKASJONER FOR FORELDRENE ROLLE I TILTAK FOR BARN MED ATFERDSVANSKER .....	70
9.5 AVSLUTTENDE KOMMENTAR .....	74
<b>LITTERATUR .....</b>	<b>75</b>

# 1. Introduksjon

## 1.1 Fokus og rammer for avhandlingen

Dette arbeidet handler om tilbudet til *barn* med atferdsvansker i Norge, dvs. tilbudet til individer med atferdsvansker som er 12 år eller yngre, deres familier og foreldre. Fokus vil være på foreldrene plass i teori og intervensjonsprogrammer, hva som kjennetegner foreldrene som gruppe, hvilke endringer de opplever som følge av intervensjoner og hvilket behov de har for hjelp og støtte. For å belyse dette er det tatt utgangspunkt i erfaringer med den importerte foreldreveiledningsmodellen PMTO og den beslektede og norskutviklede intervensjonsmodellen, TIBIR. Begge disse modellene implementeres på landsbasis og omtales som evidensstøttede.

Innføringen av familie- og nærmiljøbaserte behandlingsmetoder for barn med atferdsvansker har skjedd parallelt med, og vært sterkt assosiert med fremveksten av, eller endringen i, fire sentrale perspektiver når det gjelder behandlingen av barn: 1) det teoretiske perspektivet på foreldrenes<sup>2</sup> og familiens rolle i utviklingen og vedlikehold av atferdsproblemer 2) synet på omsorgspersoners rolle i forebygging og psykologisk behandling av barn med atferdsvansker, 3) kravet om en mer evidensbasert praksis og 4) fremveksten av kunnskap om implementering av behandlingsprogrammer. Dette er ikke perspektiver som kun er avgrenset til behandling av atferdsvansker, men som på dette feltet har fått ett av sine klareste uttrykk i Norge. Det siste perspektivet er særlig aktuelt i forbindelse med utviklingen og implementeringen av kommunalt tilpassede programmet, TIBIR.

Alle disse perspektivene er del av et nødvendig «bakteppe» for de spesifikke problemstillingene som tas opp i avhandlingen, og de vil derfor kort bli presentert i introduksjonen. Senere vil sentrale aspekter ved disse perspektivene bli presentert nærmere, men bare i den grad de vurderes som direkte relevant i forhold til argumentasjonen relatert til de ulike temaene, og presentasjonen tar ikke mål av seg til å være uttømmende.

### 1.1.1 Foreldrenes rolle i teori om utvikling og vedlikehold av atferdsvansker

Forskning har vist at foreldre-barn samspill og (mangelfulle) foreldreferdigheter er primære proksimale risikofaktorer som kan bidra til utviklingen og vedlikeholdet av atferdsvansker (f.eks. Kazdin, 2005; McMahon et al., 2006; Reid, Patterson, & Snyder, 2002). På bakgrunn av dette har Gerald Patterson og hans kollegaer ved Oregon Social Learning Center (OSLC) utviklet en modell for utvikling og vedlikehold av atferdsvansker. Utviklingen gjerne starter med at barna viser relativt uskyldig antisosial atferd, og der foreldrene gjennom sin måte å møte barna på bidrar til en negativ samhandling som øker, sementerer og utvikler barnas antisosiale atferd videre (Forgatch & Gerwartz, 2017; Forgatch & Patterson, 2010). Etter hvert som barna blir ungdommer og orienterer seg mer mot andre enn foreldrene, overtar samspillet i kameratgruppen som den mest sentrale proksimal risikofaktoren. Modellen beskriver både det mikrososiale samspillet mellom familiemedlemmer og den betydningen kontekst har gjennom påvirkningen av foreldrenes ferdigheter. Intervensjoner som retter seg mot å endre samspillsmønstrene og bedre foreldreferdighetene har resultert i positive endringer i barns atferd og fungering både på kort og lang sikt (Forehand, Jones, & Parent, 2013; Forgatch & Gerwartz, 2017; Forgatch & Patterson, 2010; Ogden & Hagen, 2008; Patterson, 1982; Patterson, Reid, & Dishion, 1992a, 1992b). Modellen er etter hvert blitt en del av den generelle kunnskapsbasen om atferdsvansker (f.eks. Forehand et al., 2013; McMahon et al., 2006). I Norge har

---

<sup>2</sup> Med foreldre menes både foreldre og foresatte som har aktiv omsorg for barn



den teoretiske modellen blitt særlig kjent og utbredt gjennom aktiviteter knyttet til innføringen av de nye foreldretreningsprogrammene for atferdsvansker.

### 1.1.2 Foreldres status og rolle i behandling av atferdsvansker

Et sentralt kjennetegn ved foreldretreningsprogrammene er vektleggingen av opplæring og trening av nære omsorgspersoner slik at disse skal stå bedre rustet til å møte barna på en adekvat måte i det daglige samspeilet. Foreldre involveres direkte, og i omfattende grad, både i behandlings- og forebyggingsformatene av programmene. Bakgrunn for satsingen er den posisjonen foreldrene har i rådende teori og forskning om utvikling og vedlikehold av atferdsvansker hos barn, men også den dokumenterte behandlingseffekten av foreldretrening, kliniske erfaringer med enkeltfamilier og responsen fra disse (Forehand, Lafko, Parent, & Burt, 2014). De mange møtepunktene og den tiden sentrale omsorgspersoner har sammen med barna, gir dem en unik mulighet til å kunne påvirke barna i positiv retning langt ut over effekten av ukentlige møter med en behandler.

Å ha omsorgen for og å oppdra barn med atferdsvansker er en krevende (Morgan, Robinson, & Aldridge, 2002), og mange foreldre opplever dette som belastende og stressfullt (Baker & Heller, 1996). Tatt i betraktning den sentrale posisjonen foreldre har også i de norske variantene av programmene, er det lite forskning om kjennetegn ved foreldrene, hvilke roller og funksjoner som kreves av dem i programmene, hvordan de opplever deltakelsen og hvilke endringer de gjennomgår som resultat av deltakelse i programmene. En vet f.eks. ikke om foreldrene opplever deltakelsen og rollekravene i foreldretreningsprogrammene som en tilleggsbelastning eller om involveringen skaper mening og oppleves som støtte og hjelp. Å få mer kunnskap om dette blir dermed en viktig forskningsoppgave slik at en kan møte foreldrene mer spesifikt på de behovene de har.

### 1.1.3 Kravet om evidensstøttet praksis

Foreldretreningsprogrammene har blitt innført i en periode der det, innen flere disipliner, har vært satt søkelys på evidensstøttet behandling (ESB) og evidensbasert praksis (EBP)<sup>3</sup>. Programmene har da også i høy grad identifisert seg med den såkalte «evidensbevegelsen». Et sentralt poeng her har vært at et ordinært klinisk tjenestetilbud skal være forskningsbasert og dermed representere «det beste tilbudet» innen kartlegging, behandling og forebygging (Hawley & Weisz, 2002). Det har imidlertid blitt stilt spørsmål om relevansen av forskning som grunnlag for EBP, bl.a. har det vært hevdet at både klientkarakteristika, terapeutkarakteristika, karakteristika ved behandlingen samt målsettingen og den terapeutiske konteksten i forskningsutvalg skiller seg vesentlig fra hva som kjennetegner disse dimensjonene i et ordinært tjenestetilbud (Kazdin, 2008). Kritikken rammer i hovedsak utfallsstudier som er gjort utenfor en ordinær behandlingssammenheng, såkalte «efficacy»-studier, men også studier som er utført innen et ordinært tilbud, «effectiveness»-studier (Kazdin, 2003b). Selv om de sistnevnte antas å ha en større økologisk validitet, kan strenge metode- og designkriterier medføre at utvalgene blir selektert på en måte som kan svekke generaliserbarheten av resultatene. Det er derfor viktig å utforske karakteristika ved klientgruppen og forskningsdesignene nærmere.

I tråd med prinsipperklæringen fra den amerikanske psykologforeningen, (en erklæring som også Norske psykologforening har sluttet seg til) er evidensgrunnlaget for EBP basert på tre grunnpilarer: 1) den best tilgjengelige forskningen, 2) klinisk ekspertise og 3) klientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006). Mye av forskningen har omhandlet behandlingsutfall, og det har vært mindre oppmerksomhet fra forskningshold når det gjelder klinisk ekspertise og klientkarakteristika. I og med at det evidensbaserte behandlingstilbudet til barn med atferdsvansker som anbefales er ulike varianter av foreldreveiledningsprogrammer, vil klientenes ønskemål og egenskaper ikke bare omhandle

<sup>3</sup> De tilsvarende engelske uttrykkene er henholdsvis «Evidence supported treatment» (EST) og «Evidence based practice» (EBP).

kjennetegn ved barna selv, men også ved deres familier og foreldre. En har en del kunnskap om kjennetegn ved barna, og også om foreldre og familien på dimensjoner som er sentralt i forhold til teori omkring utvikling og vedlikehold av atferdsvansker, f.eks. grensesetting, forsterkning av prososial atferd, endring av samhandlingsmønstre o.l., men lite ut over dette. Mange av forestillingene som er rådende om egenskaper ved foreldrene og familien til barn med atferdsvansker stammer, i likhet med programmene selv, fra teoretiske modeller som er utviklet ut fra kjennskap til klientpopulasjonen og konteksten i USA. Selv om programmene også har hatt en dokumentert effekt under norske forhold (Ogden & Hagen, 2008; Ogden & Halliday-Boykins, 2004), er det uklart om ulikheter i f.eks. sosioøkonomiske og kulturelle forhold, behandlingstilbud og velferdsordninger, gjør at disse programmene fungerer annerledes i Norge enn i USA. En metaanalyse av Gardner, Montgomery og Kerr (2016) tyder imidlertid på, i motsetning til det som vanligvis antas, at effekten av evidensbaserte foreldretreningsprogrammer er minst like stor når de transporteres til land som er ulike med hensyn til kultur og organisering av hjelpetjenestene. Spørsmålet er likevel om en kunne fått en tilleggs effekt med en tilpasning av programmet til mer lokale forhold.

Det foreliggende arbeidet tar ikke mål av seg til å gi et fullverdig svar på denne problemstillingen, men bidrar til å gi en bredere, empirisk basert, beskrivelse av foreldrene og familiene til barn som får tilbud om PMTO i Norge. I neste omgang vil en slik beskrivelse kunne bidra til at en bedre kan levere et skreddersydd tilbud tilpasset familiens egenskaper og ønskemål.

### 1.1.4 Programutvikling og implementeringskunnskap

Parallelt med innføringen av PMTO og det norskutviklede programmet, TIBIR, har det, både nasjonalt og internasjonalt, blitt en økt oppmerksomhet om betydningen av implementering som egen virksomhet, og feltet er i ferd med å etablere seg som en egen vitenskapelig disiplin. Mens en tidligere var mest opptatt kvaliteten på selve programmene, har en i økende grad blitt opptatt av hvordan ulike forhold kan virke inn på implementeringsprosessen, svekke eller styrke implementeringskvalitet og derigjennom også effekten av programmene. Dette har i sin tur fått klare konsekvenser for tenkningen om utformingen og innramming av nye programmer. (Fixsen, Blase, Duda, Naoom, & Van Dyke, 2010; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Hoagwood et al., 2017; Ogden, 2010a, 2012a; Sørli, Ogden, Solholm, & Olseth, 2010).

Utviklingen av TIBIR gjenspeiler (i sine moduler) altså ikke bare de faglige prinsippene og innholdet som ligger til grunn for PMTO, men tar også hensyn til under hvilke forutsetninger de ulike modulene skal implementeres for å få størst mulig effekt.

## 1.2 Tema og problemstillinger

Det første arbeidet beskriver et forsøk på å utvikle en evidensbasert praksis, TIBIR, 1) basert på retningslinjene for evidensbaserte programmer, 2) de teoretiske prinsippene bak og 3) forskning knyttet til PMT/PMTO, behandlingserfaringer og tilbakemeldinger fra klienter. Målet var å integrere kunnskap fra disse kildene i utformingen av et intervensjonsprogram som kunne implementeres og tas i bruk i større skala i kommunal sektor. Foreldrenes rolle og behov står sentralt i dette programmet.

De to øvrige arbeidene er empiriske, og er et bidrag til beskrivelsen av 1) kjennetegn og egenskaper ved foreldre og familier til barn med atferdsvansker i Norge, og 2) endringer hos foreldrene som følge av terapeutisk intervensjon. Dette anses som viktig både fordi de fleste studiene konsentrerer seg om kjennetegn ved, og endring hos barna, eller kjennetegn og endring hos foreldrene som teoretisk har en direkte sammenheng med barnas (problem-)atferd (Kazdin & Wassell, 2000). Hva som kjennetegner disse familiene ut over dette, er mindre undersøkt (Baker-Ericzén, Hurlburt, Brookman-Fraze, Jenkins, & Hough, 2010). En nærmere beskrivelse av foreldre- og familiekarakteristika kan gi en større forståelse av hvordan disse påvirker eller påvirkes av barn med atferdsvansker og dermed gi grunnlag utvikling og forbedring av ulike intervensjoner for å hjelpe familiene.

Meta-studien til Baker-Ericzén et al (2010) viser at det, i USA, er store forskjeller i kjennetegn og problembelastning mellom utvalgene i såkalte «efficacy» - utvalg og det hun benevner som «community» -utvalg, dvs. barn og foreldre som mottar hjelp som en del av det ordinære tilbudet i sitt nærmiljø. Forskjellene gjelder både karakteristika ved barna, men også ved familiene og foreldrene. Med utgangspunkt i dette funnet, samt den generelle debatten om forskningsrelevans og klientrepresentativitet, blir det, i det andre arbeidet, undersøkt hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte, familiene og foreldregruppen i to norske studier om PMTO i Norge skiller seg fra hverandre og om kjennetegn ved det totale utvalget kan tas som et uttrykk for profilen til foreldrene til gruppen som søker hjelp i det ordinære hjelpeapparatet.

I tillegg til å vise en forskjell mellom «efficacy» -utvalg og «community» -utvalg viste Baker-Ericzén et als studie at begge gruppene hadde relativt omfattende og sammensatte problemer på en lang rekke områder. Et naturlig spørsmål er om dette reflekterer sosioøkonomiske og kulturelle forhold i USA, eller om dette også gjelder Norge. Den aktuelle studien er ikke en komparativ studie som kan gi noe svar på dette. Der det foreligger andre undersøkelser med samme metode/instrument eller generelle befolkningsdata, vil en imidlertid kunne få en viss pekepinn på enkelte områder. Generelt vil en likevel kunne si noe om problemnivå og problemprofil i det norske utvalget. Dersom nivå og profil skiller seg vesentlig fra amerikanske undersøkelser, er det et argument for å undersøke dette nærmere, og på sikt etablere en norsk empirisk kunnskapsbase om foreldrene til barn med atferdsvansker.

Det siste arbeidet tar utgangspunkt i beskrivelsen av foreldregruppen og undersøker om det skjer endringer hos foreldre i løpet av intervensjonsperioden, og i tilfelle hvilke. Bakgrunnen for dette er antakelser om at det skjer flere og viktige endringer med foreldregruppen og familien som resultat av behandling enn de som vanligvis blir kartlagt (Kazdin & Wassell, 2000), og at disse endringene, på sikt, vil gjennomsyre foreldrenes og familiesystemets tilpasning og fungering generelt (Patterson, Forgatch, & DeGarmo, 2010). I forlengelsen av dette vil det også bli undersøkt om eventuelle endringer har sammenheng med foreldrenes opplevelse av endringer i problematferd hos barna.

På samme måte som foreldre har en nøkkelrolle i teorien om utvikling og vedlikehold av atferdsvansker, har de også, gjennom sin deltakelse i foreldretreningsprogrammene, en nøkkelrolle i forebygging og behandling av problemene. En problemstilling vil være om involveringen av foreldre er så omfattende at den fører til en tilleggsbelastning i en situasjon der de allerede er utsatt. Alternativt kan en tenke seg at deltakelsen i slik programmer gir bedre forståelse og bedre måter for å håndtere barnets atferdsvansker og dermed også økt opplevelse av mestring. Med bakgrunn i denne problemstillingen ble belastning og endring hos foreldrene som hadde mottatt PMTO sammenlignet med gruppen som hadde mottatt annen behandling.

I avhandlingen vil jeg først gi en nærmere beskrive av hvordan atferdsvansker arter seg hos barn og unge og hvilke utfordringer disse representerer for foreldre. Kjernesymptomer og vanlige tilleggsproblemer vil bli presentert, sammen med sentrale forekomsttall, utviklingsbaner og forløp. Deretter vil de ulike perspektivene som er skissert i innledningen bli presentert nærmere, først foreldres rolle i en teoretiske forståelse for utvikling og vedlikehold av atferdsvansker, dernest de rollene og oppgavene som behandlingen krever av dem og til sist noen sentrale poenger fra debatten omkring kravet til evidensstøttet praksis og kunnskapen om implementering. Det siste perspektivet vil særlig bli behandlet i forbindelse med presentasjonen av TIBIR.

## 2. Atferdsvansker og atferdsforstyrrelser

Den følgende beskrivelsen er ikke uttømmende, men har til hensikt å illustrere noen av de belastninger og utfordringer disse barna representerer både for seg selv, foreldrene, familien og nærmiljøet. For en grundigere og mer detaljert gjennomgang av atferdsvansker og atferdsforstyrrelser vises det til standard lærebøker og -kapitler på feltet (f.eks. Hill & Maugham, 2001a; Hinshaw & Lee, 2003; Matthys & Lochman, 2010d; McMahan et al., 2006; Murrphy, Kidman, & Ollendick, 2012; Smith, 2004)

### 2.1 Definisjon og begrepsavklaring

Alle barn nekter å samarbeide eller er grenseutprøvende på et eller annet tidspunkt i oppveksten. Selv om dette er å forstå som opposisjonell og antisosial atferd, anses normalt ikke slik atferd som et klinisk problem (Matthys & Lochman, 2010b). Det er kjent og allment akseptert at mange former for antisosial atferd forekommer hyppig som en del av normalutviklingen, spesielt blant gutter, og forekomsten av slike antisosiale episoder synker som regel etter hvert som barn vokser til. Både fagfolk og foreldre oppfatter vanligvis antisosiale episoder som en naturlig del av oppveksten og som alminnelige utfordringer som en går ut fra at foreldre skal kunne håndtere.

Det forventes at det meste av antisosial atferd opphører som en del av den naturlige sosialiseringprosessen (Matthys & Lochman, 2010b). Noen barn har imidlertid en tendens til å fortsette med, og utvikle flere, mer varierte og alvorlige, former for antisosial atferd. Dersom dette utvikler seg til mer stabile mønstre, omtales det gjerne som *atferdsvansker* eller *atferdsproblem*. I siste instans kan disse mønstrene være så omfattende og alvorlige at de forstyrrer normal samhandling og tilpasning, og barnet vil da kunne kvalifisere til diagnosen *atferdsforstyrrelse*. Slik jeg vil anvende begrepene i dette arbeidet, vil atferdsproblemer og atferdsvansker bli brukt synonymt og være en term som både omfatter både den kliniske diagnosen atferdsforstyrrelser og atferdsmønstre som ikke er så alvorlige og omfattende at de fyller de diagnostiske kriteriene. Til grunn for dette ligger det også en oppfatning av atferdsproblemer som mer dimensjonale enn kategoriske.

#### *Antisosial atferd, aggresjon og opposisjonell atferd*

Antisosial atferd defineres gjerne som atferd der det blir gjort vold på grunnleggende normer, eller andres rettigheter og regler (Matthys & Lochman, 2010d; Sholevar, 1995). Ofte brukes dette som en generisk term for upassende atferd som f.eks. ulike former for opposisjonell og aggressiv atferd.

Opposisjonell atferd er atferd der barnet yter passiv eller aktiv motstand mot en omsorgsperson (Matthys & Lochman, 2010b), f.eks. ved at barnet ikke samarbeider, passivt ignorerer eller åpent og aktivt nekter å etterkomme beskjeder. Aggressiv atferd er atferd som har til hensikt å skade andre fysisk eller psykologisk (Berkowitz, 1993, s.3). Dette inkluderer fysiske angrep, men også verbale trusler eller kommentarer som krenker eller provoserer andre (Matthys & Lochman, 2010d).

Symptomer på atferdsvansker kan beskrives som «åpne» eller «skjulte» (Dishion & Patterson, 2006). Åpne symptomer innebærer atferd der det er direkte konfrontasjon med, eller atferden er forstyrrende for, andre (f.eks. aggresjon, sinneutbrudd, argumentering, trass). Skjulte symptomer innebærer at atferden utføres uten at voksne omsorgs- eller autoritetspersoner er klar over dette (tyveri, ildspåsettelse, lyving osv.). Frick et al (1993) kombinerte denne symptomdimensjonen med dimensjonen «destruktiv- ikke-destruktiv» og delte symptomene på atferdsvansker inn i kvadranter: a) atferd som innebærer ødeleggelse av eiendom og eiendeler, b) aggresjon, c) atferd som bryter regler for sosial status og d) opposisjonell atferd.

## 2.2 Diagnosen atferdsforstyrrelse

Mønstre med antisosiale symptomer danner grunnlaget for beskrivelsen av tilstandene i de internasjonale diagnosesystemene, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. utgave (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) og International Classification of Diseases 10. revisjonen (ICD-10) (World Health Organization, 1996). I og med at brorparten av internasjonal forskning er gjort med utgangspunkt i DSM-systemet og også er det som, i størst grad, har tatt hensyn til nyere forskningsresultater, vil presentasjonen ta utgangspunkt i hvordan dette klassifiserer og beskriver atferdsforstyrrelser.

I DSM-5 er atferdsforstyrrelser, Oppositional Defiant Disorder (ODD) og Conduct Disorder (CD) klassifisert som to separate kategorier under den engelske overskriften «disruptive, impuls-control, and conduct disorders». Denne kategorien inkluderer tilstander som viser svikt i emosjonell og/eller atferdsmessig regulering. I tillegg til ODD og CD inkluderer kategorien også intermitterende eksplosiv forstyrrelse, antisosial personlighetsforstyrrelse, pyromani, kleptomani og andre spesifiserte og uspesifiserte problemer med emosjons- og atferdsmessig regulering. Felles for disse tilstandene er at de gjør vold på andres rettigheter eller bringer individet i alvorlig konflikt med samfunnets normer og autoritetsfigurer.

ODD beskrives som atferdsmønstre kjennetegnet ved hovedkategoriene: 1) sinne og irritabilitet, 2) argumentering og trass samt 3) hevngjerrighet. Hver av disse er igjen delt inn i flere underkategorier. Atferdsmønsteret skal ha vart i minst seks måneder, ha mistet fire symptomer fra underkategoriene og symptomene ha utspilt seg i relasjon til minst én person som ikke er søsken.

Alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) defineres som et gjentagende og vedvarende atferdsmønster som krenker andres grunnleggende rettigheter og sosiale normer og regler for aldersgruppen. Dette skal ha vist seg ved at minst tre av femten kriterier er oppfylt i løpet av de siste 12 månedene. Minst ett av kriteriene skal ha vært oppfylt de siste seks månedene. Kriteriene er inndelt i fire grupper: a) aggresjon mot folk og dyr, b) ødeleggelse av eiendom og eiendeler, c) bedrageri eller tyveri og e) alvorlig brudd på regler for egen status.

Atferden i begge kategorier skilles fra normal atferd pga. hyppighet og iverdighet. Den oppleves som en belastning for barnet selv og nære andre, samt har en negativ innflytelse på barnets sosiale fungering, skolegang, arbeid og andre viktige områder. Lidelsen skal også vurderes mht. alvorlighetsgrad, (mild, moderat og alvorlig), og dette avgjøres på grunnlag av hvor mange arenaer eller situasjoner problemene forekommer i. Som en del av diagnostiseringen skal det også defineres en subtype: debutalder før eller etter 10 års alder, henholdsvis «child onset»/ «early starters» og «adolescent onset»/ «late starters» type, eventuelt uspesifisert debutalder. I tillegg skal det spesifiseres dersom barnet utviser mangel på anger og skyldfølelse, fremstår som forherdet og mangler empati, er ubekymret i forhold til egne prestasjoner eller har manglende eller overflatisk affekt, såkalt «callous unemotional» (American Psychiatric Association, 2013).

For en mer detaljert og omfattende beskrivelse av variasjonen av symptomer og atferd ved ODD og CD, vises til beskrivelsene i diagnosemanualene DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) og ICD 10 (World Health Organization, 1996).

### ***Komorbiditet, tilleggsvansker og særtrekk***

ODD og CD opptrer ofte sammen, og for begge kategoriene er det en økt forekomst av ADHD, lærevansker, angstforstyrrelser, depressive eller bipolare forstyrrelser og stoffmisbruk (American Psychiatric Association, 2013). Ofte vil barn med atferdsvansker ha svakere skolefaglig fungering enn forventet ut fra alder og evennivå, spesielt når det gjelder lesing og andre verbale ferdigheter.

Mange barn med atferdsvansker viser også svak selvkontroll i form av impulsivitet og følelsesmessige utbrudd, har lav frustrasjonstoleranse, er irritable og mistenksomme, opptrer dumdrstig og spenningsøkende.

## **Forekomst**

Det har vært vanskelig å komme frem til nøyaktige estimater av forekomsten av atferdsvansker og atferdsforstyrrelser, både på grunn av revisjoner av diagnosekriteriene, bruk av forskjellige informantgrupper ved innsamling av data og bruk av ulike metoder når informasjon fra ulike kilder kombineres (McMahon et al., 2006). Ifølge en norsk rapport (Skogen & Torvik, 2013), ligger beregningene av alvorlige atferdsforstyrrelser i internasjonale befolkningsbaserte studier på mellom 5 og 10 % for aldersgruppen 8-16 år, mens den er noe lavere i norske og nordiske undersøkelser. Skogen og Torsvik (2013) gjennomgikk 56 norske og nordiske studier og anslo forekomsten av alvorlige atferdsvansker (CD) til 1.7 % for barn og unge under 18 år. Tilsvarende tall for ODD var 1.8 %. Det var en overvekt av gutter for begge kategoriene og forekomsten så ut til å øke med alder fram til 17 års alderen for deretter å avta. Forfatterne peker imidlertid på at det er langt vanligere å ha atferdsvansker som ikke kvalifiserer til en diagnose. Skogen og Torvik (2013) konkluderer med at atferdsvansker er en relativt vanlig forekommende lidelse blant barn og unge i Norge og at dette utgjør en betydelig byrde for barna og familiene som berøres av dette, samt for samfunnet for øvrig.

Forekomst og symptombildet har vist seg å variere med alder og kjønn hos barnet. Yngre barn viser mer opposisjonell atferd og mer direkte og åpne symptomer, mens eldre barn og ungdommer viser mere symptomer på skjulte og mer alvorlige brudd på sosiale normer (f.eks. stjeling) (McMahon et al., 2006). Generelt viser gutter tidligere flere åpne symptomer på alvorlige atferdsvansker enn jenter, og forekomsten av disse symptomene er også høyere gjennom hele utviklingsperioden. Forskjellen mellom jenter og gutter er spesielt stor for alvorlige atferdsforstyrrelser der 2.5 ganger så mange gutter utvikler alvorlige atferdsvansker. Kjønnforskjellen synker imidlertid med alder, og årsaken til dette synes å være en økning av jenter med skjulte symptomer på atferdsvansker.

## **Årsak, risikofaktorer og utviklingsbaner**

Årsakene til atferdsvansker er mange og sammensatte. Det er etter hvert en omfattende forskningslitteratur som beskriver individuelle (medfødte og ervervede), familiemessige og videre kontekstuelle faktorer som kan føre til økt sannsynlighet for at barn utvikler atferdsvansker (f.eks. Dodge & Pettit, 2003; Matthys & Lochman, 2010d; McMahon et al., 2006).

Debuten av atferdsvansker kan skje så tidlig som i førskolealderen, men de første alvorlige symptomene viser seg gjerne i perioden fra midtre barnealder til midtre ungdomsalder. Debut av atferdsvansker er uvanlig etter 16 års alder, men kan også diagnostiseres hos voksne. Opposisjonell forstyrrelse er en vanlig forløper for alvorlige atferdsforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013).

Utviklingen etter debuten er variabel. Flesteparten opplever at problemene svekkes eller blir borte når de blir voksne, og spesielt gruppen som debuterer sent («late starters») og har mildere symptomer, har oftere et kortere forløp og oppnår adekvat tilpasning i voksen alder.

Den utviklingsbanen som er best beskrevet, og som synes å ha den dårligste prognosen, er «early starters» (Patterson, Capaldi, & Bank, 1991) eller «life course persistent» som den også har blitt benevnt som (Moffitt, 1993). Denne gruppen er kjennetegnet ved at atferdsproblemene debuterer i førskolealder eller tidlig skolealder (før 10 år) og at problemene har en relativt høy grad av kontinuitet i hele utviklingsforløpet inn i ungdomstiden og voksen alder (McMahon et al., 2006). Disse barna har også ofte en utvikling over tid fra mindre alvorlige til mer alvorlige symptomer. Åpne symptomer opptrer tidligere enn mer skjulte symptomer og i ungdommen synes repertoaret av atferdsvansker å øke snarere enn minke.

### 3. Foreldres rolle i Pattersons teori om utvikling og vedlikehold av atferdsvansker

Forekomsten av atferdsproblemer hos barn og unge korrelerer med ulike forhold i omgivelsene og ved nærmiljøet. Dette gjelder både spesifikke familiefaktorer (f.eks. familiestruktur, psykopatologi hos foreldre, parkonflikt, foreldre-barn tilknytning, og foreldrepraksis) og mer generelle sosiologiske faktorer (f.eks. kvalitet på nabolag, fattigdom, sosioøkonomisk status, sosial støtte/isolasjon og kontakt med mistilpassede kamerater) (se f.eks. Matthys & Lochman, 2010c; McMahon et al., 2006). Det har imidlertid vært uklart hvordan disse sammenhengene skal forstås og eventuelt hvilke virkningsmekanismer en ser for seg.

Bidraget til Pattersons og hans forskningskollegaer ved OSLC var bl.a. resultat av et omfattende forskningsprosjekt der formålet var å undersøke fremveksten og vedlikeholdet av aggressiv og antisosial atferd hos barn i familier (Patterson, 1982). Trekk ved samspillet som ble observert var eksempelvis forekomst av oppmerksomhet og forsterkning i forbindelse med avvikende atferd hos barna, forekomst av streng og straffende oppdragerstil og manglende forsterkning av prososial atferd, for å nevne noe (Patterson, 1982; Patterson et al., 1992a; Reid et al., 2002).

Den teoretiske modellen som etter hvert ble utviklet og som ligger til grunn for PMTO, fikk navnet «the social interaction learning model» (SIL-modellen) (Dishion & Patterson, 2006; Forgatch & Patterson, 2010; Reid et al., 2002). Navnevalget er, ifølge Forgatch og Patterson (2004; 2010; 2010), begrunnet med at SIL-modellen er en sammensmelting av ulike teoretiske perspektiver, sosial interaksjons-, sosial lærings- og atferdsperspektivet. Det sosiale interaksjonsperspektivet undersøker og beskriver den mikrososiale samhandlingen mellom barnet, øvrige familiemedlemmer, kamerater og sentrale personer i omgivelsene. Atferdsperspektivet og det sosiale læringsperspektivet beskriver hvordan denne interaksjonen over tid, bl.a. gjennom karakteristiske forsterkningsbetingelser, etablerer seg som vedvarende negative, samspillmønstre i familien og i relasjonen til venner og andre i nærmiljøet (Patterson, 1982; Patterson et al., 1992a). Ifølge modellen kan etableringen av disse samhandlingsmønstrene være avgjørende for hvorvidt barnet får en sunn eller dysfunksjonell utvikling og tilpasning.

I SIL-modellen beskriver Patterson (Forgatch & Degarmo, 2002; Forgatch & Patterson, 2010; 1992b; 2002) hvordan barns aggresjon og antisosiale atferd utvikles og vedlikeholdes. Hovedpoenget i modellen er at påvirkningen fra ulike årsaks- og risiko faktorer medieres via foreldreferdighet og (senere) kameratrelasjoner. På et mer overordnet nivå tar modellen med de «kontekstuelle forhold» som påvirker barnets miljø, og dermed indirekte har effekt barnets tilpasning. Foreldres grunnleggende foreldreferdigheter kan svekkes eller styrkes som resultat av ulike kontekstuelle forhold, noe som igjen vil påvirke interaksjonen mellom foreldre og barn og øke eller redusere risikoen for at barnet utvikler atferdsvansker.

Patterson omtaler ofte aggresjon eller antisosialitet som et trekk ved personen (dvs. en relativt stabil disposisjon til å anvende aversiv atferd betinget på andres atferd eller en situasjon), men fokuserer like mye på antisosiale hendelser (dvs. hendelser som både er aversive og betinget) (1982; 1992a). Han synes mindre opptatt av hva som er «den egentlige årsaken» til antisosial atferd/atferdsvansker og mer opptatt av hvilke forhold (situasjon og samspill) som øker sannsynligheten for at antisosiale hendelser skal utvikles og vedlikeholdes. Det er verdt å merke seg at definisjonen av aversive hendelser ikke sier noe om at disse må være spesielt alvorlige eller dramatiske, og mye av forskningen som har vært gjort dreier seg om hvorvidt mindre alvorlige «forløpere» for antisosial atferd (f.eks. ulydighet og trass) kan knyttes til alvorlig antisosial atferd senere (Patterson, 1982; Patterson et al., 1992a).

I forlengelsen av «The Oregon Youth Study» (Patterson et al., 1992a), har Patterson og hans kollegaer har gjort en rekke studier, både av den teoretiske modellen som ble utviklet, effekten av ulike intervensjoner og av sentrale trekk ved den terapeutiske prosessen (for en oversikt over

forskningsaktiviteten se f.eks. Forgatch & Patterson, 2010). Vektleggingen av observasjonsdata har vært et gjennomgående trekk ved forskningsaktiviteten. De konklusjonene som har blitt trukket, både med hensyn til teoretiske betraktninger og utvikling av intervensjoner, har således hatt et solid empirisk grunnlag.

Ifølge Kazdin (2005), står arbeidene til Patterson og hans kollegaer ved OSLC i en særstilling, både når det gjelder utformingen av en teoretisk modell, men også når det gjelder utviklingen og utformingen av behandlingsprinsippene i PMT. Innsatsen var, ifølge Kazdin, banebrytende på flere områder. For det første demonstrerte forskergruppen at en negativ interaksjon som begynner relativt uskyldig, f.eks. med en persons irritabilitet og sinne, kan, gjennom et negativt samspill, øke i omfang og kompleksitet til et mer varig, strengt og aggressivt samspillsmønster. For det andre ble ideen om det negative samspillet og uheldige konsekvenser av dette underbygget av observasjonsdata i de familiene Patterson og hans kollegaer studerte. Pattersons beskrivelse av foreldre – barn samspillet, skilte seg også fra andre beskrivelser i samme tidsperiode. Foreldre ble på denne tiden gjerne sett på som kilden til barnas utvikling av problemer (f.eks. «the schizophrenogenic mother»), og i familierapi ble barna oppfattet som den «identifiserte pasienten» (Kazdin, 2005). Patterson studerte imidlertid de reelle interaksjonsmønstrene og foregrep på mange måter en forståelse av interaksjon som en bidireksjonal transaksjon karakterisert ved gjensidig kausalitet. Det aggressive barnet ble f.eks. tidlig beskrevet både som «offeret for og arkitekten bak» det tvingende samspillet i familien (Patterson, 1976). Disse prinsippene representerer en klar utvidelse ut over rene operante forsterkningsprinsipper når det gjelder å forstå og få i stand endring av barns atferd.

Forskningsinnsatsen til Patterson og hans medarbeidere har pågått siden 1960 tallet, og både de teoretiske formuleringene, hvordan disse presenteres og hvilke sider av modellen som vektlegges, har utviklet seg og vekslet i løpet av tiårene etter dette (Dishion & Patterson, 2006; Forgatch & Patterson, 2010; Granic & Patterson, 2006; Patterson, 1982; Patterson et al., 1992a; Reid et al., 2002). Patterson har selv understreket at modellen ikke er å oppfatte som en endelig teori, men snarere som en foreløpig modell som vil endre seg i takt med erfaring og forskningsresultater, både fra egen og andres forskning. Det vil føre for langt å gi en fullstendig redegjørelse for alle endringene og variasjonene i Pattersons tenkning omkring utvikling og vedlikehold av atferdsvansker. Modellen vil bli forsøkt fremstilt slik den fremstår i dag og da først og fremst ed et fokus på foreldrene og deres rolle.

### 3.1 Det økologiske perspektivet

I boken “Antisocial boys” har Patterson viet et eget kapittel til en redegjørelse for SIL-modellens historiske røtter og påvirkninger (1992b). I tillegg til å bli inspirert av flere generasjoner med læringsteorier og kognitive teorier, teorier om samspill og tilknytning, fremhever Patterson også slektskapet til Bronfenbrenners økologiske perspektiv. I et bokkapittel som han utarbeidet sammen med Tom Dishion (2006) redegjør de nærmere for sitt økologiske perspektiv. Det er, ifølge forfatterne, et sterkt behov for å integrere kunnskap og analyser fra ulike nivåer, f.eks. fra biologi, via studiet av det mikrososiale samspillet til kontekst (inkludert sosial og kulturell kontekst), for å kunne forstå og forklare utvikling og vedlikehold av atferdsvansker.

Utgangspunktet for en økologisk forståelse er, ifølge forfatterne, at tilpasning er funksjonell, og vektleggingen av sosial interaksjon fokuserer på den funksjonelle dynamikken i nære relasjoner (2006). På et mikrososialt nivå i familien er åpen antisosial atferd funksjonell som en effektiv måte å kontrollere andre familiemedlemmers atferd på. Kontrollen skjer ved fluktbetinging i den umiddelbare situasjon, og på sikt ved unngåelsesbetinging. Gjennom det Patterson og Dishion kaller den avvikende vennskapsprosessen («deviant friendship process») (2006) er antisosial atferd funksjonell for å kunne inngå og vedlikeholde vennskap. Antisosial atferd blir dermed et slags «lim» som holder vennskapet sammen og positiv forsterkning på antisosial atferd fra kamerater fører senere til en videre utvikling og raffinering av det antisosiale atferdsrepertoaret.



Det økologiske rammeverket har fire nivåer som forfatterne mener kan foreklare debutalder og alvorlighetsgraden til antisosial atferd. Modellen er illustrert med en figur der de ytterste lagene, 1) sosiokulturell kontekst og 2) den sammenhengende atferd opptrer i («behavior setting»), omslutter og rammer inn 3) dynamikken i relasjonen til foreldre, søsken, lærere, kamerater og partnere og den «innerste kjernen» 4) individets evne til «selvregulering» (Dishion & Patterson, 2006).

### 3.1.1 Kontekst og atferdssettinger

Patterson og kollegaer (2006; Forgatch & Martinez, 1999; Patterson, 2002) bruker noen ganger begrepet kontekst når de refererer til forhold og risikofaktorer som har innflytelse på etiologien til antisosial atferd hos barn og unge, men som ikke er en del av dynamikken i det mikrososiale samspillet i familien eller i relasjonen til kamerater. Dette er således et utvidet kontekstbegrep som både beskriver individuelle medfødte faktorer (f.eks. temperament, fysiske og mentale ressurser), karakteristika ved familien og foreldrene (sosiøkonomisk status, familiestress, psykiske problemer, skilsmisse, krevende overgangsperioder og ekstremt stress) og forhold ved omgivelsene (høy forekomst av kriminalitet i nærmiljø, traumatiske hendelser, etnisk tilhørighet, diskriminering) (Forgatch & Patterson, 2010). Andre ganger anvender de begrepet mer tradisjonelt om risikofaktorer og forhold ved i omgivelsene (sosiokulturell kontekst).

Uansett hvilke kontekstuelle faktorer det er snakk om, anerkjenner Patterson at de har en innflytelse på atferdsvansker, men mener at disse, først og fremst har sin effekt ved at de kan påvirke kvaliteten på relasjonen og samspillet mellom barnet og familiemedlemmer (foreldre og søsken) og kamerater. Kontekst blir på denne måten en betegnelse på distale årsaks- og risikofaktorer som medieres gjennom den påvirkningen foreldrenes ferdigheter, samspillet i familien og relasjonen med kamerater. Effekten av distale risikofaktorer vil dermed kunne bli redusert eller forsterket, alt etter kvaliteten på foreldreferdigheter og relasjonen (Forgatch & Patterson, 2010; Matthys & Lochman, 2010c; McMahon et al., 2006).

Begrepet «behavior settings» refererer til nærmere definerte situasjoner eller sammenhenger som atferd opptrer i, f.eks. i hjemmet, på skolen eller nabolag/nærmiljøet. Relasjoner opptrer ikke i et vakuum, og disse sammenhengene påvirker antisosial atferd ved at de strukturerer relasjonen mellom barnet og andre. Fordi relasjonen til kamerater er så viktig i utviklingen av antisosial atferd har Patterson, i tillegg til familien, særlig konsentrert seg om den skolen og hvordan skolemiljøet former kameratinteraksjonen mellom barn og ungdommer (Dishion & Patterson, 2006).

### 3.1.2 Dynamikken i sentrale relasjoner

Atferdsvansker utspiller seg, læres, praktiseres, øker i omfang eller undertrykkes gjennom deltakelsen i de grunnleggende økologiske subsystemene som utgjøres av relasjonen til foreldre, søsken, kamerater og lærere (Dishion & Patterson, 2006). Måten denne påvirkningen skjer på kan forstås som en lagvis prosess som begynner i barndommen og fortsetter gjennom ungdommen, og der de ulike lagene integreres hierarkisk.

I utgangspunktet er det, innenfor en læringsteoretisk ramme, forsterkningsbetingelsene som styrer hvilken utfallsretning barnets respons i en bestemt situasjon skal få. Forsterkning skjer imidlertid en kontinuerlig strøm der mange ulike, og til dels motstridende, forsterkningsbetingelser påvirker samme atferd samtidig. Utfallet vil dermed være resultatant av alle disse påvirkningene. Å kartlegge, eller å intervensere, i forhold til dette nivået, er vanskelig, for ikke å si umulig. I stedet velger Patterson og kollegaer å konsentrere seg om det «nest beste» variabelnivået, nemlig foreldrenes ferdigheter («parenting practices») i samspillet med barn og barnets relasjon til venner. Tanken er at foreldrene, gjennom sine ulike foreldreferdigheter, styrer forsterkningsbetingelsene i familien både for prososial og avvikende atferd (Patterson et al., 2002). Forskergruppen har brukt mye tid og ressurser på å utvikle adekvate mål på ulike former for foreldreferdigheter (f.eks. grensesetting, tilsyn, problemløsning, involvering og støtte til prososial atferd). Etter hvert vil foreldrenes kontroll over

forsterkningsbetingelse suppleres med vennenes, og både foreldreferdigheter og kameratrelasjoner regnes som primære proksimale årsaker til utvikling og vedlikehold av antisosial atferd (Snyder, 2002). Begge elementer er helt tiden til stede, men den innbyrdes vektningen endres etter hvert som barnet blir eldre.

### **Foreldreferdigheter og det mikrososiale samspillet**

Den tidligste relasjonen kjennetegnes ved foreldre som omsorgsgivere overfor barnet. I likhet med tilknytningsteoretikere fremhever Patterson betydningen av foreldrenes responsivitet (sensitivitet og varme) i utøvelsen av omsorgsrollen. I tillegg vektlegger han en annen dimensjon, nemlig hvorvidt foreldrenes responsivitet *er betinget* på barnets atferd eller ikke. Ut over dette er det omsorgspersonens ferdigheter til å styre atferd (dvs. ved hjelp av sosiale og materielle forsterkningsbetingelser) som vil utvide og utvikle omsorgsrelasjonen. Ifølge Patterson er tilknytning dermed en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for barnets sosialisering og utvikling (Dishion & Patterson, 2006). Barnet må også lære å tilpasse seg det implisitte og eksplisitte regelverket som styrer atferd, et regelverk som varierer med barnets alder og modenhetsnivå. Etter hvert som barnet blir eldre, blir fokus på sosialiseringen viktigere enn omsorgstemaet og relasjonen mellom barn og foreldre endrer seg. Tegn på manglende sosialisering hos barnet oppleves ofte som negativ tilbakemelding av foreldrene. I sin tur kan dette medføre at foreldrene endrer forsterkningsbetingelsene i et forsøk på å endre barnets atferd og tilpasning.

#### **«Coercion theory» - det tvingende samspillet**

«Coercion theory» er en sentral del av SIL-modellen og omhandler hvordan det mikrososiale samspillet bidrar til forsterkning, utvikling og vedlikehold av aggresjon og antisosial atferd (f.eks. Patterson, 1982; Patterson et al., 1992a; Reid et al., 2002). Gjennom sine observasjonsstudier fant Patterson og kollegaer at barn med atferdsvansker, deres søsken og foreldre gjensidig «trener» hverandre i antisosial atferd gjennom det samspillet som utvikles. På norsk har en brukt betegnelsen «tvingende samspill» for å beskrive dette samspillsmønsteret. Det tvingende samspillet handler ikke bare om læring av aggresjon, men også om annen antisosial atferd som å unnvike, og senere det dekke over og manipulere andre for å få sin vilje igjennom (Dishion & Patterson, 2006).

Mønsteret begynner, karakteristisk nok, relativt uskyldig ved at foreldre krever at barn innordner seg de voksne (enten ved at de skal følge en beskjed eller en regel). Ifølge Patterson og kollegaer (1992a) oppleves aggressive barn dette som en aversiv inntrengning. Dette skjer relativt ofte, faktisk opp mot hvert tredje minutt i familier med barn som har atferdsvansker. Det er typisk at disse inntrengningene er relativt beskjedne, og det er som regel snakk om diffuse beskjeder eller at de voksne viser irritasjon i kommunikasjonen med barnet. I sin tur nekter barnet å etterkomme kravet, det viser gjerne aversiv atferd i situasjonen (f.eks. utagering, raserianfall, gråt eller andre tegn på det å være lei seg). Dette kan utløse en eskaleringsprosess der både foreldrene og barnet bruker aversive virkemidler som «mottrekk» overfor hverandre. Som regel ender interaksjonen med at de voksne trekker seg ut av interaksjonen. Når det opprinnelige kravet frafaller, reagerer barnet med å avslutte den aversive atferden. Slike tvingende samhandlingsmønstre er, ifølge Patterson, den fundamentale mekanismen som forsterker og opprettholder antisosial atferd.

Patterson (1992b) beskriver teknisk det som skjer i situasjonen som flukt-betinging, dvs. at barnet gjennom aversiv atferd oppnår å avslutte det opplevde ubehaget (kravet fra foreldrene) (negativ forsterkning). Foreldrene blir samtidig negativt forsterket på egen tilbaketrekning ved at dette avslutter barnets aversive atferd. Generelt fører interaksjonen til at det som f.eks. lå i den opprinnelige beskjeden fra foreldrene ikke blir gjennomført, men også til at barnet blir mer tilbøyelig til å benytte seg av denne typen aversiv atferd senere. På sikt medfører det også at barnet blir møtt med færre krav og foreldrene får en økt tilbøyelighet til å trekke seg unna eller raskt imøtekomme barnets krav (unngåelsesbetinging). Negativ forsterkning er den sentrale mekanismen i det tvingende samspillet, men er ikke den eneste. Positiv forsterkning bidrar også til å utvikle og opprettholde både åpen og skjult antisosial atferd.

Når et slikt tvingende samspillsmønster først etableres, fører forsterkningsbetingelsene, på sikt, til at samspillsmønsteret opprettholdes og at antisosial atferd kontinuerlig forsterkes. Over tid automatiseres disse samspillsmønstrene. Det er viktig å merke seg at samspillet ikke er resultat av bestemte beslutninger hos deltakerne. Slik Patterson ser det, benytter barnet tvingende atferd for å få kontroll over en kaotisk og forstyrret familiesituasjon. Samspillsmønstrene automatiseres raskt, noe som står i motsetning til Banduras posisjon om at utfall stort sett påvirker atferd gjennom kognitiv mediering. Dishion og Patterson (2006) antar, på sin side, at de tvingende samspillsbetingelsene er til stede uten kognitiv kontroll. Slike samspillsmønstre er heller ikke noe som eksklusivt opptrer i familier med barn med atferdsvansker. Det er ikke forekomsten i seg selv, men den relative forekomsten som er viktig, dvs. i hvor stor grad samspillsmønsteret er dominerende i familien og skjer på bekostning av andre og mer utviklingsstøttende samspill. Et sentralt poeng her er at det ikke bare er barnet som påvirkes av dette samspillet, det gjelder i høyeste grad også foreldre (og søsken).

Søsken har også en rolle i utviklingen av antisosial atferd (Snyder & Stoolmiller, 2002). De er både en kilde til forsterkning av f.eks. upassende språk og kommunikasjon, og de kan sammen med barnet som har atferdsvansker, danne en «opposisjon» som undergraver foreldreautoriteten (Dishion & Patterson, 2006). Antisosiale «treningsepisoder» skjer relativt ofte, både i forhold til foreldre og søsken, men blir ikke oppdaget av deltakerne da de ofte foregår i den jevne strømmen av interaksjon mellom familiemedlemmene.

I tillegg til forsterkning av antisosial atferd fører omfanget av tvingende samhandling til at barnet heller ikke får tilstrekkelig erfaring til å utvikle sin sosiale kompetanse (Patterson et al., 1992b). Det skjer en svikt i de voksens oppmerksomhet overfor barnets utvikling av selvreguleringsatferd, noe som svekker forutsetningen for utviklingen av sosiale ferdigheter. Ifølge Patterson er det imidlertid ikke klart hvorfor det er slik, om det er barnets atferd som forårsaker kollaps i utviklingen av sosiale ferdigheter eller om dette skyldes manglende foreldreinvolvering (Dishion & Patterson, 2006).

Granic og Patterson (2006) har påpekt at modellen om tvingende samspill er en modell med et avgrenset anvendelsesområde, og at en i modellen beskriver en stabil utvikling av antisosial atferd ved hjelp av to tidsskalaer, en mikrososial (fra øyeblikk til øyeblikk) og en makrososial (utviklingsmessig). Det er imidlertid nødvendig å forklare og utvikle modeller for hvordan de to prosessene i tid henger sammen. Det påpekes også at en bør kunne integrere atferdsfaktorer med variabler fra psykiologiske og kognitive og emosjonelle variabler i en mer helhetlig modell. Forfatterne fremhever videre modellen har vært fokusert på en beskrivelse av stabilitet i utviklingen av atferdsvansker, men at en utviklingsmodell ikke bare må forklare stabilitet, men også endringer og variasjon.

Etter hvert som det ble gjennomført flere behandlingsstudier ved OSLC, spesielt langsiktige oppfølgingsstudier, ble forskergruppen mer og mer overbevist om at tvingende samhandling over lange perioder ofte resulterer i endringer i mentale, følelses- og atferdsmessige forhold hos de øvrige familiemedlemmene (Patterson & Forgatch, 2010). De oppfattet dette som en feedback prosess der endringene faktisk bidrar til å opprettholde det dysfunksjonelle samhandlingsmønsteret i familien.

## *Relasjoner ut over familien*

Opprinnelig ble utviklingen av antisosial atferd fra barn til voksen beskrevet som å gjennomløpe fire utviklingsstadier, og som, i verste fall, kunne føre til at barnet fikk en vedvarende antisosial karriere med en antisosial tilpasning som voksen. De fire beskrevne stadiene var: (a) grunnleggende trening i antisosial atferd innen familien, b) reaksjoner på antisosial atferd fra andre utenom familien, c) avvikende kameratrelasjoner som arena for finpusning av antisosial atferd og 4) karriere som antisosial voksne (Patterson et al., 1992a). Det var imidlertid ikke snakk om en stadium-modell der alle individer gjennomløp alle stadier. I senere arbeider kan det se ut til at stadium-betegnelsen er forlatt, og at en i stedet snakker om utviklingsbaner der de ulike relasjonene og mekanismene er kontinuerlig til stede, men der den relative betydningen av disse varierer med barnets alder (jfr. Forgatch & Patterson, 2010).

I og med at fokus for dette arbeidet er egenskaper ved foreldrene og deres fungering, vil relasjonen til kamerater bli behandlet mer summarisk og det vises til arbeider der dette er gjennomgått i større bredde og detalj f.eks. Dishion og Patterson (2006), Matthys og Lochman (2010c) og Snyder (2002).

Etter hvert som barnet får kontakt med andre utenfor familien, vil det anvende de aversive strategiene som det har lært og automatisert i samspillet med foreldre og søsken (Snyder, 2002). Konsekvensen av dette kan være at de ikke oppnår kontakt med, eller blir avvist av, velfungerende kamerater, lærere og andre, og heller ikke klarer å følge opp sine akademiske utfordringer. De får også problemer med å løse naturlige utviklingsoppgaver som f.eks. å håndtere uenighet, innbyrdes konkurranse og konflikter på en måte som fremmer positive kameratrelasjoner og vennskap. Disse negative erfaringene øker sannsynligheten for at barnet utvikler flere tilpasningsproblemer, inkludert antisosial atferd og aggresjon, samt tidlig debut mht. alkohol, stoff og depresjon.

I barnehagen og på skolen møter barnet for første gang en større gruppe jevnaldrende som det ikke er i familie eller slekt med, og dermed utvikles det også en egen kameratkultur. Patterson og hans kollegaer har særlig studert barnets inntreden i skolemiljøet, men i Norge, der så stor del av barna går i barnehage, vil erfaring med en større jevnaldergruppe komme tidligere. Den generelle samfunnsutviklingen har da også ført til at barn nå tilbringer langt mer tid sammen med jevnaldrende, ofte uten voksent tilsyn (Snyder, 2002).

Effekten av kameratrelasjoner viser seg alt i tidlig barndom, men akselererer i tidlige ungdomsår. Påvirkningene skjer, ifølge, Patterson på tre hovedmåter (2006): 1) antisosial atferd interfererer med positive kameratrelasjoner og svekker den prososiale læringen slik at barn med atferdsvansker marginaliseres, 2) kamerater fungerer som modell og kilde til forsterkning av antisosial atferd og 3) ettersom barna utvikler vennenettverk fremmes antisosial atferd ved at det sørges for mulighet og forsterkning for slik atferd.

Relasjonen til kamerater skiller seg fra relasjonen til familiemedlemmer ved at den er mer åpen og selvvalgt. Selv om noen av de samme mekanismene er til stede i kameratrelasjon som i relasjonen til familiemedlemmer (tvingende samspill og negativ forsterkning), er det andre mekanismer som dominerer og bidrar til danningen av antisosial atferd (Snyder, 2002). Barn har generelt en tendens til å trekke seg fra relasjoner som domineres av aversive konfrontasjoner og tvingende samhandling, og negativ forsterkning blir dermed mindre fremtredende. I stedet får positiv forsterkning en stadig større plass. Mens positiv forsterkning kan øke prososial atferd og sosiale ferdigheter i en velfungerende kameratgruppe, er det antisosial atferd som blir forsterket og raffinert i en avvikende kameratgruppe. Positiv forsterkning medierer både barnets valg av kamerater og fungerer som den mekanismen som former barnets atferd i relasjonen. I følge Patterson skjer det også en endring i typen antisosial atferd, fra åpen antisosial atferd og til mer skjult, og det er særlig denne formen for antisosial atferd som videreutvikles og raffineres i kameratrelasjonen (Dishion & Patterson, 2006).

Etter hvert som barns ekspressive og impressive språkferdigheter øker, vil språket få en stadig sterkere regulerende funksjon når det gjelder barnets atferd. Positiv forsterkning fra kamerater på avvikende språkbruk fører både til en forsterkning av den antisosiale atferden og på barnets beskrivelse av hva det har gjort og vil komme til å gjøre. Både barnets minner, oppfattelse av den aktuelle situasjonen og fremtidige hensikter blir dermed omskrevet og omtalt i en antisosial terminologi (Snyder, 2002).

### 3.1.3 Selvregulering

I de fleste presentasjoner av SIL- modellen bruker Patterson og hans kollegaer betegnelsen barnets/ungdommens «tilpasning» («child/adolescent adaptation»). Patterson problematiserer at det er vanskelig å finne et begrep for positiv tilpasning som ikke er «det motsatte» av antisosial atferd, og forfatterne fremhever selvregulering som den «beste kandidaten» for et slikt begrep (2006). Forfatterne argumenterer for at selvregulering er et begrep som knytter sammen dimensjoner fra genetik, hjerneforskning og atferd, samt at selvreguleringsferdigheter skapes innenfor rammen av den

dynamiske relasjonen til andre. Eksempel på selvregulerende aktivitet er tur-taking og aktiv lytting, og, på et annet nivå, det å kunne gjennomføre påbegynte oppgaver, unngå situasjoner som frister til bruk av antisosial atferd, ha kontroll på egne følelser og evne til planlegging. Disse selvreguleringsferdighetene er da også tema som vanligvis er vektlagt i evidensstøttede intervensjoner som har til hensikt å redusere antisosial atferd hos barn.

## 3.2 Ufordringer og følger for foreldre

Ifølge Jan Belsky (siteret i Brooks, 2008), er utøvelsen av foreldreskap påvirket av tre faktorer og interaksjonen mellom disse: 1) barnets karakteristika og individuelle særpreg, 2) foreldrenes personlige historie, karakteristika og psykologiske ressurser 3) belastnings- og støttefaktorer i omgivelsene (kontekst).

Flere har slått fast at foreldre og omsorgsgivere i sin alminnelighet, og spesielt foreldre som har barn med særskilte emosjonelle og atferdsmessige behov, opplever mange og ulike belastninger som et resultat av det omsorgsansvaret de har (Angold et al., 1998; Brannan & Heflinger, 2001, 2006). Belastningsreaksjoner knyttet til det å være foreldre begrepssettes bl.a. som «parenting stress» (Baker, Heller, & Henker, 2000), «parental burden» (Angold et al., 1998; Manor-Binyamini, 2012) «caregiver burden» (Manor-Binyamini, 2012), «burden of care» og «caregiver strain» (Brannan & Heflinger, 2006), for å nevne noen.

På tross av ulike begreper synes det å være generell enighet om hva kjernen i foreldrestress er, nemlig belastningsreaksjoner som en følge av kravene som er knyttet til rollen og oppgavene en har som foreldre (Deater-Deckard, 1998). Sentral i en slik forståelse er foreldrenes opplevelse at de har tilgang på ressurser slik at de kan møte kravene til det å være foreldre (inkludert kunnskap om de daglige kravene så vel som de mer langsiktige oppgavene foreldrestatusen medfører). Foreldrestress blir dermed en manglende overensstemmelse mellom krav og ressurstilgang, og kan defineres som *negative følelser rettet mot en selv eller barnet med utgangspunkt i krav knyttet til det å være foreldre* (Deater-Deckard, 1998). Foreldrestress kan, ifølge Deater-Deckard, ikke reduseres til et enkelt mål, men gjenspeiler flere komplekse forhold, f.eks. a) foreldrerollens kravkarakteristika, b) foreldrenes atferd og psykologiske følelse av velvære, c) kvaliteten på foreldre-barn relasjonen og d) barnets psykologiske tilpasning. Det synes imidlertid klart at det ikke bare er det objektive misforholdet mellom krav og ressurser som er viktig, men også foreldrenes oppfatning av forholdet. (Morgan et al., 2002). Det samme gjelder barnas problemer; foreldrenes oppfatninger av, og forventinger til, disse ser ut til å ha virke inn på hvor belastende de er.

Foreldrestress er altså en normal konsekvens av det å være foreldre, men det betyr ikke at dette er trivielt. Det er store individuelle forskjeller og variasjoner både når det gjelder normale stressreaksjoner på det å være foreldre og reaksjoner på mer ekstreme belastninger. Det er imidlertid uklart om foreldrestress i normalområdet er det samme som foreldrestress i de mer ekstreme områdene (Deater-Deckard, 1998).

Barn med atferdsvansker kan oppleves som en stor belastning for foreldre, både på kort og lang sikt (Angold et al., 1998; Baker et al., 2000; Brannan & Heflinger, 2006; Wells et al., 2006). I tillegg til bekymringer for barns helse, alminnelige fungering og utvikling, må foreldre til barn med atferdsvansker også forholde seg til hyppig og vedvarende antisosial og opposisjonell atferd samt til konsekvensene av denne, både innad i og utenom familien. Belastningen forsterkes ved at episodene ofte er upredikerbare, varierer i innhold og utfordrer foreldrenes problemløsning. I tillegg vil foreldrene motta en rekke henvendelser fra egen familie og slekt, nærmiljø, barnehage, skole og SFO, som ofte reagerer negativt på barnets oppførsel. Dette er personer og instanser som foreldre har jevnlig kontakt med og skal samarbeide med, og samarbeidet kan, pga. dette, bli vanskelig. Det er også sannsynlig at foreldrenes opplevelse og holdning til disse instansene og personene formidles til barna, og dermed bidrar til økt opposisjon og mistilpasning. Undersøkelser viser da at foreldre til barn med

eksternaliserende vansker ser ut til å rapportere signifikant høyere stressnivå enn andre foreldre (Baker et al., 2000; Donenberg & Baker, 1993; Morgan et al., 2002) både for moderate og høy grad av atferdsvansker.

SIL-modellen er i utgangspunktet utviklet for å forstå utvikling og vedlikehold av barns antisosiale atferd, og det er mindre tydelig hvilke konsekvenser det tvingende samspillet og belastningen innad i familien har for foreldrenes egen fungering og tilpasning. I tråd med modellens makronivå vil foreldrenes ferdigheter bli påvirket av ulike risikofaktorer både i familien, i nærmiljøet og samfunnet for øvrig. I de fleste fremstillinger av modellen redegjøres det ikke nærmere for hvordan denne påvirkning foregår, men en får inntrykk av at det skjer en svekkelse av foreldreferdigheter gjennom den belastningen disse faktorene medfører. Hvilken effekt disse faktorene har på foreldrene, vil imidlertid være avhengig av hvilke forutsetninger og problemer disse har i utgangspunktet, men alle vil, i noen grad, bli påvirket av den belastningen og utfordringen som følger med det å ha barn med atferdsvansker.

Pattersons utvidelse av modellen om tvingende samhandling peker på fem ulike strukturelle endinger som følger av tvingende samhandling over tid, 1) overklassifisering, 2) negativ attribuering, 3) akselererende straff, 4) manglende responsivitet til sosiale stimuli og 5) sviktende emosjonsregulering (2010). Patterson og Forgatchs hypotese var at disse kunne fungere som indikatorer på et latent begrep, motstand, og således kunne predikere i hvilken grad foreldre ville motsette seg innøving av nye foreldreferdigheter.

Når det gjelder den første faktoren, *overklassifisering*, viser Patterson til at foreldre som har alminnelig velfungerende barn, er mer selektive mht. hvilke negative situasjoner de engasjerer seg i når det gjelder barna. De overser som regel en god del trivielle hendelser der barna er i opposisjon/ikke innordner seg. Foreldre til barn med atferdsvansker responderer derimot ofte selv på ubetydelige eller nøytrale utsagn og oppførsel fra barnas side. Dette fører, ifølge Patterson, til mer aversiv eller aggressiv atferd fra foreldrenes side noe som vil igjen føre til økt forekomst av tvingende samspill.

Intervju med foreldre til barn med atferdsvansker tydet på at de langt lettere snakket om barnas problemer og negative sider enn om det som var positivt hos dem. Noen foreldre hadde også antakelser om at barna var «født slemme», «var besatt» eller hadde «dårlig utrustning» og at dette var årsak til problemene (Patterson & Forgatch, 2010). Pattersons og Forgatch antakelse er imidlertid ikke at slik *negativ attribuering* gir seg direkte utslag i aggresjon mot barna, men at det er en indirekte årsak som ble mediert via uheldig foreldrepraksis. De referer i sin fremstilling til undersøkelser som har vist sammenheng mellom negativ attribusjon og avvikende foreldrepraksis samt at avvikende foreldrepraksis predikerer aggresjonsnivået hos barna.

Selv om noen foreldre viser tegn på stressreaksjoner og kan bli passive og lite involverte, vil de fleste foreldre til barn med atferdsvansker forsøke å håndtere barnas problematferd så godt de kan. Observasjonsstudiene viste imidlertid at disse forsøkene ofte gjorde vondt verre ved at foreldrene brukte uklare, strenge og uhensiktsmessige intervensjonsstrategier. Forsøkene på å stoppe barnas problematferd førte dermed til at sannsynligheten for slik atferd økte. Patterson har kalt dette fenomenet for *akselererende straff* (Patterson, 1982). Slike erfaringer gjør at foreldre ofte mister motet, de gir uttrykk for at de ikke tror at intervensjoner vil virke, at de har «prøvd dette før» o.l. I tillegg vil de også være lite tilbøyelig til å oppmuntre til læring av ferdigheter som barn allerede skulle ha lært på et tidligere tidspunkt (Patterson & Forgatch, 2010)

Patterson og Forgatch (2010) antar videre at barna som vokser opp i et miljø der de ikke forsterkes tilfredsstillende for prososial atferd, vil utvikle *manglende responsivitet til sosiale stimuli* fra autoritetsfigurer. Det kan se ut som om barn reagerer positivt på sosial forsterkning fra jevnaldrende, men ikke på sosial forsterkning fra foreldre og lærere. Positiv sosial forsterkning fra foreldrene og andre omsorgspersoner gir dermed ikke den ønskete atferdsendringen hos barna, noe som i sin tur

bidrar til at foreldre opplever manglende mestring, blir motløse, oppgitte og ikke anvender positiv forsterkning på prososial atferd i like stor grad som tidligere.

Det tvingende samspillet omhandler for det meste mindre alvorlig atferd med lav intensitet. Etter hvert som barnet utvikler seg og samspillsmønstret varer ved, omdannes imidlertid beskjedne former for antisosial atferd til mer intens og frekvent antisosial atferd (Snyder & Stoolmiller, 2002). Sannsynligheten for eskalering av aversiv atferd i disse tvingende samhandlingssituasjonene øker også, og en ser økt grad av *svikende emosjonsregulering* hos foreldrene. Eskalering blir en hovedstrategi for begge parter for å «avgjøre slike samspill», og risikoen øker for at både barn og foreldre vil bruke fysisk makt for å få sin vilje gjennom. Det tvingende samspillet representerer dermed en høyrisikosituasjon for bruk av fysisk makt, også for foreldre som tar avstand fra, og vanligvis ikke anvender, slike oppdragerteknikker. I klinikk vedgår ofte velfungerende foreldre at de enkelte ganger har mistet kontrollen i slike situasjoner, «har forløpt seg» og brukt vold overfor barna. Dette er ofte forbundet med svekket selvbilde og skamfølelse. Patterson konklusjon er at de fem strukturelle endringene som skjer med foreldrene som resultat av at tvingende samspill varer over tid, også kan føre til økt endringsmotstand (Patterson & Forgatch, 2010).

Gjennom et offentlig initiativ har en i Norge lagt til rette for å innføre foreldreveiledning og varianter av dette som en hovedintervensjon overfor barn med atferdsvansker, både på spesialistnivå og i primærtjenestene. At foreldre deltar i terapi av barn er ikke noe nytt i Norge; personer og tjenestesystemer som gir tilbud til barn har lenge hatt en generell økologisk forståelse av barns funksjon og vansker. Barns fremtreden og væremåte varierer alt etter hvilken arena eller situasjon de opptrer i, og at også foreldre og andre, f.eks. personalet i SFO, barnehage og skole, vil sitte med informasjon som kan være til nytte for å forstå og avhjelpe barnas problemer. Enkelte tiltak overfor barna ville ikke vært mulig å gjennomføre uten medvirkning fra disse gruppene, og samarbeidet vil noen ganger være helt avgjørende for utfallet av saken. Arbeidsmetodene innen tjenestetilbudet til barn og unge reflekterer dette. Det er vanlig at foreldre inkluderes i arbeidet med barn, men i varierende grad og ofte som rutinehandlinger som ikke er særlig begrunnet.

I PMTO har foreldrene alle de rollene som Kendall (2006) har skissert som sentrale i behandling; medklienter, rådgivere og samarbeidspartnere. Den teoretiske modellen bak programmet gjør foreldrene i utgangspunktet til «medklienter» og målgruppe for intervensjon. De er også viktige og åpenbare «rådgivere» ved at de validerer barnas utviklingshistorie, ressurser, aktuelt funksjonsnivå og problemutforming. Rollen som «samarbeidspartner» er omfattende og innebærer at de skal følge opp avtalte behandlingstiltak i familien. Den relative vektningen av disse rollene vil imidlertid variere med hvor i behandlingsprosessen en er. I foreldrerådgivning legger en opp til at foreldre skal ha en mer sentral posisjon i det terapeutiske arbeidet, med flere aktive roller og rolleaspekter. Disse rollene og funksjonene dekkes, etter min oppfatning, ikke godt nok av Kendalls begreper og er heller ikke tilstrekkelig tydeliggjort og begrepssett i litteraturen om foreldreveiledning.

Det er særlig to aspekter av foreldrerollen som, i tillegg til de Kendall har beskrevet, er karakteristiske foreldreveiledningsprogrammene rettet mot atferdsvansker, nemlig funksjonen som «medterapeut», og funksjonen som «student». Foreldrene inviteres med som en sentral del av det terapeutiske «problemløsningsteamet», og sammen med terapeuten er de sentrale i definisjonen av problemet, valg av tema og strategi samt oppfølgingen og gjennomføringen av behandlingen. De trer inn i terapeutens sted og står for den aktive formidlingen og implementeringen av teknikker og strategier overfor barnet. Denne rollen forutsetter imidlertid at de selv har lært disse teknikkene og strategiene, kan begrunne dem og lære de fra seg. Det forventes at de tilegner seg basiskunnskap om atferdsvansker og tiltak mot disse, samt at de selv klarer å formidle og gjennomføre de ulike teknikkene og strategiene som skal prøves ut. Det er altså forventninger om at de tilegner seg både kunnskap og definerte ferdigheter forut for at tiltakene implementeres overfor barnet.

Foreldrene står dermed i en situasjon der de opplever akutt og vedvarende belastninger, samtidig som den hjelpen som tilbys krever aktiv og omfattende deltakelse og innsats fra deres side. De må sette av betydelig tid og ressurser og være villig til å gjøre radikale endringer i samspillet med barna. Veien til

behandling kan ofte være lang og ressurskrevende, og det er klart et behov for å utvikle en mer hensiktsmessig tjeneste, både for å forebygge at belastningen blir for stor, og for å bygge et støtteapparat rundt foreldrene som gjør at de klarer å stå i situasjonen over tid. Foreldre vil ha ulike behov, og det er nødvendig at tilbudet er variert og retter seg mot kjente risikofaktorer som driver og forsterker utviklingen av atferdsvansker.

Utviklingen av TIBIR har flere begrunnelser og utgangspunkt. Mandatet som ble gitt av det daværende Barne- og familiedepartementet la f.eks. klare føringer for utviklingen av programmet. I tillegg til å implementere PMTO i spesialisttjenestene, ønsket en å gjøre kunnskapen og prinsippene fra PMTO tilgjengelig i barnets hverdag og nærmiljø, dvs. på de arenaer barn vanligvis oppholder seg. Faglig sett virket derfor en satsing på det kommunale nivået som en naturlig konsekvens av den teoretiske modellen bak PMTO, og en mulighet til å kunne forebygge, identifisere og gi tilpasset hjelp raskere og mer effektivt. Forutsetningen var imidlertid at de tiltakene som ble utviklet bygget på forskning om sentrale risikofaktorer og at et nytt program ble utviklet som en EBP.

Organisatorisk, har det har vært varierende kompetanse i håndteringen av atferdsvansker både innenfor og mellom kommuner, og det har tradisjonelt vært vanskelig å få til et effektivt samarbeide på tvers av etater, tjenesteområder og tjenestenivåer. Tilbudet har vært avhengig av på hvilke arenaer problemene først kom til syne, og har ikke nødvendigvis utløst tiltak på andre arenaer. Ulike tjenestenivåer har heller ikke kommunisert effektivt på tvers av tjenestenivåene. Konsekvensen har vært at barn med atferdsvansker har fått (for) sen og lite effektiv hjelp. En samordning av den kommunale innsatsen gjennom et «felles språk», en felles forståelse av vanskene og enighet om typen intervensjon ble antatt å gi gevinst i form av større effektivitet og mindre belastninger for barna og deres familier. Det ble videre antatt at en slik satsing ville gi en bedre utnyttning av det offentliges økonomiske og personalmessige ressurser. Tradisjonelle plasseringstiltak er kostbare og har variabel effekt, og det ble antatt at en mer systematisk satsing på tidlig problemidentifisering og tidlig hjelp langt på vei ville kunne finansieres gjennom disse besparelsene. En antok også at et norskutviklet program ville øke den økologiske validiteten av til ulike intervensjonene, og at det dermed ville være enklere å integrere i den tjenestestrukturen i kommunene.

Det foreligger ingen omfattende brukerundersøkelser fra foreldrene som kan beskrive deres opplevelse av hjelpetilbudene. Brukergruppens synspunkter er i hovedsak fremkommet gjennom anekdotisk informasjon, dvs. informasjon de har formidlet til sine behandlere og kontaktpersoner. Det er kun et utvalg av disse som har vært med i utviklingen av programmet noe som betyr at det med stor sannsynlighet er vurderinger og opplevelser som ikke har vært tatt i betraktning når programmet ble utviklet. Det er likevel en slags systematikk i de reaksjonene og kommentarene som har kommet fra foreldrene, og på mange måter har deres erfaringer vært sammenfallende med erfaringene til fagfolk og administrasjon. Typiske reaksjoner og problemstillinger som reises av foreldrene er: 1) uklare identifiserings- og registreringsrutiner, 2) lang henvisnings- og ventetid, både for å komme til de kommunale tjenestene og spesialisttjenestene, 3) mange kontaktpersoner og uklare ansvarsforhold (både i utrednings- og behandlingsfasen), 4) ulike og til dels motsetningsfylt faglig forståelse og anbefaling hos ulike aktører, 5) tilbud med vekt på generell forståelse og lite konkrete intervensjoner, 6) unødvendig opphold i behandlingen ved overganger mellom tjenestenivåer og 7) en generell opplevelse av at manglende konkret hjelp og støtte til pårørende. Forbedring av samtlige av disse punktene var sentral i utviklingen av TIBIR.



## 4. Foreldrenes rolle i psykologisk behandling

Klinisk barnepsykologi har en relativ kort historie. Dersom en ser bort fra barn med psykisk utviklingshemming og alvorlige lærevansker, kan litteraturen om barn som klienter i klinisk psykologisk behandling spores tilbake til slutten av det 19. og begynnelsen av det 20. århundre (Briesmeister & Schaefer, 2007b; Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen, & Schoenwald, 2001; Morris & Kratochwill, 2008; Shriver & Allen, 2008d). Den første psykologiske universitetsklinikken for barn i USA ble startet i Pennsylvania 1896 og ytet tjenester til barn med lære- og atferdsvansker og deres familier. Den første engelskspråklige teksten om barnepsykiatri ble publisert så sent som i 1935 (Hoagwood et al., 2001). I 1909 ble Cook County Juvenile Psychopathic Institute i Chicago etablert, et institutt hvor staben arbeidet direkte med unge lovbyrtere. Opprinnelsen til klinisk barnepsykologi henger således tett sammen med utviklingen av et tjenestetilbud til gruppen barn og unge med atferdsvansker.

Tidlig på 19-hundretallet satte mentalhygienebevegelsen i USA fokus på forholdene ved de statlige mentalsykehusene, på behovet for utvikling av bedre behandlingsmetoder og forskning om forebygging og behandling av psykiske problemer. Dette medførte en økt bevissthet om at problemer hos barn kunne utvikle seg til langt å bli langt mer omfattende problemer hos voksne, og med dette kom også en erkjennelse om at det var viktig å behandle og forebygge mentale problemer og tilpasningsvansker hos barn. Dette ledet til dannelsen av de såkalt Child Guidance-klinikkene (Morris & Kratochwill, 2008). Familiens og skolens rolle i behandlingen ble tidlig erkjent, og begge ble dermed naturlige samarbeidspartnere. Selv om en la vekt på å samarbeide med foreldrene, fikk foreldrene imidlertid ikke noe egen trening i å møte barnet. I stedet fikk de råd og informasjon som angikk barns utvikling og utdanning (Morris & Kratochwill, 2008; Shriver & Allen, 2008d).

De to teoretisk hovedstrømningene som særlig påvirket tilbudet til barn tidlig på 1900-tallet, var psykoanalysen og behaviorismen. I den tidlige etableringen av psykoanalysen var imidlertid barneterapier relativt sjeldent, og vanligvis møtte ikke behandleren barnet. Freud behandlet f.eks. sitt første barnekasus i 1909, men han behandlet ikke «Lille Hans» direkte. I stedet instruerte han guttens far i de teknikkene som skulle anvendes (Briesmeister & Schaefer, 2007b). Først 15-20 år senere ble den psykoanalytiske individualterapien for barn etablert gjennom arbeidene til Melanie Klein og Anna Freud.

Selv om psykoanalytisk teori anerkjente foreldrenes rolle i utviklingen av barns problemer og også til dels involverte foreldrene i behandlingen, fikk ikke foreldrene noen egen opplæring eller trening innenfor denne tradisjonen. Behandlingen var generelt barnefokuset og foreldrene ble som regel tilgodesett med informasjon og råd (Shriver & Allen, 2008d). Behaviorismen hadde ikke selv noen vesentlig klinisk empiri som grunnlag for sine terapeutiske anbefalinger. Først ved utviklingen av operant betingning og atferdsterapi ble det klart at forsterkningsbetingelser kunne forme atferd hos mennesker og dyr, og anvendelse av disse prinsippene i behandling av barn indikerte at styring av variabler i omgivelsene kunne være nyttig for å endre barns atferd (Morris & Kratochwill, 2008).

Foreldre og foreldreskap kan defineres på mange ulike måter og begrepene omfatter en myriade av ulike funksjoner og oppgaver. Foreldre er først og fremst omsorgspersoner, men de bidrar også til barnas utdanning og utvikling, og de er barnas primære sosialiseringssagenter (Briesmeister & Schaefer, 2007a; Brooks, 2008). Foreldrenes deltakelse i behandling reguleres av lovverk, alminnelige ansvarsfølelse og omsorg for barn samt deres innlevelse og forventninger. Foreldrene har, opp gjennom historien, blitt tildelt ulike roller i behandlingen av barn, fra liten eller ingen deltakelse via noe deltakelse til full inkludering med forventninger om at de skal ha spesielle roller og utføre bestemte oppgaver. Dette har hatt sammenheng med hvordan en har oppfattet relasjonen mellom voksne og barn. Tidligere så en ofte på foreldre som barnets formyndere og omsorgspersoner og barns problemer ble ofte tilskrevet medfødte forhold eller andre karakteristika ved barnet selv. Foreldrenes behov ble derfor, i hovedsak, forstått som et informasjonsbehov knyttet til behandling og prognose.

Etter hvert som det ble klart at foreldre også kunne medvirke til utviklingen av problemer hos barn, fikk foreldre rollen som medklienter med et eget behandlingsbehov i tillegg til barnets. Nå er den gjengse oppfatningen at foreldre kan bidra til at barn utvikler problemer, men de er også en ressurs og ofte en del av løsningen. I tillegg å være et uttrykk for økt faglig kunnskap om foreldrenes rolle i problemutvikling og intervensjoner, synes også økt foreldredeltakelse i behandling av barn å gjenspeile den generelle samfunnsutviklingen som i økende grad har fokusert på brukermedvirkning og medbestemmelse. Det har derfor vært en tendens til at foreldrene inkluderes i større og større grad i behandlingen av barn (Brendel & Maynard, 2014; Thulin, Svirsky, Serlachius, Andersson, & Ost, 2014), både for å hindre at foreldre motarbeider behandling, men også for å sikre et godt samarbeid (Suveg et al., 2006). Generelt synes det å være en oppfatning blant klinikere at foreldres *bør* inkluderes i terapi og at dette vil føre til et bedre behandlingsresultat (Thulin et al., 2014). Dette er imidlertid ikke alltid tilfelle (Brendel & Maynard, 2014; Corcoran & Dattalo, 2006; Thulin et al., 2014).

I litteraturen beskrives foreldrenes deltakelse i terapi med barn ved hjelp av ulike begreper. Det vanligste er begrepet foreldredeltakelse, men også foreldreinkludering og foreldreinvolvering er brukt (Holmen & Nordhaug, 2011). Disse begrepene sier imidlertid lite om *hva* som kjennetegner foreldrenes deltakelse, hvilke konkrete roller og funksjoner de har og hva som ellers kreves av dem. Det har, slik sett, vært relativt lite fokus på definisjon av ulike roller, hva foreldrenes deltakelse i de ulike rollene betyr for dem, hvorvidt de fører til økt følelse av mestring eller oppleves som en tilleggsbelastning, spesielt i terapier med en omfattende foreldredeltakelse.

Med utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi mener Kendall (2006) at intervensjoner i forhold til barn alltid bør innebære foreldreinvolvering og endring av familiesystemet. Han har beskrevet foreldrenes roller i barneterapi som *rådgivere* («consultants»), *samarbeidspartnere* («collaborators») og *medklienter* («co-clients»). Som rådgivere sørger foreldrene for nødvendig informasjon i prosessen når forståelsen av problemet skal avgjøres. De blir medklienter når de gjennom sin interaksjon med barnet bidrar til eller opprettholder barnets problem og dette blir fokus for behandlingen. Til sist kan de også være samarbeidspartnere ved at de sørger for at barnet lærer nødvendige ferdigheter som skal til for at å mestre situasjonen.

Ideen om at foreldre skal ha en rolle som *endringsagenter* i forbindelse med behandling av barn, er, ikke noen ny, eller overraskende idé. Foreldretrening som egen terapimetode ser ut til å ha oppstått i USA på 1960-tallet (Briesmeister & Schaefer, 2007a; Kazdin, 2005; Shriver & Allen, 2008d), og målgruppen var primært barn og unge med aggresjons- og atferdsvansker. Senere har imidlertid tilbudet også omfattet barn med andre lidelser og problemer f.eks. angst, depresjon og utviklingsforstyrrelser, og flere programmer sikter også mot forebygging, ikke bare behandling (se f.eks. Briesmeister & Schaefer, 2007a).

I et forsøk på å tidfeste oppstarten av foreldretrening som metode, referer Forehand (2013) til en artikkel av Boardman (1962) der han beskriver foreldretrening som et alternativ til et ordinært psykoterapitilbud til et utagerende barn på 5 år. På denne tiden begynte også flere kliniske forskningsmiljøer å interessere seg for foreldre-barn samspill og å utvikle treningsprogrammer for foreldre som en intervensjon rettet mot barns atferdsproblemer. Programmene innebar at endring i foreldreatferd i sin tur skulle endre problematferden til barna. En av pionerne var Patterson og hans kollegaer ved Universitet i Oregon (Shriver & Allen, 2008d). Denne gruppen var imidlertid ikke den eneste, selv nevner Patterson miljøene rundt Connie Hanf ved Oregon Medical School og Bob Wahler i Tennessee. Patterson bemerker også at det i retrospekt er vanskelig å vite hvor de ulike ideene kom fra da mye av empirien og idéutviklingen var åpent tilgjengelig og ble utvekslet mellom de ulike gruppene (Patterson et al., 2002). Ut over 1970 og 1980-tallet utviklet foreldretrening for barn med atferdsvansker seg mer systematisk og det ble utarbeidet spesifikke behandlingsmanualer basert på empirisk forskning. Sentrale navn i USA var, for uten Patterson og hans kollegaer, Rex Forhand, Robert McMahon og Carolyn Webster-Stratton, for å nevne noen. (Shriver & Allen, 2008d).

Flere ulike betegnelser har blitt brukt om foreldretrening, f.eks. «Parent Training» (Graziano & Diamant, 1992), «Parent Behavior Training» og «Behavioral Parent Management Training» (Patterson, Dishion, & Chamberlain, 1993). Fra og med 1980 tallet ser termen Parent Management Training (PMT) imidlertid ut til å ha festet seg som en samlebetegnelse på en gruppe med nær beslektede intervensjonsprogrammer (Solholm, 2014). Eksempler på slike programmer er Parent Management Training – Oregon modellen (Forgatch & Gerwartz, 2017; Forgatch & Patterson, 2010), «De utrolige årene» (Webster-Stratton & Herbert, 1994; Webster-Stratton & Reid, 2017), «Defiant child» (Barkley, 1997), «Helping the noncompliant child» (McMahon, Long, & Forehand, 2010), «Triple P» (Sanders, 1999) og Parent Management Training (Kazdin, 2005). Termen Behavioral Parent Training brukes noen ganger fortsatt om disse intervensjonene (f.eks. Carr, 2006; Forehand et al., 2014)

I 1968 publiserte Patterson foreldrehåndboken «Living with Children: New methods for parents and teachers» (revidert i 1976), og 1987 og 1989 utga han sammen med Marion Forgatch bind 1 og 2 av «Parents and Adolescents Living Together», en foreldrehåndbok rettet mot foreldre med ungdommer (Shriver & Allen, 2008b). I dag er foreldremateriale en sentral del av alle former for PMT, i form av bøker, håndbøker, videoillustrasjoner og nettsteder.

Det er mange og ulike historiske grunner til fremveksten av PMT (Kazdin, 2005). Utviklingen i klinisk barnepsykologi medførte at måten en kartla, undersøkte og diagnostiserte barn på endret seg. I tillegg var det en utbredt misnøye med effekten de eksisterende behandlingstilbudene hadde på atferdsvansker (Patterson et al., 2002). Forskning på familier fikk en stadig sterkere innflytelse, og familien ble både ansett som en potensiell årsak til problemer, og som en ressurs som kunne bidra til terapeutiske løsninger. Det foregikk også en god del forskning på bruk av «paraprofesjonelle», som sentrale støttepillere i terapi, f.eks. foreldre, lærere og venner. Generelt var også fokus på familien og foreldrene en del av den generelle tidsånden (Patterson et al., 2002).

Kazdin (2005) identifiserer og fremhever følgende konkrete retninger og aktivitetsområder som han mener har vært sentral i opprinnelsen, utviklingen og utformingen av PMT: 1) utviklingen av operant betingning, 2) utvidelse og anvendelse av teknikker fra operant betingning i en klinisk sammenheng og 3) anvendelse av disse prinsippene og teknikkene på oppdragelsen av, og i samspillet med, barn. Disse strømningene preger alle foreldretreningsprogrammene som er designet for å ta seg av atferdsvansker (Kazdin, 2005).

Ifølge Kazdin (2005) er det mange terapeutiske retninger der foreldre involveres eller veiledes, og de fleste terapier for barn medfører en eller annen form for kontakt med foreldre. En del familiterapier bruker f.eks. øvelser og oppgaver for å forandre kommunikasjon og interaksjon i familien. Hva som skal benevnes PMT, mener imidlertid Kazdin (2005) er avhengig av: a) begrepsmessig grunnsyn på hvordan en skal endre sosiale-, emosjonelle- og atferdsproblemer, b) et avledet sett av prinsipper og teknikker som springer ut av disse begrepene, c) utviklingen av spesifikke foreldreferdigheter gjennom øvelse, rollespill og andre aktive treningsmetoder og d) at kartlegging og evaluering er integrert i behandlingen og beslutningstakingen. Denne definisjonen beskriver kjernen i PMT og utelukker retninger som kun har enkelte elementer felles med PMT.

Når det gjelder punkt a, bygger PMTO på læringsteori og forskning, spesielt på prinsippene i operant betingning. Disse vektlegger at atferd styres av de hendelser som går forut for og følger atferden, og legger vekt på læring og erfaringer som kan endre atferd. Fokus er på å forandre hvordan individer opptrer i hverdagen og innebærer at en skal kunne forandre både foreldres og barns atferd hjemme og utenfor hjemmet (Kazdin, 2005; Shriver & Allen, 2008a). Det skal med andre ord skje en sosial læring hos både foreldre og barn, dvs. i interaksjonen med andre som har med barnet og foreldrene å gjøre. Mht. punkt b, er det noen generelle utsagn som sier noe om hvordan forbindelsen er mellom atferden og hendelser som går forut for eller følger den aktuelle atferden. Med utgangspunkt i relativt få prinsipper er det også utarbeidet en lang rekke strategier og teknikker. Når det gjelder punkt c, blir foreldreferdigheter utviklet gjennom aktiv trening. Foreldrene øver, rollespiller, gjør hjemmeoppgaver og får systematisk tilbakemelding fra terapeuten. Terapeuten fungerer også som modell for hvordan

---

teknikkene kan anvendes og utføres. Ofte vil terapeuten anvende de samme prinsippene på foreldrene (f.eks. positiv forsterkning) som de forventes å bruke på barnet (Solholm et al., 2005).

Et sentralt kjennetegn ved foreldretreningen som benyttes ved atferdsvansker hos barn og unge er at foreldrene gjennom samtale, veiledning og terapi får opplæring i teknikker og strategier som skal redusere antisosial atferd og fremme prososial atferd. Utgangspunktet er, i tråd med teorien, at mangler ved foreldreferdigheter bidrar til videre utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker (McMahon et al., 2006; Shriver & Allen, 2008c). Foreldretrening har som regel noen av de følgende karakteristika: 1) intervensjonen skjer hovedsakelig med foreldrene, og har en mer begrenset direkte terapeut-barn kontakt, 2) endring fra fokus på atferdsvansker til fokus på utvikling av prososiale ferdigheter, 3) innføring i de sosiale læringsprinsipper som ligger til grunn for foreldreteknikkene; trening i å definere, føre tilsyn med og følge barns atferd, positive forsterkningsprosedyrer, inkludert ros og ulike former for foreldrestyrte forsterkningskjema, bruk av oppmuntringstegn («tokens») og positiv oppmerksomhet. Videre bruk av ekstinksjon og milde former for negative konsekvenser slik som ignorering, respons kost og time-out, trening i gi klare beskjeder og problemløsning. 4) Omfattende bruk av didaktiske instruksjoner, modellering, rollespill og øving samt strukturerte hjemmeoppgaver (McMahon et al., 2006).

De ulike programmene varierer mht. definisjon av målgruppe, design og format. DUÅ har f.eks. gruppetilbud som sitt primære format, mens andre opererer både med gruppetilbud og enkeltfamilietilbud. Enkelte, som f.eks., Triple P har, på sin side, utviklet en god del selvhjelpsmateriell (Sanders, Markie-Dadds, & Turner, 2003), og andre, f.eks. DUÅ, bruker videoeksemplere som grunnlag for foreldrediskusjoner i stedet for eller i tillegg til rollespill. Enkelte av programmene har også tilpasset innholdet mer spesifikt til barnets alder og problemenes alvorlighetsgrad.

Siden utviklingsgrunnlaget for PMT primært har vært antisosial atferd, så har det ofte blitt omtalt som terapi for atferdsvansker. Ifølge Shriver og Allan (2008d), er bare dette delvis riktig. Foreldre er endringsagenter og en viktig del av terapien er at de lærer opp i spesifikke ferdigheter og implementeringen av disse. Foreldretrening kan slik ses på som en modell for tjenesteyting. Foreldretrening blir dermed indirekte tjenesteyting i og med at foreldrene trenes av terapeuten slik at de kan anvende teknikkene overfor barna. I prinsippet kan foreldrene lærer opp til å tilveiebringe tjenester for en lang rekke problemer hos barn. I en slik modell blir samarbeid med og endring av foreldrenes atferd det primære fokuset for terapien.

## 5. Kravet til evidens i forskning og praksis. Betydningen av implementeringskunnskap.

### 5.1 Evidensdebatten

Fremveksten av evidensbevegelsen har skapt mye debatt og polemikk (f.eks. Goodheart, Kazdin, & Sternberg, 2006; Kazdin, 2008; Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin, & Latzman, 2013; Mudford, McNeil, Walton, & Phillips, 2012; Ogden, 2010a, 2012a). Noe av temperaturen i debatten skyldes nok gjensidige misforståelser og tendenser til å tillegge hverandre synspunkter, men debatten representerer også reell uenighet om alt fra verdisyn, begrepsbruk, vitenskapssyn og epistemologiske posisjoner, oppfatninger om hva som er virksomt i terapi, hva som skal styre utforming av tjenestetilbudet for befolkningen og relasjonen mellom forskning og behandling, for å nevne noe.

Det vil føre for langt å oppsummere evidensdebatten her. For en mer detaljert historisk bakgrunn for utviklingen av den evidensbaserte tradisjonen internasjonalt og i Norge vises det f.eks. til Rønnestad (2008), rapporten fra APA om evidensbasert praksis (2006), Kazdin (2006; 2008) Ogden (2010a, 2012a), Lonigan, Elbert og Johnson (1998) og Mudford et al. (2012). Når det gjelder dette perspektivet innenfor klinisk barne- og ungdomspsykologi vises det til f.eks. Waschbusch et al. (2012) og Ogden (2012a).

Den evidensstøttede tradisjonen er, på den ene siden, et forsøk på å utarbeide vurderingskriterier for bevisstyrken i ulike former for (behandlings-)forskning og, på den andre siden, å redegjøre for, og utvikle krav til, kunnskapsgrunnet for de tjenester som tilbys befolkningen, både eksisterende og planlagte. Det siste impliserer også at en ønsker at politiske beslutninger om tjenester og tjenesteorganisering skal bygge på (forsknings-)kunnskap (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006; Ogden, 2010a). Tradisjonen omhandler altså både synspunkter på, og krav til, kunnskapsproduksjon og kunnskapsanvendelse.

Den følgende presentasjonen vil konsentrere seg om tre forhold: 1) kravene til behandlingsforskningen og behandlingers status som «evidens-støttede», 2) kravene til evidensbasert praksis og 3) kravene til utvikling av evidensbaserte programmer. Fremstillingen vil bli knyttet til det kliniske barnefeltet og konsentrert om de problemstillingene som er sentrale i avhandlingen.

#### 5.1.1 Krav til forskning og status som evidensstøttet behandling

Evidensbegrepet ble til å begynne med, av flere (både tilhengere og motstandere), feilaktig forstått som at en, gjennom å benytte spesielle forskningsdesign, kunne fremskaffe bevis (engelsk «proof») for at én behandling var mer virksam enn andre og derfor burde anbefales og benyttes i møte med enkeltklienter. Gjennom debatten har det blitt tydelig at dette dreier seg mer om hvor solid fakta-underlaget en bygger en argumentasjonen på er; faktaene alene er ikke «bevis», men må «føres» i en argumentasjon om en gitt problemstilling. Generelt er det snakk om å skaffe til veie et grunnlag for beslutningstaking, enten disse beslutningene gjelder forskningsdesign og tolkning av forskningsresultater, politiske beslutninger, utvikling av tjenestetilbudet til befolkningen eller i møtet med enkeltklienter.

Forskningsdesign har sammenheng med hvilke problemstillinger som undersøkes, og konklusjonen er ofte formulert som og basert på, sannsynlighetsbetraktninger. Dette betyr at det ikke er mulig å klassifisere det som undersøkes (f.eks. behandling) i enkle kategorier som «evidensbasert» eller «ikke evidensbasert», det vil snarere være er snakk om plassering på et kontinuum eller i et hierarki. Plasseringen i hierarkiet vil bl.a. være avhengig av forskningsdesignet og måten studien ble gjennomført på, og tar utgangspunkt i hvordan bevis- eller forklaringsstyrken til ulike

forskningsdesign blir vurdert (Goodheart, 2006; Mudford et al., 2012). På toppen av dette hierarkiet finner en: 1) metaanalyser av randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) med definitive resultater, deretter 2) enkeltstående RCT-studier med definitive resultater, 3) RCT-studier med uklare resultater, 4) kohort-studier, 5) studier med kasuskontroll, 6) kryss-seksjonale studier og nederst 7) kasusstudier.

En følge av denne tankegangen er at intervensjoner som er undersøkt (behandlinger eller forebyggende tiltak) vil få status som mer eller mindre evidensbaserte. Dette kommer bl.a. til uttrykk i de såkalt Chambless-kriteriene (Chambless & Hollon, 1998), som var et resultat av arbeidet til den amerikanske psykologforenings Task force on Dissemination of Psychological Procedures (Task Force) Divisjon 12 (klinisk psykologi). Utvalget ble nedsatt i 1993 og utga tre rapporter (Chambless et al., 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Chambless et al., 1996). De anbefalte å anvende de samme forskningskriteriene som alt var i bruk ved godkjenning av medikamenter, og la betydelig vekt på RCT-studier. I utvalgets rapporter ble behandling, dersom forskningen på dem oppfylte visse kriterier, opprinnelig klassifisert som «empirisk validerte behandlinger», senere har dette begrepet blitt byttet ut med begrepene evidensbasert eller evidensstøttet behandling (EBT eller EST). Bakgrunnen for begreppskiftet var to forhold: a) at det reelt var snakk om andre kriterier, og b) for å unngå konnotasjonen om at valideringen av behandlingen var fullført og at det dermed ikke lenger var behov for ytterligere forskning (Chambless & Hollon, 1998).

Det er uklart om begrepene evidensbasert og evidensstøttet var tenkt brukt på selve rangeringen eller om det er reservert for de behandlinger som faktisk fyller de kriteriene som er satt. Rangeringen av behandlinger innenfor EST er som følger: 1) veletablerte behandlinger, 2) antatt virksomme behandlinger og 3) eksperimentelle behandlinger. De to øverste klassene i rangeringen har ulik grad av evidens, mens den tredje ikke er vitenskapelig undersøkt.

For *veletablerte behandler* gjelder det at det måtte foreligge minst to studier av behandlingen der grupper ble sammenlignet mht. behandlingseffekt og der det blir demonstrert at a) eksperimentgruppen har en målbar effekt i forhold til medikamenter, placebo eller annen behandling eller b) viser like god effekt som etablert behandling i studier med et tilstrekkelig stort utvalg. Alternativt kunne status som veletablert behandling oppnås gjennom et stort antall godt gjennomførte N=1 studier der effekten sammenlignes med annen behandling. Disse kasuskontrollstudiene gjøres på utvalg med definerte karakteristika og med en tydelig prosedyrebeskrivelse eller manual. Effekten skal i tillegg dokumenteres av to ulike forskningsteam.

For å oppnå status som *antatt virksom behandling* skal det foreligge minst to eksperimenter som viser at effekten av behandlingen er bedre sammenlignet med ventelistekontroll. Alternativt at de oppfyller de fleste, men ikke alle, kriteriene for veletablerte behandlinger eller at behandlingseffekt vises gjennom en avgrenset serie av N=1 eksperimenter. Behandlinger som ikke fyller noen av disse forskningskriteriene, betegnes som *eksperimentelle*.

Flere andre grupper har utviklet lignende kriterier og klassifikasjoner, både for barn og voksne. For en nærmere beskrivelse og diskusjon av enkelte gruppers kriterier, se f.eks. (Chambless & Ollendick, 2001; Eng, Patras, & Handegard, 2015; Kazdin & Weisz, 2010; O'Donohue & Lilienfeld, 2012; Ogden, 2010a; Schoenwald, Kelleher, Weisz, & Hlth, 2008; Stormark & Christiansen, 2018)

Selv om noen av intervensjonene som ble beskrevet i det opprinnelige utvalgets rapporter omhandlet barn og unge, var ikke dette noen fullstendig liste for denne målgruppen. Systematiske litteraturgjennomganger og metaanalyser hadde vist at barneterapier var effektive, men dette var globale oppsummeringer som ikke undersøkte spesifikke intervensjoner. Det ble derfor nedsatt et utvalg som særlig skulle identifisere empirisk støttede intervensjoner for barn og unge. Dette utvalget anvendte stort sett de samme kriteriene som beskrevet ovenfor (Lonigan et al., 1998) og samme år ble de behandlingene som fylte kravene publisert i et spesialnummer av Journal of Clinical Child Psychology. I 2008 ble et tilsvarende spesialnummer utgitt i Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, der de opprinnelige artiklene var oppdaterte (Waschbusch et al., 2012). Det er også

utviklet tilsvarende kriterier for effektive forebyggings programmer og anvendelsen av disse (Flay et al., 2005; Ogden, 2010a).

Med bakgrunn i slike kriterier fikk ulike varianter av PMT raskt status som veletablert og/eller antatt virksom behandling (Brestan & Eyberg, 1998; Chambless & Ollendick, 2001; Kazdin, 1997), og PMT ble av Kazdin (2003a, 2005) utropt til den best dokumenterte behandlingen for barn og unge (Kazdin, 2005). En av de første variantene av PMT som fikk slik status var PMTO (Brestan & Eyberg, 1998). I den norske Ungsinn databasen er PMTO nå klassifisert på nivå 5 (sterk dokumentasjon) (Stormark & Christiansen, 2018)

I en artikkel fra 2014 viser Forhand til over 20 metastudier og systematiske litteratursøk som identifiserer varianter av foreldretrening som evidensstøttet behandling for atferdsvansker (CD og ODD) og ADHD (Forehand et al., 2014). For en oversikt over metastudier og systematiske litteratursøk vises det til artikkelen til Forhand samt til oversiktskapitler i bøker som omhandler behandling av atferdsvansker (f.eks. Matthys & Lochman, 2010a). Senere har også forebyggingsprogram bygget på prinsippene i PMTO, fått status som evidensbasert (Forgatch & DeGarmo, 1999; Forgatch, DeGarmo, & Beldavs, 2005). Når det gjelder en oversikt over forskningen som har vært gjort ved OSLC når det gjelder teoridannelse, behandling, forebygging og implementering, vises det til Forgatch og Patterson (2010) og Forgatch og Gewirtz (2017).

Som Kazdin og Weisz (2010) påpeker, er det foreløpig ingen fullstendig enighet om hva som skal til for å definere en intervensjon som EST. I flesteparten av tilfellene er det imidlertid mange av de samme kriteriene som går igjen. Disse er: 1) en nøye spesifisering eller avgrensning av pasientpopulasjonen, 2) randomisert fordeling av deltakere til ulike betingelser, 3) bruk av behandlingsmanualer som dokumenterer prosedyrene, 4) multiple utfallsmål (skårere skal, dersom det benyttes slike, være blind for betingelsene) inkludert mål på problemet eller vanskene som er mål for behandlingen, 5) statistisk signifikante forskjeller mellom behandlings- og sammenligningsgruppen etter behandling og 6) replikasjon av utfallseffektene, ideelt utført av en uavhengig forsker eller forskerteam.

Ifølge Kazdin (2002) var det da utviklet over 550 terapier for ulike tilstander og problemer hos barn og unge, og de fleste av disse hadde, ifølge ham, liten eller begrenset forskningsstøtte. Miljøene som utviklet foreldretrening som intervensjon mot atferdsvansker var imidlertid kjennetegnet ved at de tidlig kombinerte behandling, forskning og teoriutvikling (Patterson et al., 2002). Det var derfor naturlig at de plasserte seg innenfor, og til dels har vært sterke talspersoner for den evidensbaserte eller evidensstøttede tradisjonen innen klinisk psykologisk forskning og praksis (Shriver & Allen, 2008d).

Mens en har lagt ned en betydelig innsats for å klargjøre om ulike former for terapi er effektiv, er det få tilsvarende forsøk på å beskrive terapier som ineffektive eller skadelige. Det vil likevel være noen intervensjoner som ikke får vitenskapelig støtte uansett hvor mye de forskes på, og en burde ifølge Waschbusch (2012) kunne skille mellom behandlingsformer som har vist seg å være skadelige eller ineffektive fra de som ikke er undersøkt. Det er, ifølge ham, mer uetisk å gi tilbud om behandling som har vist seg å være ineffektiv enn å gi tilbud om behandling som ikke har vært undersøkt. Waschbusch referer til en egen undersøkelse av ADHD der behandlinger også ble klassifisert som ineffektive og utforsket i tillegg til veletablert og lovende (Waschbusch & Hill, 2003). Chorpita et al. (2002) har også, for å sikre et forsvarlig empiriske grunnlag for tjenesteyting på Hawaii, supplert kategoriene *veletablert* («well-established»), *sannsynlig virksom*, («probably efficacious») og *mulig virksom* («possibly efficacious») behandling, med kategoriene *uten støtte* («unsupported») og *mulig skadelig* («possibly harmful»).

## 5.1.2 Evidensbasert psykologisk praksis

Mens EST fokuserer på hvilke krav som skal stilles til forskningsunderlaget for definerte terapeutiske tilnærminger og prosedyrer, er EBP en tilnærming til klinisk beslutningstaking (Kazdin, 2008; Lilienfeld et al., 2013).

Tankegangen om evidensbasert eller evidensstøttet praksis har sine røtter innen medisin (Lilienfeld et al., 2013; Mudford et al., 2012; Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, & Richardson, 1996). Bevegelsen skjøt fart på 1990- tallet, da stadig flere fremtredende medisinere argumenterte for at medisinsk praksis trengte grundigere forankring i vitenskapelig evidens (Lilienfeld et al., 2013). Senere har bevegelsen spredt seg til og fått stadig større innflytelse både innen klinisk psykologi, sosialt arbeid og tilgrensende disipliner. Hensikten har vært både å sikre bedre kvalitet i tjenestene og sikre brukermedvirkning i de beslutningene som ble tatt.

Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP<sup>4</sup>) ble formulert og vedtatt av APA i 2006, både i form av en innflytelsesrik rapport og som en fagpolitisk erklæring (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006). Erklæringen lå tett opp til en tilsvarende erklæring for evidensbasert medisin og er senere oversatt til norsk og vedtatt av Norsk Psykologforening (NPF) i 2007. Både erklæringen og rapporten ble i den forbindelse publisert i Tidsskrift for norsk psykologforening (2007).

I rapporten til APA (2006) hevdes det at anvendt psykologi, historisk sett, alltid hadde vært assosiert med en evidensbasert tilnærming til behandling. Det vises bl.a. både til grunnlaget for de tidligste behandlingsinstitusjonene i USA og til kravet om at psykologer både skulle få klinisk og vitenskapelig opplæring/trening (Den såkalte scientist-practitioner- eller Boulder-modellen). I dokumentene defineres EBPP som integrasjonen av tre kunnskapskilder: 1) den best tilgjengelige forskningen 2) klinisk ekspertise og 3) pasientens egenskaper, kultur og preferanser.

Det er altså langt flere kunnskapskilder som danner grunnlaget for EBPP enn kun rigorøse utfallstudier. Slike studier anses for å være et nødvendig, men ikke et tilstrekkelig grunnlag for EBPP. Med det best tilgjengelige forskningsgrunnlaget menes vitenskapelige resultater knyttet til intervensjonsstrategier, kartlegging, kliniske problemer og pasientpopulasjoner både i laboratoriet og i en klinisk setting, så vel som klinisk relevante resultater fra grunnforskning og relaterte områder (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006; Mudford et al., 2012). Andre forskningsområder, metoder og design kan altså bidra til evidensgrunnlaget for EBPP, men studier som har en metodologi som tilfredsstillende indre og ytre validitet har likevel forrang. Systematiske synteser av tilgjengelig forskning er øverst i evidenshierarkiet, f.eks. i form av systematiske litteraturgjennomganger, metaanalyser, narrative synteser og praksisretningslinjer med utgangspunkt i systematisk syntetiserte forskningsresultater. Dersom syntetisert systematisk kunnskap ikke er tilgjengelig, bør en basere sine anbefalinger på primærstudier som samlet håndterer problemstillingen med indre og ytre validitet. Primære studier som kollektivt har begrenset indre og ytre validitet plasseres på neste nivå, deretter ekspert konsensus basert på formelle prosedyrer og til slutt upubliserte data, profesjonelle meninger og tidligere erfaring (Canadian Psychological Association, 2012).

Klinisk ekspertise blir definert som den generelle kompetansen psykologer har opparbeidet seg gjennom sin utdanning, trening og erfaring og som har resultert i en effektiv praksis. Termen er ikke ment å referere til ekstraordinære ferdigheter som kjennetegner en elite, men snarere grunnleggende kliniske ferdigheter (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006).

I sin presentasjon av klinisk ekspertise lister APA (2006) opp seks komponenter eller aktiviteter som omfattes av begrepet (min oversettelse): a) kartlegging, diagnostisk vurdering og kasusformulering, b) klinisk beslutningstaking, behandlingssimplementering og tilsyn med pasientens progresjon i

<sup>4</sup> EBPP er et snevrere begrep enn EBP i og med at EBPP er EBT innen psykologifaget. EBPP er anvendt der det er nødvendig med en slik presisering, for øvrig brukes EBP



behandlingen, c) interpersonlig ekspertise, d) kontinuerlig selvrefleksjon og ferdighetsutvikling, e) hensiktsmessig evaluering og bruk av forskningsevidens i både anvendt grunnforskning og anvendt forskning, f) forståelse av hvilken innflytelse individuell og kulturell variasjon har på behandling og g) aktiv bruk av tilgjengelige ressurser (f.eks. konsultasjon, tilgrensende eller alternative tjenester) når dette er påkrevd.

Når det gjelder pasientens egenskaper, kultur og preferanser, refererer dette bl.a. til individuelle problemutforminger, alder og utviklingsstatus, sosiokulturelle forhold og familieforhold samt personlige preferanser. En antar at behandling vil være mer effektiv dersom den er sensitiv til slike karakteristika hos pasienter (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006).

Pasientegenskapers rolle i EBPP har utløst flere spørsmål. En kan f.eks. tenke seg at karakteristika på tvers av diagnoser, f.eks. personlighetstrekk, kan moderere effekten av empiriske testede intervensjoner. En annen problemstilling er om hvorvidt sosiale faktorer og kulturelle forskjeller som har vist seg å virke for majoriteten også vil fungere for andre etniske eller kulturelle grupper. En tredje problemstilling er hvorvidt intervensjoner tar høyde for utviklingsmessige forhold når det gjelder barn, tenåringer og eldre ungdommer. Det er også et spørsmål om hvordan ulike manifestasjoner av problemer kan moderere effekten av intervensjonen. Dette er m.a.o. ikke bare forhold som gjelder møte mellom den individuelle terapeuten og hans/hennes pasient, men om handler også gruppeegenskaper ved populasjonen.

Det har vært en god del skepsis og innvendinger mot EBPP, både innen akademia og blant klinikere. Mens enkelte undersøkelser viser at de fleste som arbeider med mental helse er positivt innstilt til EBBP og til forskningens relevans for utformingen av behandling (Borntrager, Chorpita, Higa-McMillan, & Weisz, 2009; Caldwell, Coleman, Copp, Bell, & Ghazi, 2007), viser andre undersøkelser at klinikere rangerer relevansen av forskningslitteratur langt bak andre informasjonskilder. Dette er funn både i eldre undersøkelser (L. H. Cohen, Sargent, & Sechrest, 1986) og i nyere (f.eks. Stewart & Chambless, 2007). Også blant akademikere, f.eks. i en undersøkelse medlemmer i Society for Psychotherapy Integration, fant en at hele 9 % var «sterkt uenig» eller «uenig» i utsagnet om at «Forskning har en viktig innflytelse på min praksis» (Safran, Abreu, Ogilvie, & DeMaria, 2011). Undersøkelser blant profesjonsstudenter i klinisk psykologi viser at selv om de er generelt positivt innstilt til EBPP, så ville de i liten grad forplikte seg til et ønske om mer EBP som en del av studiet (Luebbe, Radcliffe, Callands, Green, & Thorn, 2007). Enkelte, f.eks. Lilienfeld (2013) forklarer dette med ulike former for «motstand», negative holdninger, begrepsforvirring og kunnskapsmangel blant klinikere når det gjelder EBP, men en slik analyse bidrar neppe til mer positive holdninger.

Selv om tankegangen bak EBT og EBP er lettfattelig og intuitiv er det også en del åpenbare utfordringer og problemer. Kazdin har oppsummert noen av disse, og peker på at utfordringene både omhandler utvalgsseleksjon og generaliserbarheten til resultatene, skillet mellom statistisk og klinisk signifikans, valg av utfallsmål samt at ulike utfallsmål, på tross av at resultatene varierer på tvers av studier, likevel tas som tegn på samme bedring (2008). Noe av det som Kazdin advarer mot er å generalisere konklusjonene fra forskning på tvers av pasientgrupper, problemer og terapier. Ifølge ham, vil innvendinger og bekymringer mot forskningsgrunnlaget antakelig i ulike grad være relevant i forskjellige sammenhenger. Han nevner f.eks. forskning på atferdsvansker spesielt og konkluderer med at den store mengden undersøkelser i seg selv gjør at et spørsmål om hvorvidt deltakerne i disse studiene er «reelle pasienter» eller ikke, blir nokså meningsløs.

På samme måte som det kan stilles spørsmål ved sider av forskningsgrunnlaget, lister Kazdin opp bekymringer i forhold til klinisk praksis. Han viser til klinisk ekspertise som grunnlag for beslutninger og poengterer at klinisk skjønn ikke har kommet særlig godt ut i undersøkelser. Slik han ser det, er det både snakk om problemer med reliabilitet (dvs. hvorvidt beslutningene er konsistent over terapeuter og tid) og validitet (om disse beslutningene faktisk fører til et bedre utfall enn andre beslutningsformer). Han problematiserer også begrepet «skreddersøm» eller individuell tilpasning, og peker på at det foreløpig ikke er en pålitelig måte å sikre dette på. Det er f.eks. ikke sikkert at ulike terapeuter ville velge å tilpasse en metode på samme måte for den samme pasienten. Selv om tilpasningen er den

samme, er det heller ikke sikkert at denne ville gi noe bedre resultat. Når det gjelder generalisering av resultatene fra klinisk praksis, påpeker Kazdin at det er så mange punkter og dimensjoner som skiller individuelle pasienter fra hverandre at det er problematisk å generalisere fra en pasient til en annen. Han påpeker f.eks. at dersom en tar utgangspunkt i kriteriene for atferdsforstyrrelser (CD) er det over 32 000 kombinasjoner av symptomer som individer kan fremvise og fortsatt fylle kriteriene for CD (Kazdin, 2008; Perepletchikova & Kazdin, 2005). Kazdin er også kritisk til at terapiutfall ofte evalueres og rapporteres med bakgrunn i behandleres inntrykk og etterlyser systematiske observasjoner. For en grundigere diskusjon av disse problemene henvises det til artikkelen til Kazdin (2008).

En av de sentrale utfordringene ved EBPP er representativitet, dvs. i hvilken grad klienter i utfallstudier er representative for klienter en møter i tjenestesystemene, og i hvilken grad behandlingen er organisert eller skjer på en måte som er i tråd med rammene for ordinær klinisk praksis. Det dreier seg eksempelvis om klientegenskaper, behandlingsdose og intensitet, grad opplæring og oppfølging både av klienter og terapeuter. Dette har selvsagt betydning både for hvorvidt en kan generalisere resultater fra studier om behandlingsutfall på et forskningsutvalg til en ordinær klinisk populasjon eller setting. I neste omgang vil problemstillingen være om en har den kunnskapen om klientpreferanser, egenskaper og verdier som er nødvendig for å utvikle et godt terapeutisk tilbud. Baker-Ericzén's metastudie (Baker-Ericzén et al., 2010) viser f.eks. at det er forskjeller mellom karakteristika ved utvalgene i studier og såkalte community-utvalg.

Noe av utfordringen mht. representativitet skyldes metodekravene til utfallstudier med RCT-design. For å kunne redusere variasjonen innad i sammenligningsgruppene, gjøre dem mest mulig like og sikre størst mulig indre validitet, stilles det ofte krav til utvelgelsen av deltakere som kan medføre at de ikke blir representative for klienter i en vanlig tjenestesammenheng. Eksempel på dette er bruk av strenge entydige (mono-)diagnostiske kriterier i seleksjon av deltakere samt parallelle krav om utelukkelse av andre diagnoser eller problemer. I en ordinær klinisk sammenheng er komorbiditet og sammensatte problemer typisk for mange klienter, spesielt kanskje barn og unge. Kritikken om representativitet har spesielt rammet såkalte «*efficacy*»-studier, laboratoriestudier der utvalgskriteriene er strenge, behandlingen overvåkes og følges tett, er manualisert og skjer ved hjelp av terapeuter som får omfattende spesialopplæring og veiledning. Mens disse studiene er nødvendige for å kunne vise at en bestemt tilnærming eller teknikk har en effekt på en type problem, er de ikke i like stor grad egnet som utgangspunkt for EBPP. Enkelte behandlinger som har vist god effekt i «*efficacy*»-studier, viser noen ganger svakere effekt i en ordinær klinisk setting, selv om dette ikke alltid er tilfelle (f.eks. La Greca, Silverman, & Lochman, 2009; Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006).

Såkalte «*effectiveness*»-studier eller «*clinical utility*»-studier oppfyller de samme strenge designkravene som «*efficacy*»-studier, men skal i utgangspunktet foregå som et tilbud innenfor rammen av det ordinære tjenestetilbudet. En slik studie vil dermed ha langt større økologisk validitet. Noe av den samme kritikken som er rettet mot «*efficacy*»-studier kan imidlertid også rettes mot «*effectiveness*»-studier. Dersom problem-, deltaker og terapeutkriterier er for strenge, kan en ende opp med å undersøke et tilbud som kun er egnet for et bestemt segment av klientpopulasjonen basert på en opplæring og veiledning som går langt ut over det som er vanlig.

Dersom det er vist at en spesiell intervensjon har virkning på et spesielt problemområde og at denne effekten opprettholdes i ordinær klinisk praksis, må en likevel, før en kan bruke dette som underlag for EBPP, gjøre en vurdering av «*efficiency*», dvs. i hvor stor grad intervensjonen kan forsvares ut fra samfunnsøkonomiske betraktninger. Ressurser til screening og kartlegging, grad og omfang av opplæring, av de aktuelle klinkerne, systemer for vedlikehold av kompetanse vil alle kunne representere kostnader som kan redusere muligheten for gjennomføring av et bestemt intervensjonstilbud (se f.eks. Foster, 2010).

I rapporten om evidensbasert praksis (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006) heter det at EBPP krever kunnskap om en rekke egenskaper ved pasienter, f.eks. kjønn, kjønnsidentitet, kultur, etnisitet, rase, alder, familiekontekst, tro og seksuell orientering. Begrunnelsen er at slike variabler former personlighet, verdier, verdensanskuelse, relasjoner, psykopatologi og

holdninger til behandling. I tillegg vil også pasienters sosiale og miljømessig kontekst, inkludert aktuelle og kroniske stressorer være viktige i kaususformulering og planlegging av behandling. Videre kan sosiokulturelle og familiemessige faktorer, sosial klasse, sosiale, økonomiske og situasjonelle faktorer (f.eks. arbeidsledighet, oppløsning av familier, tap, immigrasjonsstatus) ha stor innflytelse på mental helse, adaptiv fungering, oppsøking og benyttelse av hjelpetilbudet og hvilke pasientressurser (psykologiske, sosiale og finansielle) en har tilgang på. EBPP, manifesterer seg ikke bare i møtet mellom den enkelte profesjonsutøver og pasient, men også i form av et system som organiserer forutsetningene for disse møtene bl.a. for hvilke kunnskaper og ferdigheter som kreves av den profesjonelle parten i møtet. Klientene vil ha sin individuelle utforming av problemene, men samtidig være representant for en gruppe pasienter. Det vil således være behov for kunnskap om pasientegenskaper både på gruppenivå og på et individuelt nivå.

Det har lenge vært erkjent at barn som klienter er kjennetegnet ved en del forhold som gjør utvikling av et EBPP for denne klientgruppen utfordrende (Kazdin & Weisz, 1998). Barn under 12 år er f.eks. sjelden selvhenviste, og de har ingen forutsetninger for å aktivt kunne velge behandlinger som er godt underbygget. Årsaken til at barn kommer i kontakt med hjelpeapparatet er ofte at andre (f.eks. foreldre, barnhage og skole) ønsker dette, og deres brukermedvirkning og valg ivaretas først og fremst av foreldrene. Gruppen representerer dermed både spesielle metodiske og etiske utfordringer. Forskning på barn er avhengig av samtykke fra foreldrene, og det kan være betenkligheter med å gjennomføre RCT-forskning på lovende behandlinger ettersom det er krav til randomisert fordeling til en gruppe som ikke får behandling. Det finnes også en rekke trusler mot indre validitet i og med at foreldre ikke er «blinde» i forhold til det behandlingstilbudet barna får, de kan delta i støttegrupper og de kan når som helst trekke barna fra deltakelse eller supplere dette med tilbud utenfra. Foreldre søker også i økende grad informasjon om barns tilstand og problemer gjennom bøker og internett. Motebølger og trender innen behandling gjør også at barn, ved foreldrens beslutninger og profesjonelles anbefalinger, får tilbud om behandling som i verste fall kan være skadelig (Mudford et al., 2012).

Gitt barns avhengighet av sine foresatte, er det vanskelig å se hvordan en kan oppfylle APAs krav om den «tredje foten» i EBPP (2006) (klientegenskaper, kultur og preferanser) uten samtidig å beskrive disse forholdene ved barnets familie og foreldre. På tross av dette, fant f.eks. Baker-Ericzén (2010) i sin metastudie at data om familien, foreldre og andre kontekstuelle forhold ofte manglet i behandlingstudier, spesielt EST-studier.

### 5.1.3 Krav til EBP – programutvikling og implementering

Før et evidensbasert program kan legges til grunn for en EBP, må praksis bygge på en integrering av forskning, klinisk ekspertise og klienters egenskaper, kultur og preferanser. Det stilles krav til forskningen som programmet og de enkelte programkomponentene bygger på og hvordan forskningen skal integreres med andre kunnskapskilder. I siste instans skal dette realiseres som tilbud i et ordinært tjenestesystem. Dette berører både hvordan programmet kan overføres fra en laboratoriesetting og gjøres tilgjengelig for alminnelig klinisk virksomhet, men også hvordan et nytt tilbud skal adopteres og forankres i et tjenestesystem slik at det blir et levedyktig og varig tilbud.

Et generelt rammeverk for veien fra EST til EBP er beskrevet av Kellam og Langevin (2003). Artikkelen er riktignok skrevet med utgangspunkt i forskning på forebygging, men stegene i prosessen vil være nokså like, også når det er snakk om behandlingsprogrammer eller programmer som både inneholder behandlings- og forebyggingsintervensjoner. Forfatterne opererer med en fase-modell, der fase 1) er efficacy-studier, fase 2) er effektivitetsstudier, fase 3) omhandler hvor bærekraftig programmet er, mens fase 4) og 5) beskriver implementering og understøttelse av program i større eller mindre tjenestesystemer («going to scale» og «sustaining systemwide»). I artikkelen

argumenterer forfatterne også for økonomiske analyser og kunnskap om risikogrupper som en del av de multidimensjonelle rammeverket for evidensbasert praksis.

I fase 1 vil programmet bli testet på bakgrunn av strenge vitenskapelige krav under optimale betingelser, men de i fase to vil bli testet under ordinære betingelser der det alltid vil være en viss variasjon med hensyn til implementeringskvalitet. I fase 3 vises det til at det er vanskelig å opprettholde trofasthet mot et program dersom det ikke har nok politisk, sosial og økonomisk støtte, og det er viktig å avklare om den treningen og støtten som er en del av programmet er tilstrekkelig for å opprettholde programmet på et forsvarlig nivå. Når dette er avklart, vil en i fase 4, kunne teste opplærings- og støttesystemene i et tjenesteområde og deretter implementere de støtte- og tilsynssystemer som er nødvendig for å opprettholde et program i et system.

En modell som dette gir imidlertid kun generelle føringer for programutvikling. I det konkrete utviklingsarbeidet har en derfor ofte tatt modell etter detaljerte behandlingsprotokoller eller manualer for å beskrive hvordan et program skal forstås og utøves (Ogden, 2012a). Slike manualer inneholder som regel en definisjon av hvem målgruppen er, opplysninger om behandlingssesjonens struktur, målsettingen for og aktivitetene i hver sesjon, sesjonens varighet, evalueringsverktøy, skjema for registrering av forløp og materiale til bruk for klienter.

I en gjennomgang av eksisterende tilbud til barn og unge, lister Waschbusch (2012) opp fem felles kjennetegn for evidensstøttede programmer, uavhengig av hvilke diagnostiske kategorier de er utviklet for. Det første er at de bygger på omfattende forskning, at prosedyrer er beskrevet i behandlingsmanualer og at program og programkomponenter ofte er inkludert i retningslinjer som er publisert av profesjonelle organisasjoner. For det andre bygger alle nåværende EBPP på forsterkningsprogrammer som skal styrke barns positive og tilpasningsdyktige atferd. Forsterkning læres og anvendes i de enkelte sesjonene, men også hjemme og på skolen der de nye ferdighetene skal tas i bruk. Det tredje kjennetegnet er involvering av foreldre og lærere som endringsagenter der de lærer teknikker for å redusere barnets problemer og styrke tilpasningsferdigheter. For det fjerde har alle dagens programmer for psykiske vansker intervensjoner som er basert på atferdsteori eller kognitiv atferdsteori. Mer spesifikt dreier dette seg om funksjonell analytisk rammeverk. Det femte kjennetegnet er inkluderingen av spesifikke prosedyrer som skal lette generalisering fra en sammenheng til en annen.

Det siste tiåret har det i økende grad blitt satt fokus på implementeringskunnskap og på hvilken rolle slik kunnskap spiller i etableringen av evidensbasert praksis (Fixsen, Blase, Metz, & Van Dyke, 2013; Ogden & Fixsen, 2014). Den første internasjonale konferansen om implementering ble f.eks. holdt i Washington DC i 2010. Selv om hovedfokus for avhandlingen er programutvikling (TIBIR) og ikke den konkrete implementeringen av programmet, har implementeringskunnskap også vært en integrert del av utviklingen og utformingen av programmet. I det følgende vil derfor noen sentrale poeng bli presentert. For en grundigere gjennomgang av implementeringserfaringer med og forskning på PMTO, TIBIR og MST, vises det til en artikkel av Ogden, Askeland, Christensen, Christiansen og Kjølbli (2017)

*Implementeringsvitenskap* kan defineres som den vitenskapelige studien av metoder for å fremme systematisk anvendelse av forskningsfunn i ordinær klinisk praksis, og gjennom dette redusere forekomsten av u hensiktsmessig/upassende praksis (Angus et al., 2006; Ogden & Fixsen, 2014). En kan videre definere *implementering* som et spesifisert sett av aktiviteter som er utformet for å overføre en aktivitet eller et program med kjente egenskaper til praksisfeltet (Fixsen et al., 2005; Ogden & Fixsen, 2014).

Implementering er ikke en engangshendelse, men en planlagt og målrettet prosess. Implementeringsbegrepet ligner, men skiller seg også fra andre begreper som er brukt for å beskrive kunnskapsoverføringen fra forskning til praksisfeltet, f.eks. «dissemination» og «diffusion of innovation». Mens «dissemination» kan ses på som (mer tilfeldig) spredning og «diffusion of innovation» som en prosess der informasjon om en intervensjon fanges opp av en liten gruppe

motiverte deltakere, er implementering en ledet, ordnet, planlagt og tilrettelagt prosess (Ogden, 2012b). Implementering blir dermed et forsøk på å bygge bro over skillet mellom vitenskap og tjenesteyting (Fixsen et al., 2010; Ogden & Fixsen, 2014).

Mens en tidligere var noe ensidig opptatt av kvaliteten på, og integriteten ved, selve programmene som ble utviklet, har en tiltakende grad blitt opptatt av overføringen, integreringen og opprettholdelsen av disse programmene i praksisfeltet (Fixsen et al., 2013; Fixsen et al., 2005). Årsaken er at en har sett at måten dette har blitt gjort på kan påvirke både effekten av programmet i ordinær praksis og også hvorvidt programmet tas i bruk eller ikke. Spørsmålet blir dermed hvordan programmer skal kunne overføres fra forskning og fagutvikling til alminnelig praksis uten at de blir mindre virksomme og på en måte som gjør de til en del av ordinær praksis (Ogden, 2012b; Sørлие et al., 2010). En har i stigende grad også blitt opptatt av hvilke faktorer som virker fremmende og hemmende på en vellykket implementering. *Kvaliteten på implementeringen* bestemmes altså ikke bare av programintegriteten (at programmet formidles slik det opprinnelig ble utprøvd), men også av metodeintegriteten, dvs. at program (-komponentene) utøves i samsvar med de faglige prinsippene som programleverandøren har beskrevet og dokumentert (Sørлие et al., 2010). Et effektivt program kan bli implementert på en ineffektiv måte og svake programmer på en effektiv måte (Fixsen et al., 2005; Gomez, Grønlie, Kristiansen, & Richardsen, 2014).

Ifølge Ogden og Fixsen (2014) dreier praktisk implementering seg i bunn og grunn om tre forhold: 1) hva som skal implementeres, 2) hvordan skal dette skal gjøres og 3) hvem skal utføre dette. Prosessen er sammensatt og består av a) selve intervensjonen, b) en eller flere endringsagenter og c) en kontekst som kan fremme eller hemme implementering (Ogden, 2012b). Aktørene i implementeringen er programleverandøren, programmottakerne og programutøverne (Gomez et al., 2014). Fixsen og kollegaer (2005) vektlegger at programleverandøren også skal fungere som et implementeringsteam, ha høy metodekompetanse og høy implementeringskompetanse.

Ifølge Ogden (2012b) foreligger det ingen enhetlig implementeringsteori eller modell, men ofte refereres det til Rogers (1995) og hans bok «Diffusion of innovation».

Rogers (1995) tar for seg både trekk som fremmer en vellykket spredning av nye intervensjoner og organisatoriske kjennetegn som påvirker sannsynligheten for at innovasjoner blir adoptert. Han viser til fire forhold som han mener fremmer implementeringen av innovativ praksis: a) innovasjonens kjennetegn, b) kommunikasjonskanalene for de nye ideene, c) tidspunkt for lanseringen av innovasjonen og d) kjennetegn ved det sosiale systemet som skal ta imot innovasjonen. Rogers påpeker også at det er forskjell mellom hvor åpne personer i mottakersystemer er for å ta imot en ny idé og kategoriserer disse som tidlige mottakere («early adopters»), seinmottakere («late adopters») og (be-)nektene («refusers»). For å beskrive hvor psykologisk og atferdsmessig forberedt medlemmene i en organisasjon er for forandring på ett gitt tidspunkt benyttes ofte begrepet «organizational readiness» (Shea, Jacobs, Esserman, Bruce, & Weiner, 2014; Weiner, Amick, & Lee, 2008).

Når det gjelder organisatoriske kjennetegn, viser Rogers til fem forhold: a) relative fordeler ved innovasjonen sett i forhold til eksisterende praksis, b) kompatibilitet, dvs. hvor godt innovasjonen er tilpasset tiltaket, c) kompleksitet, hvor sammensatt eller komplisert innovasjonen er, d) testbarhet, (om innovasjonen kan testes ut lokalt) og e) mulighet for å observere (andre som har tatt innovasjonen i bruk) (Ogden, 2012b).

Ulike teoretikere og forskere har senere vektlagt ulike sider ved implementeringsprosessen i sine modeller eller beskrevet prosessen ut fra ulike perspektiver/utgangspunkt. Ogden (2012b) deler disse inn i fasemodeller (modeller som beskriver en prosess der ulike faser har sine særlige kjennetegn), nivåmodeller (hierarkiske modeller som gjerne går fra en ytre kontekst, via organisasjonen og til utøvernes praksis overfor målgruppen) og komponentmodeller, som er en kombinasjon de to første. Hensikten med det følgende er ikke å gi noen fullstendig presentasjon ulike modeller, men mer å presentere sentrale begreper som har blitt utviklet gjennom innfor disse rammene. For en mer systematisk presentasjon av fase- og nivåmodeller vises det f.eks. til Ogden (2012b). I det følgende vil

implementeringsutfordringer, fremmende og hemmende faktorer bli beskrevet med utgangspunkt i Fixsens komponentmodell (Fixsen, Blase, Naoom, & Wallace, 2009; Fixsen et al., 2005).

Komponentmodeller beskriver hvilke aktiviteter eller komponenter implementeringsprosessen består av, og utviklingen de siste årene synes å ha gått mot et rammeverk for praktisk implementering.

Fixsen og hans kollegaer i National Implementation Research Network (NIRN) har utviklet en omfattende modell der de viser til fem overordnede rammeverk for aktiv implementering («Active Implementation Frameworks») (f.eks. Fixsen et al., 2013; Fixsen et al., 2010). Hans modell inneholder både tilgjengelig empiri, definerte begreper samt en analytisk modell som sier noe om forbindelsen mellom begreper.

Fixsens fem rammeverk er: 1) Anvendbare intervensjoner eller programmer, 2) implementeringsfaser, 3) implementeringsdrivkrefter, 4) forbedringssykluser og 5) implementeringsteam. Det er dette rammeverket som også ligger til grunn for implementeringen av TIBIR (Gomez et al., 2014).

Fixsen har satt opp en rekke kriterier som skal definere et program, bl.a. 1) en klar beskrivelse av programmet (filosofi, verdier og prinsipper), klar definisjon av målgruppe og hvem som med størst sannsynlighet vil profittere på programmet, 2) tydelig beskrivelse av essensielle funksjoner (det vil f.eks. si kjernekomponenter), 3) Operasjonalisering av kjernekomponenter slik at programmet kan læres bort, tilegnes og utføres i praksis og 4) En praktisk måte å evaluere programutøverne mht. metodeintegritet.

Ifølge Fixsen skjer implementering i faser og han har identifisert fire ulike implementeringsfaser. Disse er 1) Utforskning («exploration»), 2) Installering/etablering («installation»), 3) Innføring («initial implementation») og 4) Drift («full implementation»). Tidligere hadde modellen også med «Innovation» og «Sustainability», men innovasjon er nå inkludert i driftsfasen og «sustainability» er integrert som et viktig moment i alle faser. Driftsfasen er nådd når programmet er blitt en del av den vanlige praksisen i organisasjonen eller tjenesteområdet, ofte definert som at over halvparten av de som er tiltenkt som utøvere har fått opplæring (Gomez et al., 2014).

*Implementeringsdrivkreftene* er kjernekomponenter eller byggesteiner i infrastrukturen som har til oppgave å støtte opp under forandring av praksis, organisasjonen og systemet (Metz & Bartley, 2012). Drivkreftene har fremkommet på grunnlag av undersøkelser av fellestrekk mellom programmer som har hatt en vellykket implementering (Fixsen et al., 2009; Fixsen et al., 2005) og de strukturelle komponentene som utgjør hver av drivkreftene som bidrar til at implementeringen av programmer, praksiser og innovasjoner er vellykkede og blir opprettholdt. I henhold til dette rammeverket er det tre implementeringsdrivkrefter: 1) kompetanse drivkrefter, 2) organisasjonsdrivkrefter og 3) drivkrefter knyttet til lederskap. Dersom en får disse drivkreftene til å samvirke, vil de øke sannsynligheten for at programmer er levedyktige og har høy integritet.

Kompetansedrivkreftene refererer til mekanismer som skal utvikle, forbedre og opprettholde utøvers og veilederes evne til å implementere et program eller en intervensjon slik at det når ut til brukerne. Kompetansedrivkreftene inkluderer rekruttering, opplæring, veiledning og evaluering av utøvelsen («fidelity»).

*Effektiv rekruttering* innebærer seleksjon av personale som har de nødvendige forutsetninger for å kunne formidle programmet til målgruppen. Det er her snakk om forhåndsdefinerte ferdigheter og kvalifikasjoner.

*Opplæring* omfatter både at en lærer seg de grunnleggende teoretiske, forskningsmessige og verdimesige forutsetningene for programmet, kjernekomponentene i programmet samt gis anledning til å lære, praktisere og utvikle seg i et støttende miljø.

*Veiledning.* Dersom nye ferdigheter skal mestres på et nivå som er ønsket og definert, er ikke grunnopplæring i selve ferdigheten tilstrekkelig. En trenger også å vite når og på hvilken måte de nye ferdighetene skal anvendes, spesielt når en støter på vanskeligheter eller problemer. Det anbefales at organisasjonen utarbeider en plan for veiledning som sier noe om hvor, når og med hvem veiledning skal skje. Det anbefales også at kandidatene sikres systematisk tilbakemelding fra flere datakilder, inklusiv direkte observasjon.

*Evaluering av utøvelse.* Kandidatenes utøvelse av programmet bør også gjøres gjenstand for regelmessig evaluering og organisasjonen bør utvikle og implementere transparente evalueringsprosedyrer og dette bør ses på som en anledning til å forbedre prestasjonen.

Organisasjonsdrivkrefter har som hensikt å utvikle den organisasjonsmessige støtten og systemintervensjonene som er nødvendig for å kunne skape grobunn for nye programmer ved å sikre at kompetansedrivkreftene er tilgjengelige og effektive, og at det samles inn data for løpende forbedring. Organisasjonsdrivkrefter deles videre inn i 1) databaserte beslutningssystemer, 2) administrativ tilrettelegging og 3) systemintervensjon.

Data brukes for å få informasjon om sentrale trekk ved den totale utførelsen til en organisasjon og for støtte beslutningstaking som sikrer kontinuerlig implementering. Typiske data bekrefter kvalitet, trofasthet mot metoden og utfallsdata. Ideelt sett bør slike data innhentes relativt ofte og bygges inn i praksisprosedyrer og rutiner.

Administrativ tilrettelegging handler om hvordan leder av implementeringen i vertsorganisasjonen innfører nye strukturer og rutiner for å støtte og oppmuntre bruken av intervensjonen, mens systemintervensjon gjelder i hvilken grad organisasjonen arbeider for å påvirke eksterne systemer (regionale eller nasjonale) for å kunne utvikle bedre støtte for intervensjonen. Det kan dreie om støtte i form av finansielle, organisasjonsmessige og menneskelige ressurser.

Drivkrefter knyttet til lederskap er avgjørende for om implementeringen lykkes (Gomez et al., 2014; Grønlie & Christiansen, 2014) og det er vanskelig å oppnå høy implementeringskvalitet dersom lederstøtte mangler (Midthassel & Ertesvåg, 2009). Lederskapsdrivkrefter er knyttet til løsningen av ulike problemer som måtte oppstå, og deles inn i teknisk og adaptivt lederskap.

Teknisk lederskap viser til en engasjert ledelse som raskt identifiserer problemer, og organiserer grupper som kan løse disse for at de ønskede resultatene skal nås. Dette lederskapet er særlig egnet i møte med tekniske problemstillinger der det er gjennomgående enighet både om hva som må gjøres og hvordan (Grønlie & Christiansen, 2014). Adaptivt lederskap er nødvendig i møte med mer komplekse problemstillinger er det ikke foreligger konsensus og dermed større usikkerhet når det gjelder hvordan problemstillingene bør håndteres. Løsninger på dette området krever at ledelsen er i stand til å endre de ansattes prioriteringer, rutinger, holdninger, verdier, atferd osv. (Grønlie & Christiansen, 2014).

Fixsen har laget flere ulike figurer for å illustrere modellen (se. f.eks. Fixsen et al., 2013; Gomez et al., 2014). Hovedpoenget synes imidlertid å være at de ulike drivkreftene påvirker hverandre og samtidig er en ramme i alle fasene i implementeringsprosessen.

Forbedringssykluser forutsetter et system med tilbakemeldingssløyer fra programmet, det politiske og administrative nivået og praksisfeltet. Innføring av et nytt program må forankres og gjenspeiles i organisasjonens planer og retningslinjer (policy). Planene og retningslinjene har som formål å regulere forhold i organisasjonen og hvilke kriterier en skal velge etter dersom det oppstår en valgsituasjon. En slik forankring er nødvendig for at tilbudet skal kunne bli en del av det ordinære tilbudet til barn og unge.

Tilbakemeldingssløyer mellom praksisfeltet og politisk/ administrativt nivå sikrer at det blir tydeligere hvilke endringer som kreves, hvor de kreves og hvem som skal utføre disse. En snakker gjerne her om praksisinformert policy og policyaktivert praksis (Fixsen et al., 2013).

I forbindelse med innføringen av nye evidensbaserte metoder, er det enighet, både nasjonalt og internasjonalt, om at en vellykket implementering er avhengig av ansvarlige implementeringsteam med sammensatt kompetanse (Grønlie & Christiansen, 2014). Kompetansen bør omfatte spesialkunnskap om programmet (formelt og praktisk), kunnskap om implementering (formell og praktisk), kunnskap om forbedringssykluser og evne til å fremme endringer på systemnivå (være en støttende og tilretteleggende administrasjon med tilgang på nødvendige ressurser).

I forbindelse med implementeringen av PMTO i Norge ble det først opprettet et nasjonalt implementeringsteam (NIT), og dette ble senere, i forbindelse med implementeringen av TIBIR, supplert med regionale og kommunale implementeringsteam (RIT og KIT). Det er innenfor denne strukturen implementeringen av TIBIR har skjedd i Norge.



## 6. Målsetting for doktorgradsarbeidet

Både i teori, utforming av behandling og forebygging har foreldrene en sentral plass når det gjelder atferdsvansker. Mer empirisk kunnskap om foreldregruppens egenskaper, kultur og preferanser er nødvendig for å kunne utvikle et godt evidensbasert primært tilbud til dem og barna. Å være foreldre til barn med atferdsvansker er utfordrende og belastende, og kan føre til uønskede konsekvenser også for foreldrene. Et bedre tilbud tilpasset foreldrenes behov vil kunne hjelpe dem til å holde ut en vanskelig situasjon, øke livskvaliteten og sette dem bedre i stand til å følge opp barna. Målsettingen med avhandlingen er, ut fra bl.a. et perspektiv om evidensbasert programutvikling og praksis, å sette søkelyset på situasjonen til foreldrene til barn med atferdsvansker.

Formålet med artikkel I er å begrunne og beskrive utviklingen og oppbyggingen av et evidensbasert, kommunalt tjenestetilbud i Norge til familier som har barn med begynnende eller utviklete atferdsvansker. I tillegg til å utvikle moduler basert på kjernekomponenter i foreldreveiledningsprogrammer, inneholder programmet moduler som er rettet mot andre risikofaktorer enn foreldreegenskaper og foreldre – barn samspill. Beskrivelsen omhandler følgende:

1. Med henvisning til rådende teori om, og eksisterende tilbud til, familier med barn med atferdsvansker, begrunne og beskrive utviklingen og oppbyggingen av TIBIR, et program tilpasset primærtjenestenivået
2. Beskrive hvordan dette tilbudet forholder seg til sentrale implementeringsutfordringer så som forankring, nedslagsfelt, samarbeid på tvers av etater og tjenesteområder og opprettholdelse av effekt.

Formålet med artikkel II er å utforske og beskrive sentrale kjennetegn ved familien og foreldrene til barn med atferdsvansker og drøfte hvorvidt deltakelse i en RCT-studie er representative for foreldrene til hjelpesøkende klienter i det ordinære hjelpeapparatet. Dette ble gjort ved å undersøke mulige forskjeller i foreldre- og familiekarakteristika hos deltakere i en RCT «effektivens»-studie og en storskala implementeringsstudie av PMTO (LSI-studie) i ordinær praksis i Norge (Forgatch & DeGarmo, 2011; Ogden & Hagen, 2008). Mens en i RCT-studien fordelte deltakerne til to ulike betingelser, intervensjons- eller kontrollgruppe, fikk alle deltakerne i LSI-studien tilbud om PMTO-behandling. Fremstillingen er sentrert om følgende:

1. På bakgrunn av denne sammenligningen, beskrive:
  - a. foreldre og familiekarakteristika
  - b. drøfte spørsmålet om representativitet
2. Sammenholde og drøfte foreldregruppens problemnivå og probleprofil opp mot tilgjengelige befolkningsdata og resultat fra amerikanske undersøkelser.

Formålet med artikkel III er å undersøke om det skjer endringer hos mødrene selv i løpet av en behandling rettet mot barns atferdsvansker, og i tilfelle hvilke.

1. Undersøke om det skjer endringer i opplevd global helse, akutt og mer langvarig psykososial belastning, følelse av overskudd og trivsel i løpet av en PMTO behandling
2. Undersøke om denne endringen var relatert til behandlingsbetingelser (PMTO versus RS)
3. Undersøke om denne endringen var relatert til atferdsendringer hos barnet

## 7. Metode

Avhandlingen består av ett arbeid som beskriver utviklingen og utformingen av et evidensbasert intervensjonsprogram, TIBIR, spesielt konstruert for førstelinjetjenesten i Norge, og to empiriske arbeider som setter søkelyset på situasjonen til foreldrene til barn med atferdsvansker, kjennetegnet ved foreldrene og opplevde endringer som følge av terapi.

### 7.1 Artikkel I. Utviklingen av TIBIR

Artikkelen beskriver utviklingen og til dels implementeringen av et nytt program, TIBIR. Utviklingen av programmet er et svar på en bestilling fra myndighetene om å gjøre den evidensbaserte kunnskapen om utvikling og behandling av atferdsvansker tilgjengelig som et grunnlag for evidensbasert praksis i det ordinære kommunale tjenesteapparatet (Barne- og familiedepartementet, 2001).

Programmet bygger på den teoretiske SIL-modellen og PMTO utarbeidet av Patterson og kollegaer ved Oregon Social Learning Center (Forgatch & Martinez, 1999; Forgatch & Patterson, 2010). Innhold og utforming er også påvirket og inspirert av andre programmer, f.eks. Incredible Years (Webster-Stratton, 2005), Fast Track (Bierman et al., 1992), The Under 12 Outreach Project for Antisocial Boys (Webster, Augimeri, & Koegl, 2002) og Triple P (Sanders, 1999).

På det tidspunktet programmet var utviklet var det liten kunnskap om effekten av «hjemmesnekrede» versus importerte programmer. En større metanalyse fra 2016 tydet imidlertid på at foreldreintervensjoner som bygget på samme prinsipper er like effektive uansett om de importeres eller utvikles lokalt (Leijten, Melendez-Torres, Knerr, & Gardner, 2016).

#### 7.1.1 Bakgrunn

I 1998 ble det etablert en forskningsenhet ved Psykologisk Institutt ved UiO som skulle følge opp intensjonene i rapporten fra ekspertkonferansen i Asker i 1997. Denne enheten, «Atferdsprosjektet», ble senere omgjort til et eget kompetansesenter, Senter for problematferds og innovativ praksis, (Atferdssenteret). Senteret har nå tatt navnet Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU). Senteret fikk opprinnelig tildelt et todelt mandat:

1. å styrke kompetansen i spesialisttjenestene overfor barn og unge med atferdsproblemer i aldersgruppen 3-12 år
2. å sikre tilgjengeligheten av evidensbasert kunnskap og prinsipper i ulike områder i primærhelsetjenesten (Solholm et al., 2014; Solholm, Kjobli, & Christiansen, 2013)

Den første delen av mandatet ble ivaretatt gjennom innføringen av PMTO på spesialisttjenestenivå, mens den andre delen ble besvart gjennom utviklingen av TIBIR.

Utviklingen av TIBIR foregikk parallelt med overføringen, tilpasningen og implementeringen av PMTO. Gjennom interne diskusjoner, drøftinger med programskaperne av PMTO, innspill fra forskningsavdelingen, litteraturgjennomgang samt studiereiser til andre program, tok TIBIR gradvis form.

Et overordnet mål for programutviklingen var at intervensjonene skulle være systematiske og skreddersys for å møte barnets og foreldrenes aktuelle behov. Intervensjonene skulle også rette seg mot de hovedarenaene som barns atferdsvansker opptrer på. Gjennom TIBIR ønsket en også å skape en enhetlig terminologi, sikre effektivt tverretatlig samarbeid samt øke sannsynligheten for at barn med atferdsvansker ble oppdaget raskt og så tidlig som mulig, uavhengig av på hvilken arena

vanskene manifesterte seg (Kjobli & Sorlie, 2008; Solholm et al., 2013). Intervensjonene skulle følges av forskning for å dokumentere intervensjonseffekt.

En foreløpig versjon av TIBIR ble implementert og prøvd ut i en middels stor kommune (befolkning ca. 30 000) («Lørenskogprosjektet») i 2004-2005 (Askeland & Ogden, 2004; Solholm & Jakobsen, 2009; Solholm et al., 2013). I et kvasiexperimentelt design fant Kjobli og Sørli (2008) en signifikant reduksjon i forekomsten av elevens atferdsvansker og bedre relasjoner mellom elevene i den delen av kommunen der TIBIR var blitt implementert (Kjobli & Sorlie, 2008; Solholm et al., 2013). En studie av Solholm og Jakobsen (2009) fant at gjennom å integrere disse tiltakene i det ordinære tjenestetilbudet kunne en identifisere barn med atferdsproblemer samt muligens ha en positiv effekt på atferdsvanskene. På bakgrunn av erfaringene fra Lørenskog ble det gjort mindre endringer og justeringer av programmet som deretter ble tilbudt utvalgte kommuner.

## 7.1.2 TIBIR-intervensjonene

Den faglige og forskningsbaserte utviklingen har ført til at TIBIR i dag består av seks separate intervensjonsmoduler. Modulene er rettet mot kartlegging og tidlig registrering (modul 1), foreldreferdigheter og foreldre-barn samspillet (modul 2,3 og 4) og relasjoner utenom familien (modul 5 og 6).

Hver modul består av: 1) opplæring av nøkkelpersonell (undervisning og kasusveiledning) 2) opplæringsmateriale og intervensjonsmanualer og 3) den egentlige intervensjonen. Felles for alle modulene er at opplæringen tar utgangspunkt i opplæringsprinsippene fra PMTO, rollespill og hjemmeoppgaver i tillegg til korte forelesninger, gruppe- og fellesdiskusjoner (Solholm et al., 2013). I det følgende vil presentasjonen avgrenses til å gjelde intervensjonsdelen av modulene.

### *Tidlig registrering og kartlegging*

#### **Modul 1: Kartlegging**

Modul 1 består av en kartleggingsprosess i flere trinn («multiple-gate assessment»). Hensikten med denne modulen var å indentifisere atferdsproblemer så tidlig som mulig, både når det gjelder barnas alder og grad av problemutvikling.

For at kartleggingen skal ha en hensikt, må den foregå ved instanser og virksomheter som når flesteparten av barnepopulasjonen, slik at tilgjengeligheten optimaliseres (Hoagwood & Koretz, 1996; Spoth, Kavanagh, & Dishion, 2002). Dersom kartleggingen skjer rutinemessig og på arenaer der alle er, vil det redusere stigmatiseringen som mange opplever ved å ta kontakt med psykisk helsevern og barnevern (Turner & Sanders, 2006). Helsestasjonen fremstår som en opplagt kandidat for forankring av tidlig screening og registrering av de yngste barna. Helsestasjonstjenester tilbys alle, og barn og foreldre kalles med faste mellomrom inn til «helsestasjonskontroll». Helsestasjonen har en 100 år lang historie med kartlegging, forebygging og hjelp når det gjelder barns utvikling og helse, og har en relativt høy stjerne i befolkningen (Norwegian Board of Health Supervision, 1998).

Det er utviklet to ulike kartleggingsprosedyrer, en for barn i alderen 3-6 år og en for aldersgruppen 6-12 år. Begge prosedyrene omfatter en kombinasjon av screening, mer omfattende intervjuer og spørreskjema rettet mot atferdsvansker. Barn som identifiseres i risiko gjennom screening-prosedyren blir kartlagt videre for å avgjøre hvilke, eller hvilken kombinasjon av, intervensjoner som er aktuelle (Solholm et al., 2013). For en nærmere beskrivelse av prosedyrene og en foreløpig undersøkelse av disse, vises det til Grønlie, Apeland, Askeland og Christiansen (2016).

I tillegg til foreldreintervju observerer helsestasjonspersonalet samspillet mellom de yngste barna og foreldre. Dersom definerte risikofaktorer (f.eks. streng og straffende oppdragerstil, manglende forsterkning av prososial atferd eller trass og uro) blir identifisert, vil foreldrene bli bedt om å fylle ut

en norsk oversettelse av Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg & Pincus, 1999) og Parental Stress Scale (PSS) (Berry & Jones, 1995).

De fleste barn i Norge begynner på skolen det året de fyller seks. Skolebarn som identifiseres med atferdsvansker av foreldre/foresatte, skolen, SFO eller skolehelsetjenesten henvises vanligvis til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT). Enkelte barn kan også andre ha hjelpetiltak eller være under omsorg av barneverntjenesten. Med bakgrunn i dette er karleggingen av skolebarn lagt til PPT, og foreldrene blir der bedt om å fylle ut ECBI og PSS. Personalet i skole og SFO blir bedt om å fylle ut 2001 versjonen av TRF (Achenbach & Rescorla, 2001).

### *Intervensjoner rettet mot foreldre-barn samspillet*

Det er tre moduler som er rettet mot å støtte foreldre i deres foreldrerolle, bedre deres foreldreferdigheter og endre foreldre-barn samspillet, nemlig PMTO, PMTO foreldregruppe (FG) og Kortvarig foreldrerådgivning (KFR). De tre modulene er rettet mot indikert nivå (PMTO) og selektert nivå (PMTO FG og KFR). I presentasjonen vil det bli lagt mest vekt på PMTO-modulen, da de andre modulene bygger på prinsippene og teknikkene fra PMTO.

#### **Modul 2: PMTO**

Den norske varianten av PMTO tilbys familier der barna allerede har utviklet alvorlige atferdsproblemer, men det er ikke et krav at de skal ha en formell diagnose. Utgaven ligger svært tett på den originale amerikanske PMTO, og det er kun gjort mindre kulturelle tilpasninger og justeringer. Endringene gjelder f.eks. utformingen av eksempler, valg av betegnelser og begreper samt den spesifikke utformingen av noen konsekvenser. Selve foreldrematerialet er gitt en ny norsk utforming. For en mer uttømmende presentasjon av den norske varianten av PMTO, vises det til Askeland, Apeland & Solholm (2014) og Solholm et al (2005).

Hensikten med PMTO er å gjenopprette positiv foreldreautoritet, der en ved å utvikle foreldreferdigheter og endre foreldre-barn samspillet øker sjansen for at barnet blir møtt på en mer utviklingsfremmende måte (Apeland & Askeland, 2014b). Gjennom dette ønsker en å utvikle og fremme barnets prososiale ferdigheter samt redusere utagering og antisosial atferd. Ideen er at utviklingen av et mer bekreftende samspill både vil «myndiggjøre» (empower) foreldre og gi barna bedre selvtillit. De personlige endringene som kreves av foreldrene i denne prosessen er imidlertid så vidt krevende og grunnleggende at det er vanskelig for foreldrene å klare dette på egen hånd (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006).

PMTO starter med en informasjons- og kartleggingssamtale. Foreldrene får informasjon om programmet, blir bedt om å fylle ut ECBI og en kartlegger både aktuelle problemer og familiens ressurser. Deretter møter foreldre og barn til en ca. 20 minutters lang strukturert samspillsobservasjon. Hensikten med samspillsobservasjonen er at terapeuten skal få et konkret inntrykk av samspillet i familien, hvilke ressurser en kan bygge videre på og hvilke utfordringer familien har. Barnet får også kunnskap om det endringsarbeidet som starter og terapeuten får et eget inntrykk av barnet (Apeland & Askeland, 2014b).

PMTO består av fem hovedkomponenter og flere støttekomponenter. Hovedkomponentene er: 1) oppmuntring og læring av nye ferdigheter, 2) grensesetting, 3) tilsyn, 4) problemløsning og 5) positiv involvering. mens de mest sentrale støttekomponentene er a) effektive og gode beskjeder, b) regulering av følelser, c) kommunikasjon med barn, d) kartlegging av atferd og e) involvering av skole og barnehage. Opplæring av foreldrene skjer gradvis og innlæringen av en ny ferdighet bygger på tidligere lærte ferdigheter. I mange tilfeller vil alle hovedkomponentene og støttekomponentene bli gjennomgått, enten fordi familien har behov for det eller fordi de ønsker dette. I andre tilfeller vil tilbudet kun omfatte utvalgte komponenter og tema. Foreldrene lærer seg de ulike komponentene og utførelsen av disse gjennom refleksjon, problemløsning, rollespill og hjemmeoppgaver.

Hovedkomponentene kommer, innledningsvis, alltid i en viss sekvens. Det fokuseres først på samarbeid og oppmuntring og læring av nye ferdigheter. Det tas utgangspunkt i: 1) familiens ressurser som grunnlag for endring, 2) foreldrenes ferdighet mht. effektive og gode beskjeder og 3) foreldrenes bruk av positive forsterkningsprinsipper i forbindelse med barnas læring av nye ferdigheter. Vanligvis følges disse temaene av hovedkomponenten grensesetting, der trass og regelbrudd reguleres ved hjelp av tre strukturerte prosedyrer, «Pausetid» («Time-out»), «Ekstraoppgaver» («Work chores») og «Tap av goder» («Privilege removal»). I noen tilfeller kan trening i emosjonsregulering være nødvendig før en starter med grensesetting, og i andre tilfeller kan det være nødvendig å avklare en del forhold f.eks. rundt tilsyn. Etter dette er rekkefølgen i komponentene mer fleksibel og styres av familiens løpende behov.

I problemløsningskomponenten lærer foreldre en trinnvis problemløsningsmodell som de kan anvende både i forhold til spesifikke problemer og som modell for avgjørelser i familiemøter. Positiv involvering er en slags «metakomponent» som gjennomsyrer de øvrige komponentene og som sjelden tas opp som et isolert tema. Hensikten er å motvirke foreldrenes negative fokus på barnet og i stedet fremme og opprettholde et positivt engasjement. Opplæringen i hoved- og støttekomponentene forgår både i form av diskusjoner, aktiv problemløsning, rollespill og hjemmeoppgaver. I hjemmeoppgavene skal foreldrene som regel forsøke å anvende teknikker eller prosedyrer som de har trent på i terapitimene.

De ulike komponentene og temaene gjentas etter behov med sikte på en større og større integrasjon av kunnskap og ferdigheter.

### **Modul 3: PMTO Foreldregruppe (PMTO FG)**

PMTO FG består av 12 ukentlige sesjoner à 2,5 timer. Maksimalt antall deltakere har blitt satt til 16 (foreldre til 8 barn). PMTO FG bygger, i tillegg til den norske varianten av individuell PMTO, direkte på forebyggende gruppemanualer som er utviklet for enslige mødre og stefamilier ved OSLC (Forgatch & DeGarmo, 1999; Forgatch et al., 2005). PMTO FG er tilpasset foreldrene til barn som viser tegn til risiko for å utvikle atferdsvansker. Utvelgelsen til denne modulen skjer på bakgrunn av kartleggingsprosedyren i modul 1, men det utøves også et visst skjønn i forhold om foreldrene ønsker å delta eller evner å fungere i en gruppesituasjon. PMTO FG omhandler mange av de samme temaene som individuell PMTO, og skjer i form av korte miniforesninger og diskusjoner, demonstrasjonsrollespill, foreldrerollespill og hjemmeoppgaver.

Følgende 8 tema behandles i løpet av intervensjonen og fordeles over sesjonene: 1) Oppmuntring og tilrettelegging for samarbeid, 2) Systematisk bruk av oppmuntring, 3) Effektiv grensesetting og bruk av konsekvenser, 4) Tilsyn, 5) Problemløsning, 6) Positiv involvering og kommunikasjon med barn, 7) Samarbeid med skole/barnehage og 8) Håndtering av søskenkrangling og raseriutbrudd.

I motsetning til individuell PMTO er det i PMTO FG mer fokus på tema enn på komponenter, og mye av opplæringen skjer i form av rollespill og tilbakemelding fra andre foreldre.

PMTO FG ledes av to gruppeledere, hvor av den ene skal være utdannet PMTO terapeut. Den andre kan f.eks. være opplært i kortvarig forelderådgivning (KFR) og mange av disse er i utgangspunktet helsesøstre. En god del av disse har erfaring med gruppeformatet knyttet til forebygging og behandling av ulike problemstillinger (f.eks. svangerskapskurs, søvngrupper osv.)

Den spesifikke opplæringen i gruppeformatet skjer ved et to dagers kurs der de ulike tema og formidlingen av disse i en gruppeformat står sentralt. Kursdagene forholder seg også til kunnskap om alminnelig gruppedynamikk, samt etiske og pedagogiske problemstillinger knyttet til gruppeformatet, fellesskapet og den enkelte foreldre. Alle deltakerne gjennomfører praktiske øvelser der de står for introduksjon og formidlingen av samt opptreningen i et spesifikt tema.

#### **Modul 4: Kortvarig forelderådgivning (KFR)**

Foreldre som indikerer at de trenger rådgivning pga. usikkerhet i forelderollen eller problem med å håndtere krevende barn, kan få tilbud om KFR. Familier med barn som har utviklet mer alvorlige problemer vil få tilbud om PMTO FG eller ordinær PMTO. KFR består av et begrenset antall sesjoner (3-5 ganger) med en godkjent rådgiver. Ofte vil rådgiver være helsesøstre, og foreldrene får rådgivning og opplæring som er tilpasset de problemene det melder.

Opplæring i KFR foregår som 9 en-dagers samlinger der grunnleggende kunnskap om barn med atferdsvansker, hvilke utfordringer de representerer og sentrale tema/komponenter fra PMTO gjennomgås. I tillegg får foreldrene opplæring i samarbeid med, og rådgivning til, foreldre. Gjennomgangen er relativt grundig og ferdighetsfokuseret, men er mindre omfattende enn PMTO opplæringen. Opplæringen foregår over 6 måneder og følges av 6 måneder med veiledning på konkrete saker.

Opplæringen er relativt omfattende sett i forhold til intervensjonen, men det har vært et poeng at nettopp siden intervensjonen er kortvarig og avgrenset, setter dette store krav til kvaliteten på de råd som gis.

#### ***Intervensjoner rettet mot sampill på andre arenaer***

Barn med atferdsvansker møter omgivelsene med manglende sosiale ferdigheter og en del automatiserte negative samspillsmønstre. Dette fører til negative reaksjoner fra omgivelsene og negativ kameratkontakt noe som øker sannsynligheten for at atferdsproblemene og mistilpasningen. Selv om foreldre får opplæring i hvordan de skal møte barnet hjemme, er dette utilstrekkelig og resultatet er ofte at problemene vedvarer eller akselererer i barnehagen eller på skolen. I tillegg til de negative erfaringene dette gir barnet, medelever og personalet, fører dette også til en belastning på foreldre som igjen kan øke spenningene hjemme og hemme en positiv utvikling. Dersom barnet blir møtt på en konsistent måte på flere arenaer øker dette antall læringssesjoner og vil øke sannsynligheten for at barnet generaliserer til flere arenaer. Det vil også sikre at barn ikke i så stor grad risikerer å bli avvist av andre, og dermed unngår negative tilbakemeldinger og utstøting/isolasjon.

Ikke sjelden ser en at skoler mener at årsaken til atferdsvanskene ligger hos foreldrene (f.eks. omsorgssvikt) mens foreldre mener at barnet ikke «tas på rett måte» på skolen og anklager skolen for en autoritær eller ettergivende væremåte. Et systematisk samarbeid vil dermed også kunne virke som en støtte til foreldrene og en måte å unngå gjensidig mistenkeliggjøring på.

I stedet for å utvikle tiltak som direkte rettet mot kameratgruppen har en, i TIBIR, valgt å trene og utvikle barnas egne sosiale ferdigheter. Hensikten er imidlertid å redusere forsterkningen av antisosial atferd og kontakt med avvikende kamerater, og å forsterke prososiale ferdigheter. Tankegangen har vært at bedre sosiale ferdigheter vil føre til mer, og hyppigere, kontakt med barn og voksne uten problemer, og med dette redusere tiden de tilbringer sammen kamerater med antisosiale problemer.

#### **Modul 5: Konsultasjon til lærere og førskolelærere (LK)**

For barn som viser atferdsproblemer i førskole, på SFO eller på skolen er det utviklet en modul for lærerkonsultasjon. Intervensjonen består av 6-8 konsultasjoner som tilbys klasselærer eller førskolelærere som arbeider direkte med barnet. Konsulentene som gjennomfører dette kan være ansatte på skolen eller personer utenom skolen som arbeider som konsulenter i forhold til atferdsproblemer og klassemiljø (f.eks. PPT). Fokus er på utforming og iverksetting av strategier og teknikker tilpasset skolen, klassen og hver enkelt elev, og som har til hensikt å stoppe og redusere antisosial atferd og fremme prososial atferd overfor voksne og kamerater.

Opplæringen i LK er utformet som 4 en-dagers samlinger der atferdsproblemer og kartlegging av atferdsproblemer i skole og barnehage blir gjennomgått. Videre omhandler samlingene også selve konsulentrollen og tema som samarbeid, ros og oppmuntring av prososiale ferdigheter, regulering av følelser, tilsyn og grensetting samt håndteringen av atferdsvansker ved hjelp av ulike teknikker og

ferdigheter. I løpet av, eller etter samlingene, begynner også kandidatene på egne saker. De mottar supervisjon fra PMTO terapeut på de første av disse. Fremstillingen av temaene og komponentene er knyttet til barnehage og skole, og klasseromsledelse og barnets forhold til barnehagen/skolens personale og medelever blir dermed løpende tema.

### **Modul 6: Sosial ferdighetstrening (SFT)**

SFT foregår ved at barnet får direkte trening i sosiale ferdigheter gjennom atferdstrening («behavioral rehearsal») og oppmuntring og forsterkning av prososiale ferdigheter. Treningen har et omfang på åtte til ti sesjoner. En del av treningen av barnet skjer gjennom at ferdighetstrenerne anvender de samme prinsippene og prosedyrene som foreldre og lærere/førskolelærere når det gjelder beskjeder og systematisk bruks av ros, oppmuntring og materielle forsterkere på prososial atferd. I tillegg til dette lærer de barnet kognitive problemløsningsferdigheter og sinnekontroll. Modellen bak dette er SNAP (Stop Now And Plan) (Burke & Loeber, 2015).

Opplæringen i sosial ferdighetstrening tilbys assistenter eller annet skole- eller barnehage personell som arbeider direkte med barn med atferdsvansker. Kandidatene gjennomgår 6 dagsamlinger fordelt på 6 måneder, kombinert med kasus supervisjon fra PMTO terapeut. I løpet av opplæringen gis det innføring i atferdsvansker, deres årsaker og utviklingsbaner og kartlegging, men er først og fremst fokusert på konkrete teknikker for innlæring av prososiale ferdigheter hos barn med atferdsvansker (sinnekontroll, problemløsning og samarbeid).

## **7.1.3 Implementering og kvalitetssikringssystemer**

Artikkel 1 omhandler først og fremst den teoretiske bakgrunnen for, og utviklingen av TIBIR-programmet, og ikke om den konkrete implementeringen av programmet. TIBIR er imidlertid designet for å kunne implementeres i norske kommuner noe som også har også preget utviklingen og utformingen av den totale «programpakken». Fokus på implementering er ikke noe særnorsk fenomen, men del av en internasjonal trend. De siste tiårene har forståelsen for den rollen implementering spiller i forhold til evidensstøttet praksis økt; det samme har kunnskapen om praktisk implementering (Fixsen et al., 2013; Fixsen & Ogden, 2014; Sørli et al., 2010)

Erfaringene fra implementeringen av PMTO viste at det var behov for kunnskap om teoretiske modeller for, og forskning om, implementering. Behovet for mer implementeringskunnskap ble også tydelig etter pilotstudien av TIBIR i 2004-2005. Problemstillinger knyttet til implementering har derfor vært en integrert del av utviklingen av TIBIR. Erfaringer fra implementeringen og utprøvingen er for øvrig beskrevet i en masteroppgave ved NTNU (Christiansen, 2007). Når det gjelder implementeringsprosessen vises det til denne og til doktoravhandlingen til Patras (2010).

En sentral del av NUBUs implementeringsstrategi for å bygge levedyktige fagmiljøer har vært å satse på å lokale implementeringsteam i kommunene. Disse har bestått av minst to personer, som har fått nødvendig støtte av det regionale og sentrale implementeringsteamet til å gjennomføre implementeringen i sin kommune, samtidig som de har bidratt med nødvendig kunnskap om viktige lokale implementeringsdrivere. De lokale implementeringsteamene har bl.a. sørget for utarbeidelse av og gjennomføring av opplæringsprogrammene, veiledning, sertifisering og vedlikeholdkrav. Både programmottaker og implementeringsteamene har også kunnet støtte seg til nettportalen pmto.no og til en utarbeidet veileder for implementering (Gomez et al., 2014).

I tillegg til etableringen av lokale implementeringsteam, har også viktigheten av utarbeidelse av spesifisert kontrakter mellom programleverandør og programmottaker som sikrer forankring i kommunal ledelse og konkrete målsettinger for implementeringen blitt påpekt.

For en grundigere gjennomgang av implementeringsutfordringer og kvalitetssikringssystemer for PMTO og TIBIR, henvises det til Grønlie og Christiansen (2014) og til Apland og Askeland (2014a)

## 7.2 Artikkel II og III. De empiriske arbeidene

De to empiriske arbeidene benytter data som er samlet inn av NUBU i forbindelse innføring og utprøving av PMTO i Norge. Datasettet er innhentet i to ulike, men interrelaterte studier som ble gjennomført i perioden 2001-2005. Den første studien var en randomisert «effectiveness»-studie av PMTO versus regulær behandling (RCT-studien) (Hagen et al., 2011; Ogden & Hagen, 2008). Den andre studien var en storskala implementeringsstudie med fokus på behandlingsintegritet over tid og terapeutgenerasjoner (LSI-studien) (Forgatch & DeGarmo, 2011). Dataene som ble samlet inn fra familiene som fikk PMTO i RCT-studien inngår også i implementeringsstudien. Dette var mulig fordi begge studiene i hovedsak samlet inn samme type data ved hjelp av de samme instrumentene. Nedenfor redegjøres det mer detaljert for deltakere, prosedyrer og måleinstrument i de to studiene.

### 7.2.1 Deltakere

Deltakerne i RCT-studien var 112 barn og deres foreldre som ble rekruttert fra det ordinære behandlings- og hjelpeapparatet (Psykisk helsevern for barn og unge og Barneverntjenesten). Av disse var 90 gutter (80.4 %) og 22 jenter (19.6 %). Barnas alder ved oppstart av studien i RCT-studien varierte fra ca. 3.5 til ca. 13 år ( $M = 8.40$ ,  $SD = 2.11$ ). Randomiseringsprosedyren førte til at 59 familier fikk tilbud om PMTO mens 53 fikk et regulært tilbud (RS). Av de 112 barna var 34 rekruttert fra barne- og familievernet, mens 78 var rekruttert fra Psykisk helsevern for barn og unge.

Foruten de 59 PMTO-familiene fra RCT-studien besto LSI-studien av 264 familier som alle fikk tilbud om PMTO. Aldersspennet på barna ved oppstart av LSI-studien var fra ca. 3 til ca. 13 år ( $M = 8.64$ ,  $S = 2.19$ ).

Deltakerne i den aktuelle studien var altså totalt 376 norske familier (barn og deres omsorgspersoner) som hadde blitt henvist til regulære tjenester for barn og unge for atferdsvansker der 323 mottok PMTO og 53 fikk et regulært tilbud. Alle de fem<sup>5</sup> helseregionene var representert i studien og det relative antallet gjenspeilte befolkningens mengde, bortsett fra at de to største helseregionene kunne synes noe underrepresentert. Når det gjelder henvisende instans, var 146 av det totale utvalget rekruttert fra barnevernstjenesten, 176 fra psykisk helsevern for barn og unge og 53 fra andre private og kommunale instanser. For ett barn var ikke henvisende instans oppgitt. Det var ingen forskjell mellom studiene når det gjaldt etnisitet. Majoriteten var etnisk norsk barn (RCT-studien 95.4 %, LSI-studien 98 %). Ifølge SSB (Dugstad, 2006) har 8,3 % (definert som at begge foreldrene er født utenom Norge) eller 13.5 % (definert som at minst en av foreldrene er født utenom Norge) en innvandrerbakgrunn. Utvalget hadde således en underrepresentasjon av barn og familier fra andre land og med en annen etnisk bakgrunn enn den norske.

Eksklusjonskriteriene for begge studier var at: a) barnet ikke måtte være diagnostisert med autisme, b) ikke ha vært utsatt for seksuelle overgrep, c) ikke være psykisk utviklingshemmet eller d) ha foreldre som hadde alvorlig psykopatologi eller var psykisk utviklingshemmet.

I studie II ble bare resultater fra mødrene benyttet. Bakgrunnen for dette var at det var kvinner som var de primære omsorgspersonene og informantene. Det var også et relativt stort innslag av enslige mødre (38.8) i det totale utvalget. Videre var det primært kvinner som ga uttrykk for økt psykososial belastning.

---

<sup>5</sup> Opprinnelig var det fem helseregioner, nå er tallet redusert til fire



## 7.2.2 Prosedyre

Rekrutteringsperioden til de to studiene var overlappende og gikk fra januar 2001 og til april 2005. Kartleggingen etter behandling fant sted i perioden oktober 2001 til mai 2006.

Selve datainnsamlingsprosedyrene var relativt identisk for de to studiene. Den vesentligste forskjellen var randomiseringsprosessen i RCT-studien. Dette medførte bl.a. at foreldrene måtte informeres om, og gi samtykke til, å delta i randomiseringsprosessen samt være åpen for å ta imot det behandlingstilbudet de ble randomisert til. I LSI-studien fikk alle det samme tilbudet. Denne forskjellen kan ha hatt konsekvenser for hvem som aksepterte å delta i de respektive studiene. Ifølge Ogden og Hagen (2008) takket imidlertid alle familiene som ble kontaktet ja til å delta i RCT-studien.

I det videre gis først og fremst en beskrivelse av prosedyren til RCT-studien og det vil bli gitt supplerende opplysninger der prosedyrene var ulike.

Familier i begge studiene ble rekruttert via henvisningsprosedyrene til de ordinære spesialisttjenestene for barn (barnevern, familievern og Psykisk helsevern for barn og unge). Standard prosedyre for at henvisningen ble godtatt var mer basert på klinisk skjønn enn formell screening, det samme var beslutningen om å inkludere familien i studien.

Foreldre ble informert om forskningsprosjektet, invitert til å delta og fylte deretter ut et samtykkeskjema. Barnas kontaktlærere ble kontaktet med samtykke fra foreldrene og fylte ut spørreskjema vedrørende barna. Studien var godkjent av Regional etisk komite (REK).

Rekrutteringen av PMTO-terapeuter var åpen i den forstand at alle som til da hadde blitt sertifisert kunne delta dersom de ønsket dette. Utvalget av terapeuter var likevel noe begrenset i og med at det i dette tidsrommet var utdannet relativt få PMTO-terapeuter. De PMTO-terapeutene som meldte seg, ble bedt om å rekruttere terapeuter som skulle være kontrollterapeuter. Det var ikke mulig å både være PMTO-terapeut og kontrollterapeut.

Etter at de hadde fullført kartleggingsbatteriet forut for intervensjonen, ble familiene randomisert fordelt enten til PMTO-gruppen eller RS-gruppen (regulær service). Randomiseringen var parvis og skjedde lokalt ved hjelp av forseglede konvolutter. Ulikheten i gruppestørrelsen RCT-studien skyldes inkluderingen av 12 familier som alt var påbegynt da studien ble avsluttet (Ogden & Hagen, 2008). Terapeutene ble bedt om å fullføre de aktuelle familiene, men uten å vente på den andre familien i paret. Disse tolv familiene var dermed randomisert, men ikke som del av et par. Kartleggingen forut for og etter intervensjon ble foretatt lokalt.

## 7.2.3 Måleinstrumenter

Foreldrene ble bedt om å fylle ut spørreskjema angående barnas atferd, familie demografi, familieøkonomi, boforhold, familie fungering, foreldre helse og parforhold. Den av foreldrene som rapporterte å ha tilbragt mest tid sammen med familien (primær omsorgsperson) fylte ut det grunnleggende spørreskjema som omhandlet, familiedemografi, familieøkonomi og familiekjennetegn. Spørreskjema om egen helse ble fylt ut av hver av foreldrene, og kun foreldre som var samboende eller gifte fylte ut spørreskjema angående parforholdet.

Kartleggingsinstrumentene var en blanding av veletablerte instrumenter og instrumenter spesielt tilpasset eller utarbeidet for de to aktuelle studiene. Noen av instrumentene har blitt brukt i tidligere norske studier og noen har blitt utviklet og brukt ved OSCL. Disse instrumentene var blitt oversatt til norsk og oversatt tilbake til engelsk.

## *Demografiske data og opplysninger om familien*

Foreldrene oppga fødselsdato, sivilstatus, etnisk tilhørighet og relasjon til barnet samt utdanningsnivå og aktuell status i forhold til arbeid. Det var opprinnelig seks ulike alternativer for utdanningsnivå, men dette ble rekodet til 3 nivåer: 1 = Fullført grunnskole, 2 = Fullført videregående skole og 3 = Høgskole og universitetsutdanning. De åtte opprinnelige kategoriene for deltakelse i arbeidslivet ble rekodet til følgende fire kategorier: 1= Full tids arbeid, 2= Deltids arbeid, 3 = Arbeidsledig og 4 = Uten arbeid, men ikke del av arbeidsstyrken.

Mht. familieøkonomi ble foreldrene bedt om å fylle ut familiens samlede årlige nettoinntekt og hvor mange som ble forsørget ved hjelp av denne. De ble også spurt om bruttoinntekt og fylte ut Family Finance Questionnaire (FFQ). FFQ er et instrument som er utviklet ved OSLC og bygger på Pearlin og Schoolers (1978) arbeider om foreldres opplevelse og mestring av økonomiske belastning. Syv ledd omhandler materielle behov, spesifikke kutt og manglende økonomisk råd i forhold til nødvendige varer og tjenester. Skalaen har vist seg å være valid og reliabel og Cronbachs alfa var 0,86 i denne studien (pretest).

Foreldre ble videre bedt om å beskrive boligtype og antallet barn og voksne som bodde der. De ble også bedt om å vurdere hvor sannsynlig det var at de ville ha samme bolig om et halvt år på en 4 punkts Likert skala (fra 1 = Svært sannsynlig til 4 = Ekstremt usannsynlig).

Foreldrene ble bedt om å beskrive ulike dimensjoner ved nabolaget på en fem punkts Likert skala (fra 1 = Svært bra til 5 = Svært dårlig). Dimensjonene var egen og barnas personlige trygghet, trygghet på lekeplassen, renhold, skole, ro og beskyttelse av eiendom.

Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) (S. Cohen & Hoberman, 1983) ble benyttet for å vurdere foreldrenes opplevelse av sosial støtte. Den originale ISEL består av 40 ledd og omhandler dimensjonene sosial støtte, å bli verdsatt, selvfølelse, tilhørighet og konkret, praktisk støtte. Leddene ble skåret på en 4 punkts Likert skala (fra 0 = Klart uriktig til 3 = Klart riktig). Høyere skårer indikerte høyere sosial støtte. Cronbachs alfa i denne studien var 0.87 ved pretest.

Foreldrene fylte også ut The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (Olson, Portner, & Lavee, 1985) som mål på opplevelse av familiens samhörighet og tilpasning. FACES III består av 10 ledd som tapper samhörighet (f.eks. «Familemedlemmer ber hverandre om hjelp»), og 10 ledd som tapper tilpasningsevne (f.eks. «Når vi løser problemer følger vi barnas forslag til løsninger»). Leddene ble skåret på en fem punkts Likert skala (fra 1 = Nesten aldri til 5 = Alltid). Cronbachs alfa i denne studien var 0,87 ved pretest.

## *Opplysninger om foreldrene*

Tilpasningen i parforholdet ble målt med Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spanier, 1976). Skalaen består av 32 ledd som kartlegger fire dimensjoner i parforholdet, uttrykk for hengivenhet, dyadisk samhörighet, dyadisk enighet, og dyadisk tilfredshet. For både menn og kvinner var Cronbachs alfa 0,92 for den totale DAS skårene, men noe lavere for de enkelte dimensjonene. De laveste verdiene var på uttrykk for hengivenhet og enighet i dyaden. I tråd med tidligere arbeider ble det også utviklet en case-skåre, og grensen for denne ble satt til < 100 på den totale DAS skåren.

Foreldrenes subjektive opplevelse av generell helse samt somatisk og psykisk plager ble kartlagt både ved hjelp av enkeltspørsmål og etablerte spørreskjema. Den generelle opplevde helse ble oppgitt på en 5-punkts Likert skala (fra 1 = Meget god til 5 = Meget dårlig). Foreldrene ble også spurt om hvordan de følte seg (sterk og opplagt eller trett og sliten) på en 7 punkts Likert skala (1 = Meget sterk og opplagt til 7 = Svært trett og sliten). Videre ble de bedt om å oppgi sitt generelle tilfredshetsnivå på en 7 punkts Likert skala (1 = Svært fornøyd og 7 = Svært misfornøyd). I den andre studien ble de to siste spørsmålene slått sammen til en indikator på tilfredshet og overskudd.

Subjektive somatisk helseplager det siste året ble kartlagt ved hjelp av tolv ledd som alle ble skåret på en 5 punkts skala fra 1 = Ikke i det hele tatt til Veldig mye). Kun tre av kategoriene hadde en forekomst som gjorde at de ble undersøkt nærmere, a) gastrointestinale plager, b) muskel-skjelett plager og c) astma/allergi.

Foreldrenes alkohol og stoffmisbruk ble kartlagt gjennom AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) og The Substance Use Questionnaire (SUQ) (Capaldi & Patterson, 1991). AUDIT består av 10 ledd som besvares på en 5 punkts Likert skala (0-4) der høyere skårer indikerer mer risikabel og skadelig alkoholbruk. SUQ ble brukt til å kartlegge erfaring med ulike stoff, inkludert legemidler, marihuana og tyngre stoffer. Deltakerne skåret frekvensen av eget bruk på en 5 punkts Likert skala (fra 1 = Aldri til 5 = Daglig eller nesten daglig). Legemidler ble rekodet til tre kategorier, smertestillende (både svake og sterke), sovemedisin og beroligende samt antidepressiva.

Psykologisk opplevd belastning (psychological distress) ble må ved hjelp av The Symptom Checklist (SCL-5) og General Health Questionnaire (GHQ-28). SCL-5 ble utviklet av Tambs & Moum (1993) som mål på global mental belastning. SCL-5 består av fem ledd (følelse av frykt, nervøsitet og indre uro, følelse av håpløshet når det gjelder fremtiden, følelse av nedstemthet og overdreven bekymring) og knytter seg til opplevelsen de siste to ukene. Deltakerne ble bedt om å vurdere situasjonen på en 4 punkts Likert skala (fra 1 = Ikke plaget eller vært til besvær i det hele tatt til 4 = Veldig mye). Summen av de to første leddene utgjør angstskåren på SCL-5, mens summen av de tre siste utgjør depresjonsskåren. Cronbachs alfa ble regnet ut for begge kjønn på totalskåren og alle subskalane. SCL-5 Total (5-ledd kvinner = 0.85, menn = 0.83). SCL-5 angst (2 ledd, kvinner = 0.71, menn = 0.61) og SCL-5 depresjon (3 ledd, kvinner = .82, menn = 0.78).

GHQ-28 har blitt funnet å være et valid instrument for å kunne identifisere opplevd psykologisk belastning (Goldberg & Hillier, 1979). Referanseområdet er de to siste ukene og kan identifisere kronisk stress (Skreden et al., 2008). Den versjonen som ble benyttet her var noe modifisert i og med at fire av syv ledd på subskalaen på depresjon var utelatt. De fire leddene omhandlet suicid og suicidale tanker. Total GHQ-skåre ble estimert på basis av svarene på 24 ledd. Cronbachs alfa ble regnet ut for begge kjønn på totalskåren (24 ledd, kvinner = .91 og menn = .92). I den første studien ble det også regnet ut en case-skåre (>6)

## 7.2.4 Opplysninger om barna

Det ble innhentet opplysninger om fødselsdato, etnisitet, tidligere og aktuell utvikling og fungering. De aktuelle atferdsvanskene ble målt med Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991a), Teachers Report Form (TRF) (Achenbach, 1991b) og Parent Daily Report (Patterson, Chamberlain, & Reid, 1982).

Kun CBCL og TRF ble benyttet i dette arbeidet. Begge instrumentene er velkjente og reliable skalaer som kartlegger kompetanse, emosjonelle problemer og atferdsproblemer hos barn. Begge instrumentene er oversatt til norsk og standardisert og validert i egne studier (Lurie, 2006; Nøvik, 1999). En god del av leddene overlapper på de to instrumentene og de er direkte sammenlignbare.

I dette arbeidet ble tre av skalaene brukt, 1) Totale problemer og 2) Eksternalisering og 3) Internalisering. Eksternalisering består bl.a. av subskalaene Aggresjon og Normbrytende atferd og ble brukt som et mål på grad av atferdsproblemer. Tabell 1 viser gjennomsnitt og standardavvik for de tre skårene ved inntak.

Tabell 1. Råskåre på mål for atferdsvansker hos barna (CBCL og TRF) ved inntak

	Inntak					
	Hele utvalget N= 376		RCT-studien N= 112		LSI-studien N= 264	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
CBCL Total Score	62.13	25.07	65.73	29.04	60.60	23.07
CBCL Externalizing Score	24.09	9.85	25.59	11.30	23,45	9.13
CBCL Internalizing Score	13.57	8.52	13.54	9.13	13.59	8.26
TRF Total Score	58.48	29.28	65.18	26.04	55.66	30.15
TRF Externalizing Score	21.95	14.08	25.08	13.32	20.63	14.21
TRF Internalizing Score	9.51	6,74	9.97	7.16	9.31	6.55

## Databehandling

### Arbeid II

Statistiske analyser ble gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 22. Paret t-test for grupper ble brukt til å sammenligne gjennomsnittsskårer og chi-kvadrat for å sammenligne andelen for kategoriske variabler i de to utvalgene. Data fra spørreskjemaene som angikk helse og parforhold ble analysert for hvert kjønn. Sannsynlighets nivåer som var < .05 ble godtatt som signifikant og ble rapportert med eksakte verdier.

### Arbeid III

Statistiske analyser ble gjennomført ved hjelp av SPSS versjon 22. Et «missing-completely-at-random» og en «expectation-maximization» prosedyre ble brukt for å estimere og fylle inn verdier på enkeltledd for hvert instrument. Dersom løsningen ikke konvergente, ble regresjon benyttet for å beregne de enkelte verdiene som manglet. Det ble utført en paret t-test for å se på endringer i utvalgte variabler fra inntak til behandlingsslutt. En «mixed-between-within subject»-analyse ble utført for å undersøke om terapeutisk betingelse hadde noen effekt på foreldrevariablene. Endringsskårer ble beregnet for alle variabler (skårer etter behandling minus skårer ved inntak). På bakgrunn av dette ble det gjennomført en hierarkisk multippel regresjon for å kunne bedømme kontroll-målets (CBCL total forandring) evne til å predikere mødrenes opplevelse av global helse, velvære og overskudd samt stress etter at en hadde kontrollert for inntaksskårene på disse målene.

## 8. Resultat

### 8.1 Oppsummering av arbeid I

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. *Prevention Science*, 14(6), 535-544. doi: 10.1007/s11121-012-0334-x.

**Bakgrunn:** Foreldre har en sentral rolle både i teori om utvikling og vedlikehold av atferdsvansker og i utformingen av anbefalte behandlingsprogrammer. Foreldreferdigheter og måten dette vises i samspillet med barna er de viktigste proksimale risikofaktorer for utvikling av atferdsvansker når barna er små, og foreldretrening har etablert seg som anbefalt behandling for barn med atferdsvansker. Foreldrene, på sin side, opplever den daglige omsorgen og oppfølgingen av barn med atferdsvansker som en stor og vedvarende belastning. Dette svekker deres foreldrefungering og øker sannsynligheten for utviklingen av holdninger og samspillmønstre som vil forsterke og vedlikeholdet problemene. Det er derfor viktig å kunne oppdage og gi et effektivt og tilpasset tilbud til familier med barn med atferdsvansker på et så tidlig tidspunkt som mulig (både når barna er små, men også tidlig i problemutviklingen), og uavhengig av hvilken arena problemene oppstår og oppdages på. Et slikt tilbud er ikke bare designet for å hjelpe barna, men også for å gi foreldrene hjelp til å stå i en situasjon som er krevende.

Studien beskriver den teoretiske bakgrunnen og de praktiske forutsetningene for utviklingen av et norsk intervensjonsprogram, Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Programmet er tilpasset og integrert i det kommunale tjenestetilbudet og bygger på rådende teori, behandlingsprinsippene fra PMTO og andre foreldretreningsprogrammer. Det er en kombinasjon av registrerings-, forebyggings- og behandlingsintervensjoner. Programmet er utviklet i tråd med prinsippene for EBP, og implementeringen av programmet bygger på prinsipper fra implementeringsteori og -forskning.

**Metode:** Programmet ble utviklet gjennom systematiske litteraturstudier om teori, behandling og implementering, studieturer til andre forebyggings- og behandlingsprogrammer, og erfaringsbaserte diskusjoner i et nasjonalt implementeringsteam. En pilotversjon av programmet ble prøvd ut i Lørenskog kommune i 2004-2005 der hensikten var en prosessevaluering med tanke på utvikling og forbedring av programmet. Evalueringen omfattet bl.a. innsamling av data fra ulike spørreskjema og inventarier, samt intervju med fokusgrupper og enkeltpersoner blant programutøverne og administrasjonen i kommunen (Christiansen, 2007; Kjøbli & Sorlie, 2008; Solholm & Jakobsen, 2009)

**Resultat:** Programmet består av en lavterskel kartleggingsmodul for, sammen med foreldrene, tidlig å kunne identifisere og utrede atferdsvansker, tre foreldreveiledningsmoduler primært rettet mot å bedre samspillet i familien (kortvarig forelderådgiving, individuell PMTO og PMTO-gruppe), en modul rettet mot personalet i barnehage, SFO og skole (konsultasjon) og en modul rettet mot å bedre barnets sosiale ferdigheter i barnehage/skole (sosial ferdighetstrening). Hver modul består av undervisning og trening av personalet, manualer som beskriver intervensjonen og selv intervensjonen. I tillegg er det utarbeidet en egen implementeringsguide til hjelp for programmottaker og lokalt implementeringsteam.

## 8.2 Oppsummering av arbeid II

Solholm, R., Ogden, T., & Jakobsen, R. (2014). Conduct problems in children. Characteristics of families recruited for a clinical outcome trial as compared to families in an implementation study. *Children and Youth Services Review*, 42, 1-9. doi: DOI 10.1016/j.chilyouth.2014.03.019

**Bakgrunn:** Implementering av evidensstøttet terapi (EST) har vært anbefalt som en måte å overføre kunnskap fra forskning til praksisfeltet. Gjennom en slik implementering ønsker en å etablere en evidensbasert praksis (EBP) og øke kvaliteten på det ordinære tjenestetilbudet til klienter. For barn med atferdsvansker har anbefalt EST vært foreldretrening eller foreldre-medierte behandlingsprogrammer. I og med at foreldrene har en nøkkelrolle i disse tilnærmingene, blir kunnskap om kjennetegn ved familien og foreldrene til barn med atferdsvansker avgjørende for å kunne utvikle og tilpasse intervensjoner slik at tjenestetilbudet kan bli en reell EBP.

En av hovedbekymringene knyttet til EST som grunnlag for endring av tjenestetilbudet har vært spørsmålet om klientrepresentativitet, dvs. problemstillingen om hvorvidt klienter i kontrollerte utfallsstudier skiller seg vesentlig fra klienter i en ordinær behandlingssituasjon og dermed ikke er tilstrekkelig relevant som grunnlag for en EBP. Mye av kritikken har dreid seg om relevansen av RCT-studier som er gjort utenfor ordinær behandlingspraksis (såkalte «efficacy studier») men bekymringen har også vært reist i forhold til RCT utfallsstudier innen ordinær praksis (såkalte «effectiveness studier»), da pga. strenge forskningskriterier og antakelser (e.g.Krauss, 2018).

Studien undersøkte først hvorvidt det var systematiske forskjeller mellom utvalgene i to «effektivness»-studier vedrørende PMTO i Norge, en RCT-studie av PMTO versus regulær behandling og en storskala implementeringsstudie. Deretter ble kjennetegnene ved det totale utvalget beskrevet og det ble drøftet hvorvidt disse var representative for familiene og foreldrene til norske barn med atferdsvansker.

**Metode:** Foreldre fylte ut spørre- og selvrapportskjema som omhandlet sentrale sosio-demografiske variabler, familieøkonomi, opplevd støtte fra naboer og venner, psykisk og fysisk helse, alkohol og stoffmisbruk.

**Resultat:** Totalt 376 familier var inkludert i studien, 112 var opprinnelig rekruttert til RCT- studien og 224 til implementeringsstudien. Av det totale antallet var 46.8 % rekruttert fra psykisk helsevern for barn og unge, 38.8 % fra barneverntjenesten og 14.1 % fra andre private og kommunale tjenester. Familiene kom fra alle landets helseregioner. I det totale utvalget var det 322 kvinner og 209 menn, mens det ikke var oppgitt kjønn på 43 av deltakerne. Deltakerne fordelte seg på 213 par og 135 enslige forsørgere, mens sivil status manglet i 28 tilfeller.

Det var få signifikante forskjeller i familie- og foreldrekjennetegn mellom utvalgene i de to studiene. Forskjeller ble funnet når det gjaldt henvisende instans, mødrenes gjennomsnittsalder, fedrenes utdanningsnivå, foreldrenes opplevelse av finansiell bekymring og opplevd belastning og følelse av overskudd og velvære. Forskjellene var vanskelig å tolke, og ble antatt å enten skyldes tilfeldigheter, forhold ved implementeringsprosessen eller ulike rekrutteringsrutiner til de to studiene.

Resultatene indikerte generelt et lavt problemlnivå på de fleste variabler, med unntak av mødrenes opplevelse av global helse, psykososial belastning og velvære/overskudd. Resultatet står i kontrast til resultat fra f.eks. USA som indikerer større og mer sammensatte problemer hos foreldre til barn med atferdsvansker, særlig i utvalg som behandles i det ordinære hjelpeapparatet (community sample) (Baker-Ericzén et al., 2010).

---

## 8.3 Oppsummering av arbeid III

Solholm, R., Bjørknes, R., & Jakobsen, R (2018) Change in Mothers' Perception of Well-Being and Distress Following Treatment of Child Conduct Problems. Resubmitted for publication.

**Bakgrunn:** Foreldre har en nøkkelrolle både i teori omkring utvikling, vedlikehold og behandling av atferdsvansker og som endringsagenter i foreldretreningsprogrammer anbefalt som EST for barn med atferdsvansker. Samtidig er det utfordrende for foreldre å oppdra barn med atferdsvansker og foreldre utvikler ofte tegn på foreldrestress og andre tilpasningsproblemer.

De fleste utfallsstudier som omhandler denne typen programmer, har begrenset utfallsmålene til symptomer hos barnet og/eller til foreldreatferd som er direkte mål for endring i behandlingen. Det har vært hevdet at en, ved å utvide utfallsmålene, ville forvente å finne flere, og mer varierte, endringer, både i familien og hos foreldre.

Arbeid II viste relativt lave problemskårer hos foreldrene på de fleste av variablene som ble målt. Unntaket var at mødre i utvalget rapporterte økt opplevelse av belastning, svakere global helse og mindre overskudd og velvære enn mødre generelt.

En av målsettingene med arbeid III var å undersøke eventuelle endringer i opplevd belastning, overskudd og trivsel hos foreldrene i løpet av behandlingsperioden (inntak til postintervensjon), og om eventuelle endringer var avhengig av behandlingsbetingelser eller hang sammen med endringer i barnets atferd.

**Metode:** Mødrene fra 329 familier ble undersøkt med ulike mål på opplevd belastning, trivsel og overskudd. Av disse fikk 293 PMTO behandling mens 36 fikk ordinær behandling. Målingene ble utført ved behandlingsoppstart og etter avsluttet behandling.

**Resultat:** Signifikant positiv endring ble målt på de fleste utfallsmål på opplevd belastning og velvære/følelse av overskudd. Unntaket var opplevd global helse. Det ble også funnet at endringene hadde en sammenheng med endringer i barnets atferd, men ikke med behandlingsbetingelse. Det var en sammenheng mellom endringer i mødres opplevelse av belastning og endringer i barns atferd. Endringer i barns atferd predikerte imidlertid kun en liten del av variansen.

## 9. Diskusjon

Den første artikkelen beskriver utviklingen og utformingen av TIBIR, et norsk evidensstøttet program for barn med atferdsvansker og deres foreldre. Siktemålet var å tilby et helhetlig program som grunnlag for en evidensbasert praksis i norske kommuner. Programmet er bygget opp rundt den sentrale rollen foreldrene og foreldreveiledning har i forebygging og behandling av atferdsvansker, men omfatter også supplerende tiltak rettet mot sentrale arenaer utenom familien. Utformingen av en egen EBP for det kommunale nivået erkjenner at et godt behandlingstilbud i spesialisttjenesten ikke er tilstrekkelig for å imøtekomme barna og foreldrenes behov for rask, tilpasset og vedvarende hjelp og støtte. Artikkelen belyser hvordan helsepolitiske føringer har gitt grunnlag for en evidensbasert programutviklingen og hvordan forskning og klinisk ekspertise ble integrert og de ulike modulene kvalitetssikret gjennom en pilotstudie. Artikkelen drøfter også utfordringer knyttet til å nå ulike målgrupper og til å opprettholde kvaliteten på de ulike modulene over tid. Avslutningsvis viser artikkelen til nødvendigheten av kontinuerlig evaluering og forskning som del av etablering og videreutvikling av evidensbasert praksis.

Artikkel 2 og 3 fokuserer på foreldregruppe som søker hjelp pga. av barnas atferdsvansker. Tidligere arbeider har i hovedsak omhandlet kjennetegn ved barnas atferd og tilpasning og endringer i disse som følge av terapeutiske intervensjoner. Bedre kunnskap om foreldregruppen vil ikke bare være viktig for å videreutvikle en evidensbasert praksis overfor barn med atferdsvansker, men også for bedre å kunne hjelpe foreldrene selv.

Artikkel 2 sammenligner kjennetegn ved foreldrene i to norske «effektivens»-studier av PMTO, en randomisert kontrollert studie og en storskala implementeringsstudie. Artikkelen er begrunnet i behovet for bedre demografiske data, problemnivå og problemprofil hos foreldregruppen for å kunne videreutvikle en evidensbasert praksis. Studien viser at det er lite som skiller foreldregruppen i RCT-utvalget og utvalget fra implementeringsstudien. Studien støtter derfor ikke en antagelse om at et RCT-utvalg, i utgangspunktet, er mindre representativ enn andre utvalg. Videre indikerer studien at norsker foreldrene som søker hjelp pga. barns atferdsvansker har færre og mindre problemer enn det som fremkommer i nordamerikanske studier. Det kan imidlertid tyde på at mødre har en noe høyere opplevelse av belastning og psykososialt stress enn det en finner i den norske befolkningen generelt.

Den tredje artikkelen tar utgangspunkt i funnet som indikerer at mødre til atferdsvanskelige barn opplever økt belastning og psykososialt stress. Studien viser signifikante endringer på flere mål på mødrenes belastninger og psykososialt stress fra før og til etter behandlingsforløpet. Studien fant imidlertid ingen forskjeller mellom PMTO-gruppen og kontrollgruppen når det gjeldt slike endringer. Endringer i barnas atferdsvansker var relatert til mødrenes endring, men predikerte bare en liten del av variasjonen i mødrenes endringer.

I det følgende vil først erfaringene og utfordringene fra utviklingsarbeidet fra TIBIR bli drøftet, og da med fokus på foreldrenes hjelpebehov samt de rollekravene deltakelsen i programmet stiller til dem. Funnene fra de to empiriske arbeidene vil deretter bli oppsummert og drøftet som et hele, og til slutt blir det gjort en sammenfatning der kunnskapen om norske foreldre og forelderoller i behandling blir sett i lys av SIL-modellen og behovet for videre forskning.

### 9.1 TIBIR - programutvikling for å etablere en evidensbasert praksis

Utgangspunktet for utviklingen og utformingen av TIBIR er den evidensbaserte triaden a) best tilgjengelig forskning, b) klinisk ekspertise og c) klientgruppens kjennetegn, kultur og preferanser (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2006; Barlow, 2004; Ogdén, 2010a).



TIBIR er utviklet og utformet som et evidensstøttet program, dvs. en tydelig definert psykologisk behandling som har vist seg virksom overfor definerte målgrupper i kontrollerte studier (Chambless & Hollon, 1998). De ulike modulene har dokumentert effekt og er rettet mot primære proksimale risikofaktorer for utvikling og vedlikehold av atferdsvansker (Eng, Patras, & Handegård, 2015; Fossum, 2009, 2013; Kjøbli & Ogden, 2012; Kjøbli et al., 2016; Solholm et al., 2013). Programmet ble som helhet prøvd ut i en pilotstudie og deretter justert på bakgrunn av erfaringene der. Utøvelsen av programmodulene er videre beskrevet i definerte manualer og elektroniske opplæringsmapper. Programmet oppfyller dermed de alminnelige kriteriene som beskriver kjennetegnene ved evidensstøttede intervensjonsprogram (Kazdin & Weisz, 2010) eller det Fixsen i sitt implementeringsrammeverk betegner som et «anvendbart program» (2013). I tillegg er det også, med utgangspunkt i implementeringskunnskap, gjort en vurdering av programmodulenes nytte, anvendbarhet og generaliserbarhet i norske kommuner.

Når det gjelder den best tilgjengelige forskningen, har studier av utvikling og behandling av atferdsvansker en lang historie, og den etablerte kunnskapen har vært grunnlaget for utformingen av flere tidligere evidensbaserte intervensjonsprogrammer. I majoriteten av disse står foreldretrening sentralt. Forskningsgrunnlaget for TIBIR har således vært relativt lett tilgjengelig både når det gjelder generell innretning på, og utforming av, tiltak i programmet. Forskningsgrunnlaget baserer seg ikke bare på forskning om utformingen og effekten av de ulike intervensjonene, men også på forskning innen rekke andre disipliner, f.eks. utviklingspsykologi, familiesamspill, teoretiske forklaringsmodeller, terapeutrollen og behandlingsprosessen samt programimplementering, for å nevne noe. Dette er i tråd med beskrivelsen av «best tilgjengelig forskning» slik denne er beskrevet i erklæringen og rapporten fra APA (2006)

Klinisk ekspertise har stått sentralt i utformingen av TIBIR. NUBU har ved sine implementeringsteam, på ulike nivåer (sentralt, regionalt og lokalt), bidratt til utviklingen og utformingen av programmets moduler. De har også vært ansvarlig for opplæringen og veiledning i modulene. Implementeringsteamene har bestått av norske fagpersoner med lang klinisk erfaring i behandling av atferdsvansker, og denne erfaringen har vært sentral i de løpende beslutningsdiskusjonene både når det gjelder spørsmål om programutforming og implementering. Forut for, og i løpet, av programutviklingen ble det gjennomført flere studiereiser til sentrale programutviklings- og forskningsmiljøer som har designet lignende programmer for forebygging og behandling av atferdsvansker. Flere av disse forskerne og programutviklerne hadde også omfattende klinisk erfaring, og deres ekspertise har også vært med å påvirke beslutninger om programmet struktur og utforming. Både nasjonal og internasjonal klinisk ekspertise har med andre ord vært godt representert både i utviklingen og utformingen av programmet og også vært sentral i opplæringen og oppfølgingen av programutøverne.

Det tredje «beinet» i triaden, klientgruppens kjennetegn, kultur og preferanser, er et komplisert tema når det gjelder barn. Foreldrene vil, som barns foresatte, være de som formelt og uformelt målbærer (yngre) barns synspunkter og verdier, også når det gjelder tilbud om helsehjelp. I tillegg tilhører foreldre selv (i en viss forstand) klientgruppen i programmer der den sentrale intervensjonen er foreldretrening. På mange måter har de slik en mer sentral posisjon enn barna i familie og nærmiljøbaserte behandlinger av atferdsvansker. Det er et paradoks at en har mer kunnskap om kjennetegn ved barna enn en har om kjennetegn ved (den norske) foreldregruppen. Kunnskapen om kjennetegn, kultur og preferanser hos foreldre har mye vært basert på erfaringer og studier fra USA, og dette, sammen med mer anekdotisk informasjon fra norske fagfolk, har vært mye av grunnlaget for utformingen av TIBIR.

I forbindelse med implementeringen av PMTO, ble det gjort en kvalitativ intervjuundersøkelse av et avgrenset antall foreldre som hadde fått dette tilbudet (Aartun & Tisløv, 2009). Foreldrene ga i denne undersøkelsen uttrykk for at de var fornøyd med PMTO, men poengter behovet for mer oppfølging i form av tilbud om ekstra møter (såkalte «booster sessions») for å kunne vedlikeholde egne ferdigheter. Det er sannsynlig at en mer aktiv involvering av foreldre i utviklingen av TIBIR ville kunne føre til

justeringer både når det gjelder vektlegging av innhold og utformingen av TIBIR. Det virker rimelig å sikre en sterkere brukermedvirkning i den videre utviklingen av programmet.

Evidenstriaden gir et grunnlag for å utforme et evidensbasert program, men synes ikke tilstrekkelig for å kunne realisere dette som evidensbasert praksis, dvs. som et kunnskapsbasert og varig tjenestetilbud til befolkningen. Selv om en har kunnskap på alle de tre områdene som utgjør evidenstriaden, er det uklart hvordan denne kunnskapen skal anvendes for at en ny praksis skal bli en integrert del av tjenestetilbudet. I forhold til dette fremstår implementeringsmodeller og forskning på implementering som en langt bedre ramme for å kunne analysere og iverksette nødvendige tiltak som sikrer at programmer er bærekraftig gjennom alle fasene i implementeringsprosessen.

Implementering handler om legge forholdene til rette for at intervensjoner skal fungere under ordinære tjenestebetingelser. For TIBIR er dette primærtjenestene for barn og unge i norske kommuner. Kommunen representerer vår minste administrative og politiske enhet, men er ingen entydig størrelse. Innbyggertallet varierer, det samme gjør tjenestetilbudets organisering, omfang og kvalitet. I tillegg er det varierende grad av samarbeid mellom faggrupper, de forskjellige tjenesteområdene og mellom ulike tjenestenivåer. Dette har gjort implementeringen av TIBIR utfordrende. Utfordringene varierer også mellom kommunene. Implementeringsrammeverket fokuserer, i tillegg til utformingen av selve programmet, på utfordringer knyttet til implementeringsfaser, implementeringsdrivere (kompetanse, lederskap og organisering), forbedringsløyper og anvendelsen av egne implementeringsteam. Dette har vært en viktig forståelsesramme i arbeidet med TIBIR og har gjort det lettere å identifisere problemer og å foreslå løsninger som kan operasjonaliseres og integreres. Forståelsesrammen har dermed medvirket til at det har blitt tatt beslutninger som har hatt betydning for programmets suksess. Det faller utenfor rammene til dette arbeidet å redegjøre for, og diskutere, alle beslutningene der forståelsen implementeringsrammeverket gir har hatt betydning, og det nedenstående er kun ment som illustrasjoner.

Skriftlige kontrakter mellom programleverandør og programmottaker der løsninger på en del generelle utfordringer og problemer har vært beskrevet med utgangspunkt i implementeringsrammeverket, har antakelig bidratt til å forbygge problemer, bl.a. har det sikret politisk og administrativ støtte fra kommunalt ledernivå. Egne implementeringsteam har også gjort faren for stagnasjon i implementeringsarbeidet mindre samt sikret nødvendig lokalkunnskap om implementeringsdrivere. Beslutningen om å innføre TIBIR som en del av det eksisterende tjenestetilbudet i form av økt kompetanse hos personalet snarere enn som et tilbud som krevde en egen organisering, vil antakelig også bidra til å gjøre programmet mer levedyktig på sikt selv om implementeringstakten skulle reduseres noe. På tross av variasjonen i organiseringen av tjenestetilbudet i ulike kommuner, har det også vært en del fellestrekk. Beslutningen om å legge den grunnleggende registrerings- og kartleggingsmodulen til helsestasjon og PPT, sikrer programmet et målrettet nedslagsfelt og stor rekkevidde, noe som gjør det lett tilgjengelig for brukergruppen. Det samme gjelder forankringen av konsultasjonsmodulen og den sosial ferdighetsmodulen i barnehage- og skolesystemet. Implementeringsrammeverket har også bidratt til at det tidlig har blitt satt søkelys på behovet for vedlikehold og opprettholdelse av kompetanse og utviklingen av kvalitetssikringssystemer. Selv om disse er mest utviklet når det gjelder PMTO modulen, er dette også et pågående arbeid i forhold til de øvrige modulene.

Det er vanskelig å overvurdere betydningen av implementeringskunnskap i utarbeidelsen av en EBP, og kravet om nødvendigheten av slik kunnskap burde fremstå som langt tydeligere i en evidensklæring. Dette kunne f.eks. vært gjort ved at implementering ble skilt ut som en egen dimensjon og vært utformet i form av operasjonaliserte krav og prosedyrer. Dette kommer bl.a. til uttrykk i de nye norske kriteriene i Ungsinn.no der det stilles krav om at det skal finnes kvalitetssikringssystemer som fremmer implementeringskvalitet og sannsynliggjør at resultatene fra forskningen opprettholdes i vanlig praksis, for at tiltakene skal bli vurdert på høyeste nivå.

TIBIR og PMTO er nå helt eller delvis implementert i 111 kommuner og bydeler med et totalt innbyggertall i disse enhetene som tilsvarer rundt 36 % av Norges befolkning. Statistikken for 2017

viser at det da var 329 aktive PMTO terapeuter i Norge og at disse behandlet 1179 pasienter. Samme år ble det registrert 1166 aktive som hadde fått opplæring i øvrige modulene i TIBIR (NUBU, 2017).

Sentralt i tenkningen om evidensbasert praksis er den nære relasjonen mellom forskning og praksis. Parallelt med implementeringen av TIBIR er det igangsatt RCT-studier av effekten av alle modulene i programmet. Studiene er blitt gjort som effectiveness-studier, dvs. innenfor de rammene tiltakene er tenkt å skulle fungere. Resultatene som foreligger, viser lovende effekter (Kjobli, Hukkelberg, & Ogden, 2013b; Kjobli & Ogden, 2012; Kjobli & Ogden, 2013). Et unntak er modulen som omhandler sosial ferdighetstrening, der resultatene er noe svakere enn for de andre modulene (Fossum, 2009).

Effektevaluering av enkeltmoduler er en forutsetning for å anbefale TIBIR som grunnlag for evidensbasert praksis. Dette betyr hverken at programmet har fått sin endelige form eller er ferdig evaluert. En har ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan de enkelte modulene samvirker, noe som bør prioriteres i videre forskning da dette er en forutsetning slik programmet er utformet. Det er heller ikke gitt at antallet og utformingen av moduler har funnet sin endelige form. Dette går både på innhold, målgrupper organisasjonsmessig forankring, kriterier for utløsning av spesifikke moduler og modulkombinasjoner, osv. Det er også et behov for mer systematisk evaluering av programmet gjennom brukerundersøkelser, både av de som gir og de som mottar de ulike modulene.

Tilpasningen av PMTO til norske forhold og utviklingen av TIBIR har foregått med et ønske om at disse programmene skal ha tilstrekkelig støtte i norske (effekt-)studier. Effektstudiene har i sin tur skapt data som også kan anvendes med andre mål for øye, f.eks. kartlegge betydningen av ulike prediktorer, mediatorer og moderatorer (f.eks. Hagen & Ogden, 2017; Kjobli, Naerde, Bjornebekk, & Askeland, 2014; Tommeras & Kjobli, 2017) og karakteristika ved spesielle grupper som mottar hjelp (Bjorknes, Larsen, Gwanzura-Ottomøller, & Kjobli, 2015). For en oversikt over forskning med fokus på Norge se Forgatch og Kjobli (2016)

## 9.2 Kjennetegn ved foreldregruppen og endring i løpet av behandlingsforløpet

Sammenligningen av utvalgene som ble gjort i artikkel 2, viste relativt få signifikante forskjeller i kjennetegn ved foreldrene i de to norske PMTO-studiene. Av de mange variablene som ble undersøkt var det kun forskjeller når det gjaldt henvisende instans, mødrenes alder, fedrenes utdanningsnivå, familiens opplevde økonomiske situasjon samt nivå av depressive symptomer hos mødrene.

Relativt flere henvisninger fra barnevernet i implementeringsstudien kan langt på vei forklares som en konsekvens av forhold ved implementeringen, dvs. en raskere og mer omfattende utbygging av PMTO i det statlige barnevernet enn i psykisk helsevern. Forklaring på forskjellene når det gjaldt mødrenes alder og fedrenes utdanningsnivå er mer uklare. Det mest sannsynlige er at begge resultatene, tross randomiseringen, skyldes tilfeldigheter. Utdanningsnivå i favør av fedrene i LSI-studien kan også skyldes at høyt utdannede fedre vegrer seg for å delta som kontrollgruppe i en RCT-studie. Argumentet skulle da være at disse kun ønsket «det beste» tilbudet til sine barn og foretok valg i tråd med dette. Dette er imidlertid kun en antakelse og har ingen direkte støtte fra data i denne studien.

Familiene i RCT-studien oppgav større finansielle problemer og flere depressive symptomer hos mødrene. Ut over at familiene i RCT-studien synes å være mer i risiko, var det vanskelig å se et klart mønster i forskjellene. LSI-studien inkluderer imidlertid også familier som har fått sitt tilbud utenom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge, og en kan spekulere på om dette er særlig ressurssterke familier som er velinformert om eksisterende tilbud og dermed er mer aktive med hensyn til å søke hjelp.

Den mest nærliggende konklusjonen synes å være at deltakerne i de to studiene kommer fra samme populasjon, og det er lite trolig at de få forskjellene som ble funnet har sitt opphav i RCT-designet.

Selv om dette er en enkeltstående studie, tyder det på at det ikke er forskningsdesignet i seg selv som fører til mer selekterte utvalg, men snarere hvilken populasjon studien henvender seg til og i hvilken kontekst designet anvendes. Denne studien gir således ikke støtte til en antagelse om at RCT-studier nødvendigvis genererer selektive utvalg, men snarere på at den økologiske validiteten i RCT-studien av PMTO i Norge tilsvarer den større implementeringsstudien og dermed at funn i RCT-studien kan generaliseres til et større utvalg.

Hvorvidt det totale utvalget er representativt for familier og foreldre til barn med atferdsvansker som søker hjelp i Norge, er fortsatt noe usikkert. Inntakskriteriene i begge studiene ekskluderte familier med omfattende og mer sammensatt problematikk, og vil, etter alt å dømme, i første rekke ramme familier som har kontakt med barnevernet. Barnevernet som henviser var imidlertid godt representert i begge utvalg. Det er ingen av kriteriene som omhandler spesielt tallrike undergrupper. En inklusjon av disse ville kunne øke variansen noe, men det er lite sannsynlig at profilen på familie- eller foreldrekjennetegn vil bli vesentlig endret. Selv om barna ikke var formelt diagnostisert, var et av inkluderingskriteriene at de hadde et tilstrekkelig høyt nivå av eksternaliserende atferd til at de var meldt til spesialisttjenestene eller hadde søkt andre hjelpetilbud. Det ble derfor konkludert med at det totale utvalget ga et rimelig godt bilde av familie- og foreldreprofilen til familiene som søker hjelp i det ordinære hjelpeapparatet. En undersøkelse alene er ikke tilstrekkelig til å konkludere i spørsmålet om representativitet, men det er ikke noe i den aktuelle undersøkelsen som indikerer at bildet som fremkommer av foreldregruppen er avvikende i forhold til «ordinære» klienter. Inntil ytterligere resultater foreligger, vil en, med visse forbehold, kunne bruke disse resultatene som en indikasjon på hva som kjennetegner familiene og foreldrene til norske barn med atferdsvansker og, med dette som utgangspunkt, utforme og tilpasse målrettede intervensjoner/programmer.

Dette er ikke det samme som å si at profilen gir et godt bilde av, eller kan brukes til å utforme et tilbud til, alle familier som har barn med atferdsvansker i Norge. Et av de åpenbare forbeholdene er det manglende innslaget av barn med innvandrerbakgrunn sett i forhold befolkningssammensetningen. Et ideelt utvalg burde vært mer representativt, men samtidig kan det, for denne undergruppen, være særegne trekk og prosesser som bidrar til utviklingen av atferdsvansker hos barna, noe som er viktig dersom en skal gi denne gruppen effektiv hjelp. Det er således ikke uproblematisk å inkludere denne gruppen i et utvalg. Det kan også tenkes at en ytterligere inndeling i undergrupper vil kunne bringe frem mer relevant informasjon både når det gjelder forståelsen av prosessene som fører til utvikling av atferdsvansker og i forhold til utvikling av et egnet intervensjonstilbud. En kan tenke seg at det også finnes etnisk norske grupper som har en lignende posisjon, f.eks. grupper av barnevernsklienter. Plasseringer pga. atferdsproblemer hos barna er overrepresentert i barnevernet, men tendensen til å tenke at problemene skyldes sviktende omsorg alene, kan medføre at barnas problemer tas som uttrykk for noe annet enn atferdsvansker og heller ikke blir registret eller behandlet som dette. Erfaringene fra utviklingen av et PMTO-kurs for fosterforeldre, tyder på at kunnskapen er relevant, men det er usikkert om et slikt kurs er tilstrekkelig (Jakobsen & Solholm, 2009).

På bakgrunn av profilen til det totale utvalget, tegnes et bilde av norske foreldre som, på noen punkt, er i tråd med bildet som er etablert på bakgrunn av internasjonal forskning, mens det på andre punkt antydes noen interessante forskjeller. Sammenligningen med den norske befolkningen er usikker da det ikke alltid foreligger direkte normdata eller gode sammenligningsgrupper for de instrumentene som er brukt. Det samme gjelder sammenligningen med internasjonal forskning. Selv om variablene som registres i de norske studiene og internasjonale studier vurderes å være «de samme», er de ofte registret med andre metoder og instrumenter. Det er også forskjeller samt særtrekk ved utvalg og kontekst som gjør at en ikke uten videre kan gjøre en direkte sammenligning.

Familiene til barn med atferdsvansker synes ikke å skille seg nevneverdig fra den norske befolkningen når det gjelder sentrale demografiske variabler som f.eks. foreldres alder, antall barn, utdanning og boforhold. Det er imidlertid et noe større innslag av enslige forsørgere (mødre) og steforeldre blant deltakerne enn i befolkningen generelt, og som nevnt er innvandrerbefolkningen underrepresentert. Innslaget av mødre og steforeldre er i tråd med det internasjonale bildet, mens mangelen på deltakere

med innvandrerbakgrunn synes å være et norsk fenomen og har muligens å gjøre med gruppens manglende tillitt til deler av hjelpeapparatet (Fylkesnes, Iversen, & Nygren, 2018).

Familiene oppgir en gjennomsnittlig årsinntekt noe under befolkningsgjennomsnittet, men rapporterer ikke om alvorlige familieøkonomiske problemer. Som gruppe skiller de seg heller ikke ut mht. boforhold, og andelen av de som eier og leier sine boliger blant deltakerne synes å være et speilbilde av befolkningen. Vurderingene på selvrapport skjema tyder på at de er fornøyd med hvordan de bor, nærmiljøet og kontakten med og støtten fra familie, slekt, naboer og venner.

Det mest overraskende med bildet av foreldrene som fremkommer, er de relativt lave problemskårene på de fleste av variablene som indikerer risikofaktorer i miljøet. Selv om det selvsagt er en del variasjon, skårer norske foreldre i normalområdet på svært mange av variablene, og de rapporterer ikke spesielt mange eller sammensatte problemer hverken i parforholdet eller familien. De uttrykker at de er relativt fornøyd med f.eks. støtten fra og kontakten med familie, venner og bekjente. De rapporterer heller ikke omfattende psykiske problemer, rusmisbruk eller somatisk sykdom.

Med bakgrunn i amerikanske studier, f.eks. Baker-Éricsons et als metastudie av kjennetegn ved amerikanske «community-utvalg» (2010), synes problemnivået å være vesentlig lavere på en rekke sentrale variabler i det norske utvalget. Dette gjelder både parproblemer, opplevd støtte fra naboer og venner, innslag av psykiske problemer hos foreldre, samhold i familien, SES-status, finansielle problemer og utdanningsnivå, for å nevne noe. Selv om resultatene ikke er direkte sammenlignbare, er de verdt å merke seg. Det er mulig at norske velferdsordninger spiller en rolle for foreldrenes vurdering på disse variablene, og kan muligens også være med på å forklare forskjellen i forekomsttall mellom Norge og USA. Norske velferdsordninger medfører klart at en del negative konsekvenser av kontekstuelle variabler begrenses. F.eks. er status som enslig forsørger mindre stigmatiserende i Norge og får færre negative økonomiske og sosiale konsekvenser. Utbredt tilgang på f.eks. barnehage og SFO forenkler tilsynet og gjør det også lettere for foreldre som har barn med atferdsvansker å opprettholde kontakt med, og motta støtte fra, naboer og venner. Ut fra Pattersons teori, vil tiltak som svekker kontekstuelle belastninger også føre til mindre press på, og mindre svekkelse av, sentrale foreldreferdigheter. En annen forklaring er at det er en høyere terskel for å diagnostisere atferdsvansker i USA og at utvalgene som danner grunnlaget for studien dermed systematisk omfatter mer alvorligere tilfeller enn i Norge, eller at det, pga. utbyggingen av behandlingstilbudet kun er gruppen med omfattende og sammensatte problemer som har fått de tilbudene som undersøkes. Disse problemstillingene vil først kunne bli avklart gjennom ulike komparative studier. En tredje mulighet er at PMTO-studiene ikke har klart å rekruttere en representativ andel fra mer svakerestilte familier. Hverken i forskning eller i helse- og omsorgstjenestene klarer vi å oppnå kontakt med, eller gi et likeverdig tilbud til, alle subgrupper. Hvordan tilbudet til ulike subgrupper kan forbedres, blir dermed et viktig tema. Vi trenger mer norsk forskning for å avklare den økologiske validiteten til studiene og hvor likeverdige tjenestene er overfor ulike subgrupper.

Noen av de få variablene i denne studien der norske foreldre til barn med atferdsvansker skilte seg ut fra normalbefolkningen, var på opplevd akutt og langvarig belastning («psychological distress»), samt opplevd global helse, generell tilfredshet med tilværelsen («life satisfaction») og det å føle seg opplagt og i form («fitness»). Det var imidlertid en klar kjønnsforskjell, slik at utslagene i første rekke gjaldt mødre. Fedrene skåret mer i tråd med nivået fra generelle populasjonsstudier, f.eks. HUNT (Krokstad & Knudsen, 2011). I tillegg synes bruken av legemidler (beroligende og sovemedisin, antidepressiva og smertestillende) å være noe forhøyet. Årsakene til dette er uklar, men kan neppe, ut fra de foreliggende dataene, knyttes til økt forekomst av somatiske sykdommer.

På tross av at Norge er et land med høy grad av (formell) likestilling mellom kjønnene, kan ulikhetene mellom menn og kvinner i undersøkelsen representere reelle kjønnsrolleforskjeller, dvs. at kvinner har større og mer omfattende omsorgsoppgaver for barn enn menn, og at dette fører til økt bekymring for barna og deres problemer hos mødre. Forskjellen kan imidlertid også representere kjønnskaraktéristiske måter å møte belastning på, eller også være en kombinasjon av disse forholdene. En kan således ikke vite om kjønnsforskjellene skyldes ulikheter i kjønnsroller mellom menn og

kvinner i utgangspunktet, eller om det er kjønnsforskjeller som fremkommer som resultat av kjønns spesifikk sårbarhet for belastning ved barns atferdsvansker. Problemstillingene knyttet til kjønnsforskjeller er interessante og bør undersøkes nærmere. F.eks. ville det være interessant å undersøke hvorvidt familier med foreldre som har en likestilt kjønnsrolleutforming, er enige og står sammen, får bedre effekt av foreldreveiledning slik som PMTO.

På bakgrunnen av indikert problemnivå ble opplevd akutt og langvarig belastning, opplevd global helse, generell tilfredshet og opplevelse av å være opplagt og å føle seg i form plukket ut som variabler der endring i løpet av intervensjonsperioden ble registrert. I og med at disse utslagene gjaldt særlig for mødrene, ble det besluttet å avgrense utvalget til mødre.

Resultatene i arbeid III viste at det skjer en positiv endring hos mødrene på de fleste av de utvalgte variablene i løpet av terapiforløpet. Etter terapien rapportert mødrene mindre akutt og langvarig belastning, og økt generell tilfredshet og opplagthet. Det ser altså ut til at et tilbud som primært er rettet mot å hjelpe barna, har en positiv effekt på mødrene opplevelse av egen fungering, og at det å delta i behandling av barna ikke blir opplevd som en tilleggsbelastning; alternativt akseptert som en tilleggsbelastning som er «meningsfull» eller «verdt innsatsen». Dette er en positiv utvikling, da det kan føre til større grad av opplevd kontroll og mestring hos mødrene, noe som igjen kan føre til større overskudd til å engasjere seg i barna på en positiv måte.

Det var imidlertid ingen endring i opplevd global helse. Det er usikkert hva som er forklaringen på dette, men det er mulig at mødrenes forståelse av global helse er mer knyttet opp mot somatisk helse enn belastning. Argumenter mot dette er imidlertid den lave skåren på somatiske plager hos mødrene før intervensjon, samt at skåren på global helse ble sett som et uttrykk for livssituasjonen/belastning. En forklaring på manglende endring kan være at en del av denne variabelen måler problemer hos foreldrene som er «uavhengig» av barnas problemer. Det som uansett synes klart, er at denne variabelen synes mindre påvirkelig av terapeutisk intervensjon enn de øvrige.

En kan argumentere med at varianter av PMT, ut fra et teoretiske ståsted, i større grad enn andre tilnærminger, setter søkelyset på foreldre, foreldrefungering og det konkrete samspillet mellom foreldre og barna (Kazdin, 2005; McMahon et al., 2006). Terapiutformingen involverer også foreldrene i behandlingen i større grad, og på en mer systematisk måte, enn andre tilnærminger. En slik omfattende involvering og fokus på foreldrene og foreldresamspillet kan, i motsetning til annen behandling, bli opplevd som en tilleggsbelastning for foreldrene. Alternativt kan en anta at fokuset og treningen på konkrete ferdigheter i samspillet med barna, gjør hverdagen lettere og dermed reduserer den opplevde belastningen. Det var imidlertid ingen forskjeller som kunne tilbakeføres til type intervensjon og mødrene oppleve en positiv endring på disse variablene uavhengig av intervensjonstype. Ingen av de ovennevnte antagelsene får dermed støtte i denne undersøkelsen. Det kan være at en eventuell merbelastning ved den aktive rollen foreldrene får i PMTO fremfor andre behandlingsprogrammer, oppveies av de positive erfaringene og opplevelsene disse gir. At typen intervensjon ikke synes å ha noen effekt på disse variablene, er interessant. Manglende oppfølgingsdata gjør imidlertid at en ikke kan være sikker på at det ikke opptrer slike forskjeller på sikt. Et av problemene her er hvilke intervensjoner PMTO ble sammenlignet med. Det har ikke vært mulig å få full klarhet i hvilke alternative intervensjoner som ble benyttet. Det en vet er at sammenligningsgruppen var svært sammensatt og besto ulike tilnærminger, noen med et betydelig teoretisk slektskap til PMTO (Ogden & Hagen, 2008).

Resultatene fra artikkel 3 er avgrenset til mødrenes opplevelse av endring. En gjennomgang av tilsvarende tall for fedrene tyder ikke på at deres skårer er forhøyet på disse skalaene. Det er heller ikke tilsvarende endring som hos mødrene i løpet av behandlingsforløpet. I utgangspunktet er det ikke noe som tyder på at mødrenes endringer skyldes at relasjonen til fedrene eller rollefordelingen endres. For hvert enkelt par kan imidlertid dette variere, og bør undersøkes nærmere.

I effektstudien hadde både PMTO-gruppen og kontrollgruppen et positivt utfall på barnas atferd (Ogden & Hagen, 2008). Det er dermed nærliggende å tenke seg at reduksjonen i mødrenes opplevde

belastning, generelle tilfredshet og å være opplagt og i form, kan knyttes til deres opplevde positive endring hos barna. I denne undersøkelsen finner vi en slik effekt, men dette forklarer bare en liten del av variansen i mødrenes endringsskåre. Det ser altså ut til at reduksjonene i mødrenes oppfatning av psykososial belastning og økningen i trivsel og velvære i hovedsak skyldes andre forhold enn endringer i atferden til barnet. I og med at det ikke er noen forskjell som kan tilbakeføres til typen terapeutisk tilnærming må dette sannsynliggjøres ut fra fellestrekk ved de ulike programmene og intervensjonene, eller knyttets til den terapeutiske relasjonen. I Norge er det relativt vanlig med et generelt økologisk perspektiv på barns atferd og problemer, og alle tilnærmingene har sannsynligvis involvert foreldre. Uansett terapeutisk tilnærming vil foreldre bli gitt informasjon om atferdsvansker og har også anledning til å diskutere egen rolle og samspillet med barna opp mot andre årsaksfaktorer. Dette kan generelt ha medført mindre skyldfølelse og uhensiktsmessig selvkritikk, noe som i sin tur kan ha økt følelsen av optimisme og mestring. Alternativt kan foreldre ha opplevd kontakten med en terapeut som positiv for sin egen del og at de, gjennom denne kontakten, får en eller annen form for hjelp til utfordringer og belastninger som stammer fra andre kilder enn barnas problemer.

Undersøkelsen ble primært gjort på variabler der skåren indikerte forhøyet problemnivå. På de øvrige variablene var det ingen vesentlige endringer. Selv om mødrene rapporterer mindre opplevd akutt og langvarig belastning og økt trivsel og velvære, fant en ikke spor av en slik «cascading process» som er antydnet i amerikanske studier (Patterson et al., 2010). Dette kan bety at skårene i utgangspunktet var så lave at en positiv endring ikke ville bli registrert (gulveffekt), eller at instrumentene, av andre grunner, ikke var tilstrekkelig egnet for å fange opp dette. Forklaringen kan f.eks. være at norske velferdsordninger allerede reduserer noe av konsekvensene av kontekstuelle risikofaktorer og at en dermed heller ikke ser noen endring ved bedret behandlingstilbud.

### 9.3 Styrker og svakheter ved arbeidene

Utfordringene ved arbeidet er, for en stor del, redegjort for i den løpende fremstillingen og i artiklene, og det henvises primært til disse. Dette avsnittet er ment som en oppsummering.

Styrken ved programutviklingen av TIBIR er at en, ved å ta utgangspunkt i den evidensbaserte triaden, kan etablere et praksistilbud til brukergruppen som har god støtte i ulike kunnskapskilder. På denne måten kan en bygge opp og videreutvikle kunnskap på en kontrollert og systematisk måte. Det er imidlertid litt ulik kvalitet på kunnskapen som kan hentes fra de tre «evidenskildene». Mens forskning lenge har hatt status som en viktig kunnskapskilde, er den formelle anerkjennelsen av betydningen av klinisk ekspertise og klienters kjennetegn og preferanser av relativt ny dato.

I sin presentasjon av klinisk ekspertise lister, som nevnt, APA (2006) opp seks komponenter eller aktiviteter som omfattes av begrepet (se s 36, kapitlet om evidensbasert psykologisk praksis). Hver av disse komponentene omtales i den videre teksten i rapporten, men uten at komponentene spesifiseres eller operasjonaliseres noe særlig nærmere. Det er dermed uklart hvordan, og på hvilket nivå, klinisk ekspertise skal anvendes i en utvikling av en evidensbasert praksis som TIBIR (ut over at det er viktig at den benyttes). Mange former for klinisk ekspertise er knyttet til dynamikken i selve behandlingsrelasjonen, f.eks. interpersonlig ekspertise, mens andre, f.eks. forståelse av individuell og kulturell variasjon og bruk av forskningsevidens, også kan være relevant i den generelle utviklingen og utformingen av et tjenestetilbud.

Selv om klinisk ekspertise har hatt en fremtredende plass i utviklingen og utformingen av TIBIR, var programmet så godt som ferdigstilt da den evidensbaserte erklæringen ble vedtatt i 2007 (APA Presidential task force on evidence-based practice, 2007). Debatten om ulike kunnskapskilder var imidlertid velkjent for programutviklerne og var en del av det generelle grunnlaget for utformingen av programmet. Dersom en hadde kunnet tatt utgangspunkt i den evidensbaserte erklæringen i sin nåværende form, ville dette nok likevel bidratt til mer systematiske og definerte mål for anvendelsen av klinisk ekspertise i programutviklingen. For at en skal få full optimal nytte av klinisk ekspertise i

programutvikling, er det imidlertid nødvendig at innholdet i komponentene defineres og beskrives nærmere, samt at det redegjøres nærmere for hvordan klinisk ekspertise skal benyttes.

En annen problemstilling er om den kliniske ekspertisen som ble forvaltet av programutviklerne og deres kontakter er tilstrekkelig bred når det er snakk om å etablere en ny norsk praksis. Selv om de regionale og lokale implementeringsteamene representerte en verdifull tilbakemeldingssløyfe til programutviklerne, kan en tenke seg at en også hadde innhentet synspunkter og erfaring fra andre som også regelmessig behandlet atferdsvansker, gjerne ut fra andre tilnærminger. Spesielt med tanke på at RS-gruppens behandling i RCT-studien også hadde en rimelig effekt på atferdsvansker (Ogden & Hagen, 2008).

De største svakhetene ved utformingen av TIBIR synes, i ettertid, å være mangelen på direkte og systematisk brukermedvirkning i selve utviklingsprosessen, samt relativt lite konkret empirisk kunnskap om kliententgruppens (den norske foreldregruppens) preferanser og kjennetegn. På tross av dette tyder tilbakemeldinger og effektevalueringer på at programmet har truffet brukergruppen rimelig godt. Dette kan imidlertid være en relativ effekt der den positive tilbakemeldingen er en opplevelse av bedring i forhold til det ordinære tilbudet. Dette vil i så fall bety at tilbudet oppleves som bedre enn det eksisterende, men betyr ikke nødvendigvis at det er bra nok sett i forhold til den kunnskapen en har. Å sikre tilstrekkelig tilbakemelding fra brukergruppen bør være en prioritert oppgave i det videre arbeidet med programmet.

En særlig styrke ved utviklingen av TIBIR er den plass implementeringskunnskap har hatt i arbeidet. Kunnskap om implementeringsprosessen og implementeringsdrivere har vært helt avgjørende for å kunne lage et program som kan tilpasses ulike kommunale kontekster og bli et varig tilbud til målgruppen. Det oppleves som en mangel at denne kunnskapen ikke er en eksplisitt del av erklæringen om evidensbasert praksis, og den burde kanskje vært der som eget fjerde «bein» på lik linje med best tilgjengelig forskning, klinisk ekspertise og klient- egenskaper/-preferanser.

Styrken ved de empiriske arbeidene er at de er gjort på et norsk utvalg, at antallet familier er rimelig stort og at de er gjort som effektivitetsstudier innenfor det ordinære hjelpeapparatet. Undersøkelsen er gjort ved ulike behandlingssteder i hele Norge og har tatt utgangspunkt i ordinære henvisninger. Dette er med på å bidra til at resultatene har økt generaliserbarhet og økologisk validitet. Klientrepresentativiteten synes dermed god, og i våre studier ser det ikke ut til at et RCT-design reduserer generaliserbarheten av forskningsfunnene. Vi vet imidlertid ikke om de familiene som samtykker til å delta i forskning, skiller seg fra familier som ikke ønsker det, og vi har heller ikke noen garanti for at alle undergruppe er tilfredsstillende representert. For nærmere undersøkelse av slike forskjeller trenger vi forskning som sammenstiller pasientkarakteristika i forskningsutvalg med data fra pasientjournaler.

Det som er styrkene, er imidlertid også svakhetene ved undersøkelsen. Det finnes få tilsvarende utvalg å sammenligne resultatene med, enten fordi det mangler tilfredsstillende normdata, aktuelle sammenligningsgrupper er undersøkt med andre instrumenter eller er gjort innenfor en annen sosiokulturell kontekst. Det er klart behov for flere undersøkelser, både mer direkte komparative undersøkelser og oppdaterte beskrivelser, for å få frem et tydeligere bilde av foreldregruppen.

Deler av utvalgene som de empiriske arbeidene bygger på inngår, i begge studier. Selv om dette kan håndteres metodisk når en sammenligner de to utvalgene, fører dette til en situasjon med ulike utvalgsstørrelser og det er mulig at dette kamuflerer forskjeller mellom gruppene. Når det gjelder endringen hos mødrene i løpet av terapien, er det også en utfordring at det ikke har vært mulig å gjøre en sammenligning over en lengre oppfølgingsperiode. Det har flere ganger vist seg at forskjeller først kommer til syne etter at prosesser har gått over en viss tid.

En av svakhetene ved studien er at problemstillingene i dette arbeidet, i utgangspunktet, ikke var planlagt som en del av den opprinnelige undersøkelsen. Instrumentene som ble brukt er dermed valgt ut fra andre kriterier og med andre formål, og de er ikke nødvendigvis førstevalget for de aktuelle



problemstillingene. Valget av instrumenter kan ha ført til at forskjeller mellom gruppene er blitt mindre enn hva de ville vært med andre og mer sensitive instrumenter. Når dette er sagt, må det imidlertid presiseres at ingen av instrumentene er anvendt utenfor det som er et naturlig anvendelsesområde.

En gjennomgående utfordring når det gjelder tolkning av resultatene er de lave skårene norske foreldre har på en rekke av de tradisjonelle kontekstuelle risikofaktorene. En kan, som vi har argumentert for, ta dette til inntekt for at norske velferdsordninger reduserer virkningene av distale risikofaktorer, men en kan heller ikke utelukke at sosiokulturelle forskjeller har gitt gulveffekter og at andre instrumenter (mer tilpasset og utviklet for norske forhold) ville gitt et annet bilde.

En annen utfordring i longitudinelle studier er frafall og manglete data på enkeltvariabler. Ved å bruke nyere statistiske metoder har vi i arbeid III prøvd å kontrollere for slike forskjeller ved først å vurdere om familiene som ikke deltok ved oppfølgingskartleggingen skilte seg signifikant fra dem som gjorde det, for så å bruke «expectation maximization» prosedyren for å predikere totalskåren hvis det forelå mangelfulle data. Hvis dette ikke lot seg gjøre ble regresjon brukt til å kalkulere den enkelte manglende verdien.

Det er nå gått over ti år siden data ble samlet inn. Den empiriske kunnskapen er dermed ikke lenger «ferskvare» og det vil være behov for å oppdatere resultatene for å se om f.eks. økt tilgjengelighet av metoden har ført til endringer i profil og nivå når det gjelder kjennetegn ved klientgruppen. Med utgangspunkt i argumentasjonen ovenfor bør en drøfte hvilke klientdata en samler inn (også om foreldrene) i ordinær klinisk virksomhet, slik at kunnskapsbasen kan oppdateres.

## 9.4 Implikasjoner for foreldrenes rolle i tiltak for barn med atferdsvansker

Interessen for atferdsvansker hos barn har vært en sentral del av klinisk barnepsykologi siden fagets begynnelse, og det har, etter hvert, blitt utviklet omfattende teoretisk formuleringer og godt dokumenterte forebyggings- og behandlingsmetoder. En har i dag relativt solid empirisk kunnskap om barn med atferdsvansker og hvordan disse arter og utvikler seg med f.eks. alder, kjønn og kontekst.

Både innen teoridannelse og intervensjonsforskning har det vært fokusert på foreldrepraksis som proksimale risikofaktor for utvikling av atferdsvansker, som mediatorer for kontekstuelle risikofaktorer og som moderator for behandlingsresultat. Perspektivene og forskningsresultatene er viktige, og har ført til forbedring av eksisterende, og utviklingen av nye, behandlingsprogrammer. I disse programmene arbeides det med å forebygge eller behandle barnas problemer ved at en, gjennom definerte teknikker og strategier, prøver å utvikle foreldres ferdigheter og bedre samspillet med barna. Etter at disse programmene bli innført og implementert i Norge, har det ført til større behandlingsoptimisme overfor barn med atferdsvansker. Sentralt i dette arbeidet er et økologisk familieperspektiv på atferdsvansker og en utvidet forståelse om hvem som utgjør «klienten».

I avhandlingen er det tatt til orde og argumentert for at klientbegrepet naturlig bør omfatte kjennetegn og preferanser både hos barnet og foreldrene, både ut fra den formelle juridiske og sosiale posisjonen foreldre har i forhold til barn, men også ut fra de rollene og funksjonene de er gitt i teori og anbefalte intervensjonsprogrammer. Kunnskap om foreldrenes kjennetegn og preferanser bør dermed, ut fra et evidensperspektiv, ha en naturlig plass i kunnskapsbasen til disse metodene.

På mange måter har interessen for foreldrene til nå vært «sekundær», dvs. fokus har vært på barnet og konsekvensene negative samspillmønstre i familien har for deres utvikling og fungering. Interessen for foreldre, både innen forskning og teoridannelse, har dermed vært konsentrert om kjennetegn en antar har direkte eller indirekte betydning for barna og deres problemutvikling og tilpasning. Foreldrene har i mindre grad blitt definert som aktører med egne, selvstendige (hjelp-) behov.

Hjelpetiltakene har følgende, selv om de også har vært rettet mot foreldrene, primært hatt problemreduksjon hos barnet som siktemål. Det er ikke nødvendigvis noen motsetning mellom disse perspektivene, men ved å definere, og forstå, foreldrenes behov gjennom barnas, risikerer en å glipp av kunnskap og nyanser som kan bidra til å utvikle bedre og mer målrettede tiltak. En klarere forståelse av foreldrenes behov og bedre hjelp for å dekke disse, vil, i neste omgang, komme barna til gode. F.eks. kan en avhjelping av et foreldrebehov som ikke er direkte assosiert med barnets tilpasning indirekte ha en effekt gjennom at det bedrer foreldrenes fungering på andre områder.

Eksempel på et slikt foreldrebehov er det foreldrestresset (kortvarig og langvarig) som norske mødre opplever som en konsekvens å ha omsorgen for et barn med atferdsvansker. Forskning tyder på at dette foreldrestresset kan reduseres som resultatet av terapi, noe som også støttes av det aktuelle arbeidet. Dette er imidlertid en «biefekt» og ikke resultat at direkte og målrettede intervensjoner i tilbudet. Det er, etter min vurdering, behov både for mer forskning og teoridannelse om hvorfor (hvilke mekanisme som gjør at) denne typer reaksjoner oppstår, slik at en kan utvikle mer målrettede og effektive tiltak rettet mot slikt foreldrestress. Et utgangspunkt for ytterligere forskning og teoridannelse kan være f.eks. Patterson og Forgatchs (2010) beskrivelse av mulige langtidseffekter hos foreldre som følge av det vedvarende tvingende samspillet med barn med atferdsvansker. Ett annet forskningsspørsmål er hvorfor det, i en så likestilt kultur som den norske, i første rekke er mødre som opplever foreldrestress.

Nåværende kunnskap om foreldre og familieforhold er mye basert på forskningsresultater og klinisk ekspertise fra andre sosiokulturelle kontekster enn den norske, og det er et åpent spørsmål hvor mye av denne en kan legge til grunn for det videre arbeidet med å tilpasse og videreutvikle familie- og nærmiljøbaserte metoder i Norge. Våre undersøkelser antyder bl.a. generelt et lavere problemnivå og en mer avgrenset problemprofil hos norske foreldre sammenlignet med amerikanske undersøkelser. I avhandlingen er det derfor argumentert for at det er behov for mer norsk empirisk kunnskap om kjennetegn ved, og preferanser hos, foreldrene til barn med atferdsvansker. Dersom det er slik at den norske sosiokulturelle konteksten påvirker foreldrene på en annen måte en f.eks. den amerikanske, er det viktig å kartlegge hva disse forskjellene består i slik at en kan forstå utviklingen av atferdsvansker i en norsk kontekst bedre samt kan utvikle mer målrettede, kulturtilpassede intervensjoner og programmer. Funnene fra artikkel 2 antyder at det forholder seg slik, men det er behov for flere og mer komparative studier før en kan fastslå dette. Forhåpentligvis vil en da kunne utvikle mer målrettede og effektive tiltak enn de som har utgjort PMTO og TIBIR til nå.

Gjennomgang av forskning og funnene fra artikkel II og III understøtter antakelsen om at det generelt oppleves som belastende, både på kort og lang sikt, å ha omsorg for barn med atferdsvansker og det er ikke klart at denne opplevelsen endrer seg positivt selv om barnets vansker reduseres. Det er, etter min vurdering, behov for ytterligere kartlegging av foreldrenes selvstendige hjelpe- og opplæringsbehov også ut over foreldrestress. Det kan virke som om foreldrene har egne behov for hjelp, men det er uklart hva disse konkret består i. I forlengelsen av dette perspektivet blir det sentralt å klargjøre hvilke konkrete konsekvenser det har for foreldrene å være en del av de patologiskapende samspillsprosessene i familien over tid. Patterson og Forgatch (2010) har beskrevet mulige langtidsvirkninger hos foreldrene som følge av dette, og det er åpenbart at flere av konsekvensene kan få alvorlige følger for foreldrenes tilpasning, syn på barnet og relasjon til andre. Tatt i betraktning kjønnsforskjellene som fremkom, vil det også være interessant å se nærmere på om disse konsekvensene er forskjellige for mødre og fedre og det dermed krever ulike intervensjoner (forebygging eller behandling). Dette forutsetter imidlertid at foreldrenes hjelpebehov er beskrevet, forstått og anerkjent, både som gruppe og som enkeltpersoner, samt at hjelpetilbudet er utbygget slik at foreldrene kan få den tilpasset hjelp. En problemreduksjon hos foreldre vil gi dem større overskudd og bedre deres muligheter til å nødvendig oppfølging av barna.

Aktiv foreldredeltakelse er, ifølge rådende teori og intervensjonsforskning, avgjørende for å sikre barn med atferdsvansker et godt hjelpetilbud. Kunnskapen er solid, og har ført til at familie- og nærmiljøbaserte intervensjonsprogrammer i dag står i en særstilling som anbefalt EBT overfor denne gruppen barn (4-12 år). Varianter av tilnærmingen er innført, og til dels tilpasset og videreutviklet i

Norge. Effektstudier har vist rimelig gode resultater både når programmene har vært utformet som individuelle behandlingstilnærming i spesialisttjenestene (Larsson et al., 2009; Ogden & Hagen, 2006; Ogden & Hagen, 2008) og som kombinasjoner av målrettede forebyggings- og behandlingstiltak i det kommunale hjelpeapparatet (Kjobli, Hukkelberg, & Ogden, 2013a; Kjobli & Ogden, 2012; Kjobli & Sorlie, 2008; Kjobli & Ogden, 2013). Målet er å etablere og videreutvikle disse programmene som en EBP på begge nivåer i hjelpeapparatet. Samtidig viser norske undersøkelser at det er mange norske barn som fortsatt ikke får et tilfredsstillende behandlingstilbud i tråd med prinsippene i disse programmene (Skogen & Torvik, 2013).

Opplæringen av foreldrene gjennomføres som tradisjonell psykoedukasjon og ferdighetstrening, men skal også sette foreldrene i stand til å foreta store og små beslutninger om hvordan de skal takle den løpende interaksjonen med barna, beslutninger som, når de omsettes til handlinger, skal erstatte tvingende og skadelige samspillsmønstre. Selv om både PMTO og TIBIR er relativt strukturerte behandlingsprogram, vil foreldre, av ulike grunner, velge å prøve ut noe av programmet, mens de vil velge bort andre deler. Dette er beslutninger som må respekteres. Terapeutens oppgave blir todelt, både å tilpasse progresjonen og omfanget av intervensjonene til familiens ressurser, og å redegjøre for hvilke konsekvenser valgene får (progresjon, forventninger osv.). I praksis (dvs. i møtet med den enkelte familie) inviterer både PMTO og TIBIR til brukermedvirkning i form av samvalg (Helsenorge, 2018; Lovdata, 1999), men dette er ikke gjort eksplisitt i utformingen av terapien.

I Pattersons og Forgatchs (2010) analyse fører det tvingende samspillet til strukturelle endringer som medfører økt «motstand» mot endring hos foreldrene og de benevner dette som en hemmende faktor i endringsarbeidet. Det er uten tvil slik at foreldreegenskaper og kontekstuelle forhold kan påvirke behandlingsresultatet. Motstandsbegrepet er imidlertid, etter min vurdering, uheldig da det enten henspiller på bevisst samarbeidsvegning eller på ubevisste prosesser hos foreldrene. Et slikt begrep har da også sitt utgangspunkt i terapeutrollen og en idé om at terapeuten sitter med fasit som foreldrene må rette seg etter. Patterson og Forgatch egne undersøkelser (Chamberlain, Patterson, Reid, Forgatch, & Kavanagh, 1984) tyder da også på at en «motstand» hos foreldrene er nøye knyttet sammen med terapeutatferd, om foreldrene føler at de ikke har ferdigheter til å følge terapeutens råd, ikke vil følge terapeutens råd eller ikke kan følge rådene på grunn av at prosessen forstyrres av andre problemer og utfordringer. Det kan se ut som om det er terapeuten som har behov for å utvikle sine ferdigheter for å kunne klargjøre og formidle sine forventinger tydeligere til foreldrene.

Dersom en tar utgangspunkt i hvilke roller foreldrene faktisk innehar i disse programmene, ser en at de møtes med forventninger som innebærer at de skal ha sentrale roller eller funksjoner som går utover den klassiske foreldredeltakelsen i terapi. (Kendall, 2006). I tillegg til å være «medklienter», «samarbeidspartnere» og «konsulenter» fungerer de ofte som en del av terapeutteamet («medterapeuter») og det legges opp til at de skal tilegne seg en definert kunnskap om atferdsvansker, generell foreldrekompetanse og konkrete ferdigheter («studentrolle»). Foreldrene tar valg om strategi, timing av intervensjon og forventes, i samarbeid med terapeuten, å skulle håndtere mindre problemer og utfordringer som oppstår. Det legges også opp til et utstrakt samarbeid med andre instanser i disse sakene. Foreldrenes rolle som samarbeidspartner gjelder ikke bare i forhold til terapeuten, men også i forhold til andre som har med barnet å gjøre. Det er behov for en nærmere beskrivelse og undersøkelse av de ulike rollene foreldre har i disse behandlingsprogrammene, spesielt når programmet ikke lenger er et rent behandlingsprogram, men innebærer intervensjoner både av forebyggende og behandelende karakter slik som i TIBIR. Antallet og utformingen av mulige foreldreroller vil da eskalere. En klarere forståelse av roller og rolleforventninger vil både kunne tydeliggjøre terapeutens rolle samt lettere kunne formidles til foreldrene. En bedre forståelse av roller og rolleforventninger vil sannsynligvis også gjøre det lettere å motivere foreldre gjennom bedre og mer tilpassede og målrettede teknikker og strategier.

Når det gjelder TIBIR, varierer foreldredeltakelsen alt etter hvilken eller hvilke modul(er) som administreres. Foreløpig savnes en beskrivelse og begrunnelse for hvilke rolleforventninger som er knyttet opp mot de enkelte modulene.

I kartleggingsmodulen for de yngste barna er foreldrene hovedsakelig konsulenter, dvs. de skal gi og validere informasjon som helsestasjonens vurderinger bygger på. Foreldrene skal også være samarbeidspartnere, men denne er generell og kan på mange måter ses på som en utvidelse av en ordinær foreldrerolle. I den grad foreldrenes egen væremåte og atferd blir tema i kartleggingen (og er mål for endringsarbeid), vil også betraktes som medklienter. Kartleggingen av barn over seks år krever mer av foreldrene. Foreldrene må selv ta initiativ til, eller samtykke til, henvisning. I og med at et barn formelt henvises til PP-tjenesten, blir foreldrenes roller som konsulent og samarbeidspartner både mer omfattende og mer spesifikk. De møter til avtaler som er opprettet bare for dem og bidrar med informasjon både i intervjuer og gjennom ulike kartleggingsinstrumenter og metoder. Det forventes også at foreldrene gir PP-tjenesten tillatelse til innhenting av relevante opplysninger fra skol og SFO, slik at PP-tjenesten kan få et best mulig grunnlag for sin vurdering. I den grad foreldrenes egen atferd og funksjon gjøres til gjenstand for kartlegging, kan de ha status som medklienter i denne prosessen og i de tiltakene som iverksettes.

Dersom problemet blir vurdert slik at barn og foreldre har behov for hjelpetiltak, vil deltakelse i de aktuelle modulene berøre foreldrene i større eller mindre grad. Hvordan dette skjer, og hvilken rolle foreldrene får i prosessen avhenger av hvor inngripende tiltaket er, hvilket format det har, hvilke arenaer problemene utspiller seg på og følgelig hvilke tiltakskombinasjoner det er behov for. Etter at det er tatt en bestemmelse vil foreldrene inneha de fleste av rollene som er beskrevet, men vektingen mellom ulike roller vil kunne variere.

I individuell PMTO vil foreldre inneha samtlige av de fem rollene som er beskrevet ovenfor, mens i PMTO gruppe, som har mer karakter av kurs, er «studentrollen» styrket, mens rollen som «medklient» er tonet ned. Samarbeidsrollen får et nytt innhold i og med at det ikke bare er snakk om å samarbeide med terapeuten(e), men også med de andre gruppemedlemmene. Kortvarig foreldrerådgiving innebærer noen av de samme rollekravene som individuell PMTO, men krever generelt mindre innsats av foreldrene på alle områder.

I de to siste modulene, konsultasjon og sosial ferdighetstrening er antallet rollefunksjoner noe mer begrenset og omfanget av involveringen redusert. Foreldrene er konsulenter og samarbeidspartnere, men funksjonene er ikke så klart definerte som i de andre modulene, og det forventes mest at de gir og mottar informasjon samt støtter opp under tiltakene på skolen eller i barnehagen. Det er underforstått at foreldre er sentrale, men på hvilken måte og hva slags definerte roller de har, er ikke klarlagt. Dette er, etter min oppfatning, en svakhet ved programmet selv om det kanskje kan forklares med at det er sjelden at disse modulene gis alene. I den grad familien samtidig deltar i andre moduler, fører denne deltakelsen til at de også får mere differensiert og aktive roller totalt, f.eks. ved at de deltar i ulike samarbeidsfora om barnet.

At rolleforventningene til foreldrene innsats ikke er eksplisitte og til dels noe uklare, kan, i verste fall, føre til at foreldre blir usikre og passiviseres, eller at terapeuten har forventninger om deltakelse som foreldrene ikke har forstått eller ikke vet hvordan de skal møte.

Det vil selvsagt variere i hvor stor grad foreldre er villig til å involvere seg i behandlings- og forebyggingsprogrammer, noe en definisjon eller beskrivelse av aktuelle roller må ta høyde for. Gjennom en beskrivelse av roller og rolleforventninger kan en få et bedre bilde av hvilket behov foreldrene har når det gjelder deltakelse i programmene ut over foreldrerollen overfor barna. Det ville vært interessant å undersøke hvilke oppfatninger terapeuter og foreldre har til deltakelse i behandlingsprogrammet og hvordan disse samsvarer. Det er ikke urimelig å tenke seg at manglende samsvar mellom oppfatningene og forventningene til terapeut og foreldre, eller grad og kvalitet av foreldredeltakelse kan ha betydning for behandlingsutfall. Foreløpig er det også uklart om hvordan variasjon i deltakelse spiller inn på utfallet av intervensjonen, f.eks. om det er en sammenheng mellom grad av deltakelse og utfall, eller om dette også vil gå på kvalitet, dvs. om det er sentrale deler av rolleforventningene som må oppfylles for å få et tilfredsstillende utfall.

## 9.5 Avsluttende kommentar

Understrekingen av foreldrenes aktive rolle i forebygging og behandling av atferdsproblemer er positiv, men det er viktig at dette ikke fører til at ansvaret for håndteringen av atferdsvansker blir individualisert. Foreldrene synes også å bli påvirket av lignende negative prosesser som barna og ser ut til å utvikle selvstendige hjelpebehov.

I videreutviklingen av mer differensierte og tydelige roller for foreldrene er det helt nødvendig at foreldrene ikke blir stående alene med ansvaret for å hjelpe barn og seg selv, men at det offentlige fortsetter å lete etter effektive hjelpetiltak som kan understøtte foreldrene i en krevende og utfordrende situasjon.

## Litteratur

- Aartun, K. R., & Tisløv, I. S. (2009). *Fra kases til samarbeid. En kvalitative studie av foreldrenes opplevelse av Parent Management Trainin-Oregonmodellen [From chaos to cooperation. A qualitative study of parents perception of Parent Management Training- Oregon Model]*. University of Oslo, Oslo.
- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the teacher's report form and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5* (5th ed.).
- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner: hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforl.
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., Costello, E. J., & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health, 88*(1), 75-80. doi:10.2105/Ajph.88.1.75
- Angus, D., Brouwers, M., Driedger, M., Eccles, M., Francis, J., Godin, G., . . . ICEBeRG. (2006). Designing theoretically-informed implementation interventions The Improved Clinical Effectiveness through Behavioural Research Group (ICEBeRG). *Implementation Science, 1*. doi:Doi 10.1186/1748-5908-1-4
- APA Presidential task force on evidence-based practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271-285. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271 16719673
- APA Presidential task force on evidence-based practice. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (norsk oversettelse). *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*(9), 2.
- Apeland, A., & Askeland, E. (2014a). Kvalitetssikring. In E. Askeland, A. Apeland, & R. Solholm (Eds.), *PMTO Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker* (pp. 17). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Apeland, A., & Askeland, E. (2014b). Metodens innhold og behandlingsforløp. In E. Askeland, A. Apeland, & R. Solholm (Eds.), *PMTO Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker* (pp. 79-107). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Arnesen, A., Sørli, M.-A., & Ogden, T. (2006). *Positiv atferd og støttende læringsmiljø*. Oslo: Universitetsforl.
- Askeland, E., Apeland, A., & Solholm, R. (2014). *PMTO Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*: Gyldendal Akademisk.
- Askeland, E., & Christiansen, T. (2010). Landsdekkende implementering av behandlingsmetoden Parent Management Training. In E. Befring, I. Frønes, & M. Sørli (Eds.), *Sårbare unge*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Askeland, E., & Ogden, T. (2004). *Lokalt samarbeid om barns sosiale utvikling og fungering*. Retrieved from Oslo:
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. (2nd ed.): World Health Organization

- Baker-Ericzén, M. J., Hurlburt, M. S., Brookman-Frazee, L., Jenkins, M. M., & Hough, R. L. (2010). Comparing Child, Parent, and Family Characteristics in Usual Care and Empirically Supported Treatment Research Samples for Children with Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 18*(2), 82-99. doi:Doi 10.1177/1063426609336956
- Baker, B. L., & Heller, T. L. (1996). Preschool children with externalizing behaviors: Experience of fathers and mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*(4), 513-532. doi:10.1007/bf01441572
- Baker, B. L., Heller, T. L., & Henker, B. (2000). Expressed emotion, parenting stress, and adjustment in mothers of young children with behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 41*(7), 907-915. doi:10.1017/s0021963099006125
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for parent training* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist, 59*(9), 869-878. doi:10.1037/0003-066x.59.9.869
- Barne- og familiedepartementet. (1997). *Handlingsplan for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer. Q-12/97*. Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2001). *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge. Rundskriv Q-16/01*. Barne- og familiedepartementet.
- Barne- og familiedepartementet. (2004). *NOU Barnehjem og spesialskoler under lupen. Nasjonal kartlegging av omsorgssvikt og overgrep i barnevernsinstitusjoner 1945-1980*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression. Its causes, consequences and control*. New York McGraw-Hill, inc.
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The Parental Stress Scale - Initial Psychometric Evidence. *Journal of Social and Personal Relationships, 12*(3), 463-472.
- Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., & McMahon, R. J. (1992). A Developmental and Clinical-Model for the Prevention of Conduct Disorder - the Fast-Track-Program. *Development and Psychopathology, 4*(4), 509-527.
- Bjorknes, R., Larsen, M., Gwanzura-Ottmoller, F., & Kjobli, J. (2015). Exploring mental distress among immigrant mothers participating in parent training. *Children and Youth Services Review, 51*, 10-17. doi:10.1016/j.childyouth.2015.01.018
- Boardman, W. K. (1962). Rusty: A brief behavior disorder. Aug 1962. *Journal of Consulting Psychology, 26*(4), 293-297. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0045155
- Bortrager, C. F., Chorpita, B. F., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. R. (2009). Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? *Psychiatric Services, 60*(5), 677-681. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.60.5.677 19411357
- Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2001). Distinguishing caregiver strain from psychological distress: Modeling the relationships among child, family, and caregiver variables. *Journal of Child and Family Studies, 10*(4), 405-418. doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1016705306848
- Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2006). Caregiver, child, family, and service system contributors to caregiver strain in two child mental health service systems. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 33*(4), 408-422.
- Brendel, K. E., & Maynard, B. R. (2014). Child-parent interventions for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice, 24*(3), 287-295. doi:10.1177/1049731513503713

- Brestan, E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27(2), 180-189.
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (2007a). *Handbook of Parent training*. Hoboken NJ: John Wiley & Sons.
- Briesmeister, J. M., & Schaefer, C. E. (2007b). Introduction. In J. M. Briesmesister & C. E. Schafer (Eds.), *Handbook of Parent Training* (3rd ed.). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Brooks, J. B. (2008). *The process of parenting* (7th ed.). Boston: McGraw Hill.
- Burke, J. D., & Loeber, R. (2015). The Effectiveness of the Stop Now and Plan (SNAP) Program for Boys at Risk for Violence and Delinquency. *Prevention Science*, 16(2), 242-253. doi:DOI 10.1007/s11121-014-0490-2
- Caldwell, K., Coleman, K., Copp, G., Bell, L., & Ghazi, F. (2007). Preparing for professional practice: How well does professional training equip health and social care practitioners to engage in evidence-based practice? *Nurse Education Today*, 27(6), 518-528. doi:10.1016/j.nedt.2006.08.014
- Canadian Psychological Association. (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: A canadian perspective*. Retrieved from [http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report\\_of\\_the\\_EBP\\_Task\\_Force\\_FINAL\\_Board\\_Approved\\_2012.pdf](http://www.cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf)
- Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1991). Relation of parental transitions to boys adjustment problems. 1. A linear-hypothesis. 2. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology*, 27(3), 489-504.
- Carr, A. (2006). Conduct problems. In A. Carr (Ed.), *The handbook of child and adolescent clinical psychology* (2nd ed., pp. 361-420). London: Routledge.
- Chamberlain, P., Patterson, G. R., Reid, J. B., Forgatch, M. S., & Kavanagh, K. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144-155.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 13.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7 9489259
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., . . . (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 13.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., . . . Morelli, P. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii empirical basis to services task force. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 9(2), 165-190. doi:DOI 10.1093/clipsy/9.2.165
- Christensen, B., & Maurseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*(9), 11.
- Christiansen, T. (2007). *Lokalt samarbeid om barns sosiale utvikling og tilpasning": Implementering og utprøving av et helhetligprogram for forebygging og behandling av atferdsproblemer, erfaringer og innvirkning på fellesskapets opplevde mestringsnivå*



- (Master), NTNU, Trondheim.
- Cohen, L. H., Sargent, M. M., & Sechrest, L. B. (1986). Use of Psychotherapy-Research by Professional Psychologists. *American Psychologist*, *41*(2), 198-206. doi:Doi 10.1037//0003-066x.41.2.198
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. *Journal of Applied Social Psychology*, *13*(2), 99-125.
- Corcoran, J., & Dattalo, P. (2006). Parent involvement in treatment for ADHD: A meta-analysis of the published studies. *Research on Social Work Practice*, *16*(6), 561-570. doi:10.1177/1049731506289127
- Costello, E. J., & Angold, A. (2001). Bad behavior: an historical perspective on disorders of conduct. In J. Hill & B. Maugham (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescence* (pp. 31). Cambridge: Cambridge University Press.
- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology-Science and Practice*, *5*(3), 314-332.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. In D. Cicchetti & D. J. Choen (Eds.), *Developmental Psychopathology* (Vol. 3, pp. 503-541). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, *39*(2), 349-371. doi:Doi 10.1037/0012-1649.39.2.349
- Donenberg, G., & Baker, B. L. (1993). The impact of young children with externalizing behaviors on their families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *21*(2), 179-198.
- Dugstad, G. (2006). *Innvandring og innvandrere 2006 [Immigration and immigrants 2006]*. Retrieved from Oslo:
- Eng, H., Patras, J., & Handegard, B. H. (2015). *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*. Retrieved from [https://ungsinn.no/post\\_tiltak\\_arkiv/tibir-radgiverintervensjonen/](https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/tibir-radgiverintervensjonen/)
- Eng, H., Patras, J., & Handegård, B. H. (2015). TIBIR - rådgiverintervensjonen. *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *The Eyberg Child Inventory and the Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Fixsen, D. L., Blase, K., Metz, A., & Van Dyke, M. (2013). Statewide Implementation of Evidence-Based Programs. *Exceptional Children*, *79*(2), 213-230.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Duda, M. A., Naoom, S. F., & Van Dyke, M. (2010). Implementation of Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence Psychotherapies for Children and Adolescents* (2nd ed., pp. 435-450). New York: The Guilford press.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research on Social Work Practice*, *.19*(5), pp. doi:10.1177/1049731509335549
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Syntehesis of the Litterature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication # 231).
- Fixsen, D. L., & Ogden, T. (2014). Facing the Challenges of Implementation. *Zeitschrift Fur Psychologie-Journal of Psychology*, *222*(1), 1-3. doi:Doi 10.1027/2151-2604/A000159

- Flay, B., Biglan, A., Boruch, R., Castro, F., Gottfredson, D., Kellam, S., . . . Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151-175. doi:10.1007/s11121-005-5553-y
- Force, A. P. T. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi:Doi 10.1037/0003-066x.61.4.271
- Forehand, R., Jones, D. J., & Parent, J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. *Clinical Psychology Review*, 33(1), 133-145. doi:DOI 10.1016/j.cpr.2012.10.010
- Forehand, R., Lafko, N., Parent, J., & Burt, K. B. (2014). Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review*, 34(8), 608-619. doi:DOI 10.1016/j.cpr.2014.10.001
- Forgatch, M. S., Bullock, B. M., & Patterson, G. R. (2004). From theory to practice: increasing effective parenting through role-play. In H. Steinar (Ed.), *Handbook of mental health interventions in children and adolescents. An integrated developmental approach*. San Francisco: Joss-Bass.
- 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., & Degarmo, D. S. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. (pp. 235-256). Washington DC: American Psychological Association.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO (TM) implementation in Norway. *Prevention Science*, 12(3), 235-246. doi:10.1007/s11121-011-0225-6
- Forgatch, M. S., DeGarmo, D. S., & Beldavs, Z. G. (2005). An efficacious theory-based intervention for stepfamilies. *Behavior Therapy*, 36(4), 357-365. doi:Doi 10.1016/S0005-7894(05)80117-0
- Forgatch, M. S., & Gerwartz, A. H. (2017). The evolution of the Oregon Model of Parent Management Training: An Intervention for Antisocial Behavior in Children and Adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3d ed., pp. 85-102). New York: The Guilford press.
- Forgatch, M. S., & Kjobli, J. (2016). Parent Management Training-Oregon Model: Adapting Intervention with Rigorous Research. *Family Process*, 55(3), 500-513. doi:10.1111/famp.12224
- Forgatch, M. S., & Martinez, C. R., Jr. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36(10), 923-937.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent management training - Oregon model. An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (2nd ed., pp. 159-178). New York: The Guilford Press.
- Fossum, S. (2009). Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) Sosial ferdighetstrening for barn. *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*.
- Fossum, S. (2013). Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) - Foreldregruppeintervensjonen. *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*. Retrieved from [https://ungsinn.no/post\\_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-foreldregruppeintervensjonen/](https://ungsinn.no/post_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-foreldregruppeintervensjonen/)

- Foster, M. E. (2010). Evidence-based treatments for conduct problems: are they cost effective? In R. C. Murrihy, A. D. Kidman, & T. H. Ollendick (Eds.), *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (pp. 28). New York: Springer.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Vanhorn, Y., Christ, M. A. G., . . . Hanson, K. (1993). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder - a Meta-Analytic Review of Factor-Analyses and Cross-Validation in a Clinic Sample. *Clinical Psychology Review, 13*(4), 319-340. doi:10.1016/0272-7358(93)90016-F
- Fylkesnes, M. K., Iversen, A. C., & Nygren, L. (2018). Negotiating deficiency: Exploring ethnic minority parents' narratives about encountering child welfare services in Norway. *Child & Family Social Work, 23*(2), 196-203. doi:10.1111/cfs.12400
- Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2016). Transporting Evidence-Based Parenting Programs for Child Problem Behavior (Age 3-10) Between Countries: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 45*(6), 749-762. doi:10.1080/15374416.2015.1015134
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*(1), 139-145.
- Gomez, B., Grønlie, A. A., Kristiansen, D. E., & Richardsen, K. (2014). *Implementering av tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)*. Oslo: Atferdsenteret.
- Goodheart, C. D. (2006). Evidence, endeavor, and expertise in psychological practice. In C. D. Goodheart, A. Kazdin, & R. J. Sternberg (Eds.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (2006). *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review, 113*(1), 101-131. doi:10.1037/0033-295x.113.1.101
- Graziano, A.-M., & Diament, D.-M. (1992). Parent behavioral training: An examination of the paradigm. *Behavior-Modification, 16*(1), 3-38.
- Grønlie, A. A., Apeland, A., Askeland, E., & Christiansen, T. (2016). Hvor godt predikerer to spørsmål barns risiko for problematferd? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 53*(4), 269-275.
- Grønlie, A. A., & Christiansen, T. (2014). Implementeringskunnskap. In E. Askeland, A. Apeland, & R. Solholm (Eds.), *PMTO Foreldretrening for familier som har barn med atferdsvansker* (pp. 210-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hagen, K. A., & Ogden, T. (2017). Predictors of changes in child behaviour following parent management training: Child, context, and therapy factors. *International Journal of Psychology, 52*(2), 106-115. doi:10.1002/ijop.12365
- Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjernebekk, G. (2011). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 40*(2), 165-178. doi:10.1080/15374416.2011.546050
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2002). Increasing the relevance of evidence-based treatment review to practitioners and consumers. *Clinical Psychology-Science and Practice, 9*(2), 225-230.
- Helsenorge. (2018). Samvalg. Retrieved from <https://helsenorge.no/rettigheter/samvalg>
- Hill, J., & Maugham, B. (2001a). *Conduct disorder in childhood and adolescence*. New York: Cambridge university press.

- Hill, J., & Maugham, B. (2001b). Preface. In *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2003). Conduct and Oppositional Defiant disorders. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2nd ed., pp. 144-198). New York: Guilford Press.
- Hoagwood, K., Burns, B. J., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S. K. (2001). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services*, 52(9), 1179-1189.
- Hoagwood, K., & Koretz, D. (1996). Embedding prevention services within systems of care: Strengthening the nexus for children. *Applied & Preventive Psychology*, 5(4), 225-234.
- Hoagwood, K., Peth-Pierce, R., Glaeser, E., Whitmyre, E., Shorter, P., & Vardanin, M. M. (2017). Implementing Evidence-Based Psychoterapies for Children and Adolescents within Complex Mental Health Systems. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychoterapies for children and adolescents* (pp. 466-483). New York: The Guilford Press.
- Holmen, L., & Nordhaug, S. I. (2011). *Foreldreinvolvering i kognitiv atferdsterapi: En litteraturstudie av foreldrens roller i behandling av barn og unge med angst og depresjon*. (Hovedoppgave cand. psychol.), Universitet i Bergen, Bergen.
- Jakobsen, R., & Solholm, R. (2009). *Evaluering av PMTO-kurs for fosterforeldre - en effektstudie*. Retrieved from Bergen:
- Kazdin, A. E. (1997). Parent management training: Evidence, outcomes, and issues. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356. doi:Doi 10.1097/00004583-199710000-00016
- Kazdin, A. E. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(2), 53-59. doi:http://dx.doi.org/10.1111/1475-3588.00011
- Kazdin, A. E. (2003a). Problem-Solving Skills Training and Parent Management Training for Conduct Disorder. In A. E. Kazdin, & Weisz, J.R. (Ed.), *Evidence based Psychoterapies for Children and Adolescents*. New York; NY Guilford Press.
- Kazdin, A. E. (2003b). *Research desing in clinical psychology* (4th ed.): Pearson Education Company.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training: treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. Oxford: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice - New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146-159. doi:Doi 10.1037/0003-066x.63.3.146
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(4), 414-420. doi:10.1097/00004583-200004000-00009
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 19-36. doi:Doi 10.1037/0022-006x.66.1.19
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2010). Introduction. Context, background, and goals. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-Based Psychoterapies for Children and Adolescents* (2nd ed., pp. 3-10). New York: The Guildford Press.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2010). Introduction. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-bases Psychoterapies for Children and Adolescents* (pp. 3-7). New York: The Guildford Press.

- Kellam, S. G., & Langevin, D. J. (2003). A framework for understanding "evidence" in prevention research and programs. *Prevention Science, 4*(3), 137-153.
- Kendall, P. C. (2006). The guiding theory. In P. C. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy* (3rd ed., pp. 3-33). New York: The Guilford Press.
- Kjelsberg, E., & Dahl, A. A. (1998). High delinquency, disability and mortality - a register study of former adolescent psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scandinavia, 98*(1), 34-40.
- Kjølbi, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013a). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research and Therapy, 51*(3), pp. doi:10.1016/j.brat.2012.11.006 23318242
- Kjølbi, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (2013b). A randomized trial of group parent training: Reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research and Therapy, 51*(3), 113-121. doi:10.1016/j.brat.2012.11.006
- Kjølbi, J., Naerde, A., Bjernebekk, G., & Askeland, E. (2014). Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 171-177. doi:10.1111/camh.12028
- Kjølbi, J., & Ogden, T. (2012). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings. *Prevention Science, 13*(6), 616-626. doi:10.1007/s11121-012-0289-y
- Kjølbi, J., & Sorlie, M. A. (2008). School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(4), 365-375. doi:10.1111/j.1467-9450.2008.00648.x
- Kjølbi, J., & Ogden, T. (2013). *Individual child social skills training: investigating effectiveness in real world settings*.
- Kjølbi, J., Solholm, R., Reer, M., Christiansen, T., Askeland, E., & Bjernebekk, G. (2016). Tidlig innsats for barn i risiko: et program for å forebygge og redusere atferdsproblemer. *Psykologi i kommunen, 5*, 5-15.
- Krauss, A. (2018). Why all randomised controlled trials produce biased results. *Annals of Medicine, 50*(4), 312-322. doi:10.1080/07853890.2018.1453233
- Krokstad, S., & Knudsen, M. S. (2011). *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. (Public health development. The HUNT Study, Norway) HUNT 1 (1984-86) - HUNT 2 (1995-1997) - HUNT 3 (2006-08)*. Retrieved from Levanger, Norway:
- La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Lochman, J. E. (2009). Moving Beyond Efficacy and Effectiveness in Child and Adolescent Intervention Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 373-382. doi:10.1037/A0015954
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*(1), 42-52. doi:10.1007/s00787-008-0702-z
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., Knerr, W., & Gardner, F. (2016). Transported Versus Homegrown Parenting Interventions for Reducing Disruptive Child Behavior: A Multilevel Meta-Regression Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 55*(7), 610-617. doi:10.1016/j.jaac.2016.05.003
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 883-900. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008 23647856
- Lonigan, C. J., Elbert, J. C., & Johnson, S. B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: An overview. Jun 1998. *Journal of Clinical Child*

- Psychology*, 27(2), 138-145. doi:[http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2702\\_19648031](http://dx.doi.org/10.1207/s15374424jccp2702_19648031)
- Lovdata. (1999). Lov om pasient- og brukerrettingheter. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Luebke, A. M., Radcliffe, A. M., Callands, T. A., Green, D., & Thorn, B. E. (2007). Evidence-based practice in psychology: Perceptions of graduate students in scientist-practitioner programs. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 643-655. doi:Doi 10.1002/Jclp.20379
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Lurie, J. (2006). *Teachers' perception of emotional and behavioral problems in 6-12 year old Norwegian school children* Retrieved from Trondheim:
- Manor-Binyamini, I. (2012). Parenting Children with Conduct Disorder in Israel: Caregiver Burden and the Sense of Coherence. *Community Mental Health Journal*, 48(6), 781-785. doi:10.1007/s10597-011-9474-x
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010a). Behavioural parent training. In W. Matthys & J. E. Lochman (Eds.), *Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder in Childhood* (pp. 129-141). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010b). Behaviours and disorders. In W. Matthys & J. Lochman (Eds.), *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood* (pp. 1-10). Oxford: John Wiley & Sons Ltd.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010c). Environmental characteristics. In W. Matthys & J. E. Lochman (Eds.), *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood* (pp. 67-92). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2010d). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*: John Wiley & sons.
- McMahon, R. J., Long, N., & Forehand, R. L. (2010). Parent training for the treatment of oppositional behavior in young children: Helping the noncompliant child. In *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (pp. 163-191). New York, NY: Springer Science + Business Media; US.
- McMahon, R. J., Wells, K. C., & Kotler, J. S. (2006). Conduct Problems. In E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 137-270). New York: The Guildford Press.
- Metz, A., & Bartley, L. (2012). Active implementation frameworks for program success. How to use implementation science to improve outcomes for children. *Zero to three*, 32(4), 7.
- Midtassel, U. V., & Ertesvåg, S. K. (2009). Utfordringer ved implementering av skoleomfattende endringsarbeid erfaringer fra seks skolars gjennomføring av Zero-programmet. *Spesialpedagogikk*, 74(1), 4-11.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial-Behavior - a Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. doi:Doi 10.1037/0033-295x.100.4.674
- Morgan, J., Robinson, D., & Aldridge, J. (2002). Parenting stress and externalizing child behaviour. *Child & Family Social Work*, 7(3), 219-225. doi:<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2206.2002.00242.x>
- Morris, R. J., & Kratochwill, T. R. (2008). Historical context of child therapy. In R. J. Morris & T. R. Kratochwill (Eds.), *The practice of child therapy* (pp. 1-7). New York Taylor & Francis group.

- Moynahan, L., Strømgren, B., & Gundersen, K. (2005). *Erstatt aggresjonen: aggression replacement training og positive atferds- og støttetiltak*. Oslo: Universitetsforl.
- Mudford, O. C., McNeil, R., Walton, L., & Phillips, K. J. (2012). Rationale and standards of evidence in evidence-based practice. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Evidence-based practice in clinical psychology* (Vol. 1, pp. 3-26). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Murrihy, R. C., Kidman, A. D., & Ollendick, T. H. (2012). *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth*. New York: Springer.
- Mørkrid, D., & Christensen, B. (2007). Funksjonell familierapi: En evidensbasert familierapeutisk behandling for ungdom og familier med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 84(3), 8.
- Norwegian Board of Health Supervision. (1998). *Undersøkelser i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (Investigations on public health centers and school health services)* (4-98). Oslo: Norwegian Board of Health Supervision.
- NUBU. (2017). *2017 Årsrapport fra utviklingsavdeling barn*. Oslo: NUBU.
- Nøvik, T. S. (1999). *Validity and use of the child behavior checklist in Norwegian children and adolescents: an epidemiological and clinical study*. Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, University of Oslo, Oslo.
- O'Donohue, W. T., & Lilienfeld, S. O. (2012). Professional issues and evidence-based practice: the quality problem in behavioral health care. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology. Child and adolescent disorders* (Vol. 1, pp. 51). Hoboken, N.J.: John Wiley & Sons.
- Ogden, T. (2010a). *Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og unge*. (dr.philos), University of Bergen, Bergen.
- Ogden, T. (2010b). Kunnskapsdrevet praksis i arbeidet med atferdsproblemer blant barn og unge. In E. Befring, I. Frønes, & M. Sørli (Eds.), *Sårbare unge. Nye perspektiver og tilnæringer* (pp. 246-259). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, T. (2012a). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Ogden, T. (2012b). Implementering- fra forskning til praksis. In *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge* (pp. 104-137). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ogden, T., Askeland, E., Christensen, B., & Kjølbi, J. (2017). Crossing National , Cultural and Language Barriers. Implementing and Testing Evidence -Based Practices in Norway. In J. R. Weisz & A. Kazdin (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (3d. ed., pp. 379-396). New York The Guildford Press.
- Ogden, T., & Fixsen, D. L. (2014). Implementation Science A Brief Overview and a Look Ahead. *Zeitschrift Fur Psychologie-Journal of Psychology*, 222(1), 4-11. doi:10.1027/2151-2604/A000160
- Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19(3), 317-329. doi:10.1080/02650530500291518
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 142-149. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x
- 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(4), 607-621. doi:10.1037/0022-006x.76.4.607

- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health, 9*(2), 77-83. doi:DOI: 10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x
- Olson, D. H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*: Univeristy of Minnesota, Department of Family Social Service.
- Patras, J. (2010). *The Implementation of PMTO in Norway*. (PhD), University of Oslo, Oslo. (219)
- Patterson, G. R. (1976). The aggressive child: victim and architect of a coercive system. In E. J. Mash, L. A. Hamerlynck, & L. C. Handy (Eds.), *Behavior modification and families* (pp. 267-316). New York: Brunner/Mazel.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In *Antisocial behavior in children and adolescents A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washinton, DC: American Psychological Association
- Patterson, G. R., Capaldi, D. M., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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., & Chamberlain, P. (1993). Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. In T. R. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 43-88). New York: Plenum.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2010). Ny kunnskp om hvorfor det ofte er vanskelig å endre negative samhandlingsmønstre i familier [New knowledge as to why it often is difficult to change negative interaction paterrens in families]. In E. Befring, I. Frønes, & M. Sørli (Eds.), *Sårbare unge* (pp. 168-181). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2010). Cascading effects following intervention. *Development and Psychopathology, 22*(4), 949-970. doi:10.1017/S0954579410000568
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992a). *Antisocial boys*. Eugene. OR: Castalia Publishin Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992b). A social interaction stage model. In *Antisocial boys* (pp. 1-15). Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). A brief history of the Oregon model. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. (pp. 3-20). Washington: American Psychologica Association.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(1), 2-21.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology-Science and Practice, 12*(4), 365-383. doi:DOI 10.1093/clipsy/bpi045
- Reid, J. B., Patterson, G. R., & Snyder, J. (2002). *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. Washington DC: American Psychological Association
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovation*. New York: The Free Press.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*(4), 444-454.



- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't - It's about integrating individual clinical expertise and the best external evidence. *British Medical Journal*, *312*(7023), 71-72.
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J., & DeMaria, A. (2011). Does Psychotherapy Research Influence the Clinical Practice of Researcher-Clinicians? *Clinical Psychology-Science and Practice*, *18*(4), 357-371. doi:10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical-Child-and-Family-Psychology-Review*, *2*(2), 71-90.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundation of the Triple P-positive parenting program: A population approach to the promotion of parenting competence. In *Parenting Research and Practice Monograph* (pp. 21). Brisbane: The Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland.
- Schoenwald, S. K., Kelleher, K., Weisz, J. R., & Hlth, R. N. Y. M. (2008). Building bridges to evidence-based practice: The MacArthur foundation child system and Treatment Enhancement Projects (Child STEPs). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *35*(1-2), 66-72. doi:DOI 10.1007/s10488-007-0160-9
- Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implementation Science*, *9*. doi:Doi 10.1186/1748-5908-9-7
- Sholevar, G. P. (1995). *Conduct disorders in children and adolescents*. Washington DC: American Psychiatric Press inc.
- Shriver, M. D., & Allen, K. D. (2008a). Conceptual foundations of the empirically supported parent training programs. In M. D. Shriver & K. D. Allen (Eds.), *Working with parents of noncompliant children. A guide to evidence-based parent training for practitioners and students*. (pp. 93-115). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shriver, M. D., & Allen, K. D. (2008b). Empirically supported parent training programs. In M. D. Shriver & K. D. Allen (Eds.), *Working with parents of noncompliant children. A guide to evidence-based parent training for practitioners and students* (pp. 29-90). Washington DC: American psychological association
- Shriver, M. D., & Allen, K. D. (2008c). How to teach parents. In M. D. Shriver & K. D. Allen (Eds.), *Working with parents of noncompliant children. A guide to evidence-based parent training for practitioners and students*. (pp. 117-138). Washington, DC: American Psychological Association.
- Shriver, M. D., & Allen, K. D. (2008d). Parent and parent training. In M. D. Shriver & K. D. Allen (Eds.), *Working with parents of noncompliant children. A guide to evidence-based parent training for practitioners and students*. (pp. 13-29). Washington DC: American Psychological Association.
- Sjøbu, A., & Henggeler, S. W. (2013). *Multisystemisk terapi: for barn og unge med alvorlige atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skogen, J. C., & Torvik, A. F. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Retrieved from Oslo:
- Skreden, M., Skari, H., Bjork, M. D., Malt, U. F., Veenstra, M., Faugli, A., . . . Emblem, R. (2008). Psychological distress in mothers and fathers of preschool children: A 5-year

- follow-up study after birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(4), 462-471. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01631.x
- Smith, L. (2004). *Barn med atferdsvansker*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Snyder, J. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: peer relationship. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: The family. In J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. Snyder (Eds.), *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and Model for Intervention*. (pp. 65-100). Washington DC: American Psychological Association.
- Solholm, R. (2014). Metodens bakgrunn og opprinnelse. In *PMTO Foreldretraining for familier med barn som har atferdsvansker* (pp. 218-229): Gyldendal akademiske.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Apland, A. (2014). Innføring av PMTO i Norge. In *PMTO Foreldretraining for familier med barn som har atferdsvansker* (pp. 66-77): Gyldendal Akademisk.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training - Oregon-modellen: Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge [Parent Management Training - The Oregon Model: Key theoretical concepts, the treatment program and its implementation in Norway]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(7), 587-597.
- Solholm, R., & Jakobsen, R. (2009). Atferdsvansker- kortvarig forelderådgivning og lærerkonsultasjon i arbeidet med atferdsvansker blant barn- modellutvikling i en kommune [Behavior problems- brief parent training and teacher consultation i working with child with behavior problems - development of a model in a municipality.]. *Norges Barnevern*, 86(1), 4-17.
- Solholm, R., Kjobli, 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. *Prevention Science*, 14(6), 535-544. doi:10.1007/s11121-012-0334-x
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment - New Scales for Assessing Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Spoth, R. L., Kavanagh, K. A., & Dishion, T. J. (2002). Family-centered preventive intervention science: Toward benefits to larger populations of children, youth, and families. *Prevention Science*, 3(3), 145-152.  
doi:http://dx.doi.org/10.1023/A:1019924615322 12387551
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *J Clin Psychol*, 63(3), 267-281. doi:10.1002/jclp.20347
- Stormark, M., & Christiansen, Ø. (2018). Parent Management Training – The Oregon Model (PMTO) som individuell foreldreveiledning (2. utg.) *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*. Retrieved from [https://ungsinn.no/post\\_tiltak\\_arkiv/parent-management-training-the-oregon-model-pmto-som-individuell-foreldreveiledning-2-utg/](https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/parent-management-training-the-oregon-model-pmto-som-individuell-foreldreveiledning-2-utg/)
- Suveg, C., Roblek, T. L., Robin, J., Krain, A., Aschenbrand, S., & Ginsburg, G. S. (2006). Parental Involvement When Conducting Cognitive-Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 287-299.  
doi:http://dx.doi.org/10.1891/jcop.20.3.287
- Sørli, M., Ogdén, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet- om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 315-321.

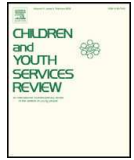
- Tambs, K., & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*(5), 364-367.
- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Ost, L. G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *43*(3), 185-200. doi:10.1080/16506073.2014.923928
- Tommeras, T., & Kjobli, J. (2017). Family Resources and Effects on Child Behavior Problem Interventions: A Cumulative Risk Approach. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(10), 2936-2947. doi:10.1007/s10826-017-0777-6
- Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P - Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior*, *11*(2), 176-193. doi:DOI 10.1016/j.avb.2005.07.005
- Waschbusch, D. A., Fabiano, G. A., & Pelham, W. E. (2012). Evidence-based practise in child and adolescent disorders. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Evidence-based practice in clinical psychology* (Vol. 1, pp. 27-50). Hoboken, N.J: John Wiley & Sons.
- Waschbusch, D. A., & Hill, G. P. (2003). Chapter: Empirically supported, promising, and unsupported treatments for children with attention-deficity/hyperactivity disorder. In *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 333-362). New York, NY: Guilford Press; US.
- Webster-Stratton, C. (2005). The Incredible Years: A Training Series for the Prevention and Treatment of Conduct Problems in Young Children. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorder: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed., pp. 507-555). Washington DC: American Psychological Association.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families--problem children: Working with parents: A collaborative process*. New York: John Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C., & Reid, J. M. (2017). The Incredible Year Parents, Teachers, and Children Training Series: A Multifaceted Treatment Approach for Young Children with Conduct Problems. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (3d. ed., pp. 122-141). New York The Guilford Press.
- Webster, C.-D., Augimeri, L.-K., & Koegl, C.-J. (2002). The Under 12 Outreach Project for antisocial boys: A research based clinical program. In R. R. Corrado, R. Roesch, S. D. Hart, & J. K. Gierowski (Eds.), *Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research on needs, intervention, and outcomes*. (pp. 207-218). Amsterdam: IOS press.
- Weiner, B. J., Amick, H., & Lee, S. Y. D. (2008). Conceptualization and measurement of organizational readiness for change - A review of the literature in health services research and other fields. *Medical Care Research and Review*, *65*(4), 379-436. doi:Doi 10.1177/1077558708317802
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care - A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, *61*(7), 671-689. doi:Doi 10.1037/0003-066x.61.7.671
- Wells, K. C., Chi, T. C., Hinshaw, S. P., Epstein, J. N., Pfiffner, L., Nebel-Schwalm, M., . . . Wigal, T. (2006). Treatment-related changes in objectively measured parenting behaviors in the multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 649-657. doi:10.1037/0022-006x.74.4.649

- World Health Organization. (1996). *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zeiner, P., Bache-Hansen, E., Eskeland, S., Ogden, T., Rypdal, P., & Sommerschild, H. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss og hva slags hjelp trenger de? (Children and youth with serious behavior problems. What can contemporary knowledge teach us, and what kind of help do they need?)*. Oslo: The Norwegian Research Council.



Contents lists available at ScienceDirect

## Children and Youth Services Review

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/childyouth](http://www.elsevier.com/locate/childyouth)

# Conduct problems in children. Characteristics of families recruited for a clinical outcome trial as compared to families in an implementation study



Roar Solholm <sup>a,b,\*</sup>, Terje Ogdén <sup>b</sup>, Reidar Jakobsen <sup>c</sup>

<sup>a</sup> Department of Clinical Psychology, University of Bergen, Norway

<sup>b</sup> The Norwegian Center for Child Behavioral Development (Atferdsenteret), Norway

<sup>c</sup> Regional Centre for Child and Adolescent Mental Health and Child Welfare, Uni Health, Uni Research, Norway

## ARTICLE INFO

## Article history:

Received 22 August 2013

Received in revised form 20 March 2014

Accepted 22 March 2014

Available online 31 March 2014

## Keywords:

Client representativeness

Conduct problems

Family characteristics

Parent characteristics

## ABSTRACT

The implementation of empirically supported treatments (EST) is recommended as a way to transfer knowledge from research to clinical practice and to improve service quality. One area of concern has been client representativeness, that is to which degree participants in EST studies resembles the target group in usual care settings. For children with conduct problems the recommended ESTs have been parent training or parent mediated programs. The aim of this article is to explore and describe central parent and family characteristics of families with conduct disordered children recruited from ordinary clinical practice in connection with the evaluation of the Parent Management Training – Oregon (PMTO) model in Norway, and to see whether the families recruited to a randomized control trial (RCT) differ from families recruited to a large scale implementation study in routine practice. Data from 376 families indicated that there were few differences between the two samples and thus that the parent and family characteristics found in the RCT study were representative of help-seeking families with conduct disordered children in Norway.

Perhaps an even better treatment result could be achieved by tailoring PMTO to better suit the characteristics of Norwegian parents and families. Mothers (regardless of marital status) seem to be especially vulnerable to caregiver strain and suggested interventions should take this into consideration.

© 2014 The Authors. Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

## 1. Introduction

Treatment research has addressed a wide range of social, emotional and behavioral problems in childhood and adolescence and many treatment interventions now meet the criteria for empirically supported (EST) or evidence-based treatment (EBT) (e.g. Hoagwood, Burns, Kiser, Ringeisen, & Schoenwald, 2001; Kazdin, 2008; Kazdin & Weisz, 2010). Based on this research it has been argued that EBTs, either directly or in an adapted form, should be taught or used in ordinary clinical practice, thereby establishing evidence based practice (EBP). The aim of this strategy has been to bridge health research and practice and to ensure that the regular services offered to children and their families are "(...) scientifically proven, state-of-the-art approaches to assessment, treatment and prevention" (Hawley & Weisz, 2002, p.225).

Despite the evidence, most EBTs have not made their way into standard clinical practice and therapist training programs (Nock, Goldman, Wang, & Albano, 2004; Weisz & Gray, 2008). This might reflect challenges in the transfer and implementation process itself (Fixsen, Blase, Duda, Naoom, & Van Dyke, 2010; Hoagwood et al., 2001; La Greca, Silverman, & Lochman, 2009; Schoenwald & Hoagwood, 2001), and also the fact that

critics of EBP have questioned the relevance of EBTs to clinical practice (Kazdin, 2008; Weisz & Gray, 2008).

Both critics and advocates of EBPs have recognized that there are marked differences between key conditions and characteristics in efficacy trials and in ordinary clinical practice (e.g. therapists, clients, treatment settings, context) (Hoagwood et al., 2001; Kazdin, 2008; Schoenwald & Hoagwood, 2001; Weisz & Gray, 2008; Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006), and there also seems to be a difference in the aim of psychotherapy under the two conditions, "eliminating symptoms" versus "the process coping with life" (Kazdin, 2008, p.147). However it is not clear how the differences between the two conditions may influence treatment attendance and outcome. There seems to be poorer outcome in community-based effectiveness studies than in research-based efficacy studies in which the researcher has more control over the treatment variables (e.g. Baker-Ericzen, Hurlburt, Brookman-Fraze, Jenkins, & Hough, 2010; Hoagwood et al., 2001). Some studies show that difference in key variables (e.g. case severity, complexity, comorbidity) do not necessarily impede treatment outcome of EBTs (Doss & Weisz, 2006; Kazdin & Whitley, 2006).

One meta-analysis of studies that directly compared EBT with community clinic population or usual care (UC) (Weisz et al., 2006) showed that EBTs systematically outperformed UC. However, the overall effects were modest, and the authors argue that due to heterogeneity of the UC some forms of UC may work better than others and may outperform EBTs for certain target populations. Moreover, studies that showed UC outperforming EBTs did not specify what the effective UC procedures were, what kind of therapists provided them, or to what kind of youths.

One area of special concern is client representativeness, and it has been claimed that EBT populations are less clinically severe and complex when compared to community

\* Corresponding author at: Department of Clinical Psychology, UiB, Christiesgt. 12, 5015 Bergen, Norway. Tel.: +47 55588860.

E-mail address: [roar.solholm@psykp.uib.no](mailto:roar.solholm@psykp.uib.no) (R. Solholm).

clients (Kazdin, 2008; Weisz & Gray, 2008; Weisz & Kazdin, 2010). The reason for this could be that the process of recruitment, selection and enrollment in clinical trials (both in efficacy and effectiveness trials) is quite different from the process leading people to regular clinical services.

EBP is based on the assumption that there is a similarity between the participants in efficacy trials and the children and families met in ordinary clinical practice, but there is only limited evidence for this assumed similarity (Baker-Ericzén et al., 2010). There are few studies that compare the characteristics of samples from efficacy trials directly with the characteristics of community clinical or UC populations (Baker-Ericzén et al., 2010). The studies that have been conducted, do show that there are significant differences between the characteristics of samples in efficacy trials and samples of usual care, for children with anxiety disorder (more child comorbidity, symptom severity and lower family income in the usual care sample) (Southam-Gerow, Weisz, & Kendall, 2003), depression (more child comorbidity and racial/ethnic diversity in the usual care sample) (Weersing & Weisz, 2002), and a range of other disorders (Baker-Ericzén et al., 2010).

In their meta-analysis, Baker-Ericzén et al. (2010) compared data from 34 research trials on five ESTs with one large sample of UC for children with disruptive behavior disorders. They found a large variation in participants' characteristics within and across efficacy studies. They also found that, for most studies, parent and family characteristics were not reported. Comparison of UC and EST samples showed that although child demographics and symptom severity were similar, most parent and family characteristics were different, with higher rates of problems in the UC sample.

Baker-Ericzén et al. (2010) found that parents in the UC sample had lower socioeconomic status, were less educated and were more likely to belong to single parent households than parents in EST samples. A larger proportion of the parents in the UC sample also reported lower levels of social support and experience of increased domestic violence. But according to the authors the comparison was difficult because very few EST studies reported such information. Baker-Ericzén's UC sample did not give information on marital discord but among the parents in the EST samples 50–60% reported that they had experienced marital discord. When it came to psychopathology the findings were mixed. Some EST samples had higher and some lower percentages than the UC samples, but parents in the UC samples reported more parents with depressive symptoms. On the other hand, the parents in the EST samples reported more strain/stress than the UC sample, although the reason for this is not clear.

Baker-Ericzén et al. (2010) concluded that the concern about client representativeness was strengthened for parents of conduct-disordered children. They argued that it is unlikely that implementation of EST in regular practice will be successful if child, parent and family characteristics are not reported or if they turn out to be qualitatively different from the community treatment population. In their opinion, if EST samples differ significantly from UC samples the interventions have to be modified in order to be more effective or they have to be more carefully targeted at families like those treated in efficacy trials. They further argued that this is a particular problem for empirically supported parent-mediated treatments for disruptive behavior disorders, in which child, parent and family factors have been shown to predict and moderate treatment attendance and outcome. The above arguments may also apply when EBPs are moved from effectiveness studies to large scale implementation studies, as demonstrated in the present study.

During the past decade the Norwegian authorities have initiated and funded the national implementation of the Parent Management Training – Oregon Model (PMTO) for young children (4–12 years of age) with conduct problems and their families (Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson, & Bullock, 2005). Six generations of Norwegian PMTO-therapists have completed their training during this period. As part of the implementation a randomized treatment effectiveness study was conducted with participants recruited through existing child service agencies (Child Welfare Services and Child and Adolescent Mental Health agencies). A Norwegian clinical trial demonstrated a treatment effectiveness in ordinary clinical practice, although effect sizes were small to moderate (Ogden & Hagen, 2008). These clinical outcomes indicate that PMTO is a relatively robust treatment intervention and that some of the implementation challenges were successfully met.

The participants in the present study came from two different studies on PMTO in Norway: the above mentioned randomized controlled effectiveness study (Ogden & Hagen, 2008) and one large scale implementation study in routine practice (Forgatch & DeGarmo, 2011). In this article these studies will be referred to as the "RCT study" and the "LSI study" respectively. The recruitment of families for the RCT study was restricted to the regular Child and Youth Mental Health Services (CYMHS) and Child Welfare Services (CWS) in the county municipalities while the LSI study also recruited families from various private and primary care services in the municipalities (MPCS). Because both studies were effectiveness studies, one would assume that the samples were more representative of clients in usual care settings than samples from an efficacy study, but the research design and procedures could still influence the selection of participants. In the RCT study, the parents had to accept the randomization procedure which implied that they had a 50% chance of being assigned to treatment as usual. This may have kept reluctant parents and practitioners from volunteering to participate in the study. In the non-randomized study on the other hand, all participants received PMTO. This may have had an effect on the composition of the parent groups participating in the two studies.

It could further be argued that the recruitment of therapists and sites to the RCT study was more controlled than in the LSI study because of a more rigorous selection of

therapists (first and second generations of PMTO therapists only) and because the number of therapists and number and kinds of sites were limited. In addition the access to PMTO in Norway was quite limited at the time when the RCT study started and this may have resulted in the recruitment of especially motivated and resourceful parents. On this background the LSI study was more of a "going to scale" study and possibly more representative of the population of regular service users.

In line with the recommendations of Baker-Ericzén et al. (2010), the aim of this article is to explore and describe central parent and family characteristics of families with conduct disordered children recruited from ordinary clinical practice in connection with the implementation of an EBT in Norway.

## 2. Method

### 2.1. Participants

The participants were 376 families (children and their parents/caretakers) who were recruited from two different but interconnected effectiveness studies on PMTO in Norway (Ogden et al., 2005). The first was a randomized controlled effectiveness study of PMTO versus regular services ( $N = 112$ ) (Ogden & Hagen, 2008), and the second was an implementation study investigating treatment adherence over time and across sites ( $N = 264$ ) (Forgatch & DeGarmo, 2011).

The participating families in both studies came from all five health regions in Norway. The number of families from each health region corresponded to the population distribution, but the two largest regions were slightly underrepresented. The families had contacted or been referred to regular child and adolescent service agencies, either at primary or specialist level, because of their child's behavior problems. Of these, 146 were recruited from the CWS, 176 from the CYMHS and 53 from the MPCS. Inclusion in the studies was not based on formal diagnostic procedures, but rather on the clinical judgment of therapists at the actual site. Children were not included if they (a) were diagnosed with autism, (b) had been exposed to documented sexual assault, (c) were intellectually disabled or (d) had parents with severe psychopathology or who were intellectually disabled.

The children in the RCT study ranged in age from 3.5 to approximately 13 years ( $M = 8.40$ ,  $SD = 2.11$ ), and 22 (19.6%) were girls. The age range in the LSI study was from 3 to nearly 13 years ( $M = 8.64$ ,  $SD = 2.19$ ) and 74 (28%) were girls. The majority of the children in both studies were Caucasian (RCT study = 95.4%, LSI study = 98%) and ethnic Norwegian (RCT study = 89.9%, LSI study = 97%). There was no significant difference between the two samples on ethnicity. According to Statistics Norway (Dugstad, 2006) 8.3% (defined as both parents being born abroad) or 13.5% (defined as at least one parent born abroad) of the population of Norway have an immigrant background. These numbers show that there was an underrepresentation of families from other countries and ethnic groups in this study.

The level of child conduct problems was measured at intake using the externalizing scores of the Child Behavior Checklist (CBCL) and Teacher Report Form (TRF). For girls the mean externalizing raw scores on the CBCL were 24.80 ( $SD = 13.54$ ) and 22.02 ( $SD = 7.75$ ) for the RCT study and LSI study respectively. For boys the scores were 26.57 ( $SD = 11.6$ ) and 23.75 ( $SD = 9.42$ ). On the TRF the mean externalizing scores for girls in the RCT study were 15.07 ( $SD = 11.46$ ) and in the LSI study 10.47 ( $SD = 10.95$ ). The scores for boys were 28.74 ( $SD = 14.06$ ) and 24.33 ( $SD = 15.58$ ). An independent *t*-test showed no significant differences between the girls in the RCT and LSI studies regarding externalizing CBCL scores ( $t = -0.77$ ,  $df = 16.32$ ,  $p = .455$ ) and externalizing TRF scores ( $t = -1.40$ ,  $df = 60$ ,  $p = .295$ ). The corresponding result for the boys was CBCL ( $t = -1.92$ ,  $df = 224$ ,  $p = .057$ ) and TRF ( $t = -1.83$ ,  $df = 185$ ,  $p = .068$ ).

### 2.2. Procedure

The recruitment periods for the studies were partly overlapping and lasted from January 2001 to April 2005. Except for the

randomization procedure the intake procedures were identical. Parents were informed of the research projects, invited to participate and asked to give their written consent. Families who agreed to participate filled out various questionnaires regarding the status and functioning of the child and the family. In addition the families were observed and video-filmed during structured interaction tasks. The assessment sessions took place at the local agencies and each lasted for about 2 h. The parents were compensated NOK 300 (about \$50) for their time. The two studies were both approved by the Norwegian ethical review board.

### 2.3. Measures

The participants were asked to fill out questionnaires regarding child behavior, family demographics, family finances, living conditions, family functioning, parent health, and couple relationship. The parent who reported having spent most time with the child filled out the basic questionnaires regarding family demographic, living conditions, financial situation and family characteristics. Questionnaires about health were filled out by the parents separately, but only couples filled out the questionnaire about the marital relationship. Due to this variation in respondents and also due to some missing responses the numbers may differ across variables reported in this study.

The assessment questionnaires were a mixture of well-established instruments and instruments adapted to or specifically designed for the two studies mentioned above. Some of the instruments have been used in previous Norwegian studies and some have been developed and used in previous research at the Oregon Social Learning Center (OSLC). These measures were translated and back translated from English to Norwegian.

#### 2.3.1. Family characteristics

The parents were asked to state their date of birth, marital status, ethnicity and relationship with the child. They were further asked about their highest level of education and current work status. Level of education was recoded into three categories: 1 = *completed elementary school*, 2 = *completed high school*, 3 = *college education or a university degree*. Job status was recoded into four categories (1 = *full time work*, 2 = *part time work*, 3 = *unemployed*, 4 = *not part of the work force*).

With regard to family economy, the parents were asked about the family's annual salary and how many individuals they supported. In addition, the participants were asked about their gross annual income and filled out the Family Finance Questionnaire (FFQ). FFQ is an OSLC developed instrument based on [Pearlin and Schooler \(1978\)](#) that assesses parental perception of the pressure of economic strain. Seven items addressing material needs, specific cutbacks, and inability to afford necessities form a scale of financial stress. In accordance with [DeGarmo and Forgatch \(2007\)](#) the response items ranged from 1 to 5 and a high score indicated high financial stress. The scale with 7 items has shown to be reliable and valid and in the present study the internal consistency of the scale was found to be satisfactory with Cronbach's alpha = .86.

The parents were further asked to describe type of residence and the number of children and adults living at their house. They were also asked to rate how likely it was that they would still live at the current residence in 6 months' time on a 4-point Likert type scale (from 1 = *very likely* to 4 = *extremely unlikely*). They also to rated their neighborhood on a five point scale (from 1 = *very good* to 5 = *very bad*) with regard to their own and children's personal safety, safe playgrounds, cleanliness, schools, quietness and protection of property.

The Interpersonal Support Evaluation List (ISEL) ([Cohen & Hoberman, 1983](#)) was used to assess parents' perception of social support. The ISEL originally consists of 40 items that assess the dimensions

of social support, appraisal, self-esteem, belonging, and tangible. In this study a short version of the ISEL with 16 items was used. Items were rated on a 4-point scale (from 0 = *definitely false* to 3 = *definitely true*) with an ISEL score in the range of 0 to 48. Higher scores indicate greater perceived support. Cronbach's alpha for ISEL in the present study was .87.

The Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) was administered as a measure of the parents' perception of family cohesion and adaptability ([Olson, Portner, & Lavee, 1985](#)). The FACES III consists of 10 cohesion items (for example, "Family members ask each other for help") and 10 adaptability items (for example, "In solving problems, the children's suggestions are followed"). The items are rated on a 5-point scale (from 1 = *almost never* to 5 = *always*). Cronbach's alpha was .87 for the Cohesion scale and .67 for the Adaptability scale in the present study.

#### 2.3.2. Parent characteristics

Marital adjustment was measured by the Dyadic Adjustment Scale ([Spanier, 1976](#)). It consists of 32 items and assesses four dimensions of the marital relationship. Internal consistency of the DAS was examined and Cronbach's alpha was calculated for both gender groups on each of the scales. Affective expression (4 items, females = .62, males = .58); Dyadic cohesion (5 items, females = .69, males = .73); Dyadic consensus (13 items, both groups = .89); Dyadic satisfaction (10 items, females = .87, males = .78) and Total DAS (32 items, both groups = .92). This is in accordance with previous studies, although the reliability scores on Affective expression and Cohesion were in the lower end of the spectrum. In the present study a total DAS score < 100 was used as a cutoff point.

Separate questions as well as questionnaires were used to assess the participants' perception of somatic and mental health and wellbeing. The participants rated their general health on a 5-point scale (from 1 = *very good* to 5 = *very bad*). The participants also rated how they felt about themselves (strong and fit or tired and worn out) on a 7-point scale (from 1 = *very strong and fit* to 7 = *very tired and worn out*). The participants were further asked to rate their general level of satisfaction with life on 7-point scale (from 1 = *extremely satisfied* to 7 = *extremely dissatisfied*).

Subjective somatic health complaints during the last year were assessed by twelve items and rated on a five point scale (from 1 = *not at all* to 5 = *very much*). Only three categories were examined in this study, gastrointestinal diseases, musculoskeletal pain (including headache and migraine) and asthma and allergy.

The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ([Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001](#)) was used to assess hazardous alcohol use, dependence symptoms and symptoms of harmful alcohol use. The AUDIT consists of 10 items that are scored on a 5-point Likert scale (0–4) and higher scores indicate more hazardous and harmful drinking. The total scores were classified according to the following risk levels: *Zone I*: 1–7 points, *Zone II*: 8–15 points, *Zone III*: 16–19 points and *Zone IV*: score > 20.

The Substance Use Questionnaire ([Capaldi & Patterson, 1991](#)) was used to assess experiences with a variety of substances, including over-the-counter drugs, marijuana, and hard drugs. Respondents rated their frequency of use of these substances on 5-point Likert type scales (from 1 = *never* to 5 = *daily or almost daily*). Medications were recoded into three categories: pain killers (both mild and strong), sleeping pills and tranquilizers and anti-depressant.

Psychological distress was measured by the Symptom Checklist (SCL-5) and General Health Questionnaire (GHQ-28). The SCL-5 is a short version of the Symptom Checklist (SCL-25) and was developed by [Tambis and Moum \(1993\)](#) as a measurement of the level of global mental distress. The five items (feeling fearful, nervousness or shakiness inside, feeling hopeless about the future, feeling blue and worrying too much) related to the previous 14 days and the participants were asked to rate their situation on a four point scale (from 1 = *not bothered*

and distressed at all to 4 = very much). The sum of the first two items represents the SCL-5 anxiety score and the sum of the last three the SCL-5 depression score. Cronbach's alpha was calculated for both genders on SCL-5 total and subscales: SCL-5 total (5 items, females = .85, males = .83), SCL-5 anxiety (2 items, females = .71, males = .61) and SCL-5 depression (3 items, females = .82, males = .78)

The General Health Questionnaire (GHQ-28) has been found to be a valid instrument for identifying psychological distress (Goldberg & Hillier, 1979). It addresses the last two weeks and identifies chronic stress (Skreden et al., 2008). The version presented to the parents in the present study was slightly modified in that four of the seven items on the depression subscale were omitted from the questionnaire. These four items concerned suicide and suicidal ideation. The total GHQ-28 scores were thus estimated on the basis of the answers to 24 questions. Cronbach's alpha was calculated for both genders on total score (24 items, females = .91, males = .92).

Total GHQ-28 scores based on both the Likert score (items 0, 1, 2, 3) and the case score (items 0, 0, 1, 1) were calculated with higher scores indicating increased level of distress. Psychological distress was measured by GHQ Likert sum score (range 0–84) and clinically important distress was defined as a case score > 6.

#### 2.4. Analytic strategy

The statistical analyses were carried out in SPSS version 18. *T*-tests for the paired samples were used to compare the mean scores for the two samples and chi-square statistics were used to compare the proportions for categorical variables in the two samples. Data from the questionnaires regarding health and the couple relationship were analyzed for each gender. Probability levels less than .05 were accepted as significant and reported with exact values.

### 3. Results

In the total sample of 376 families there were 213 couples and 135 single parents; data on marital status of 28 families were missing. The parents consisted of 322 women and 209 men. In 43 cases the gender of the respondent was not reported. The age of the women ranged from 23 to 52 years,  $M = 36.60$ ,  $SD = 5.9$ . The men were slightly older with age ranging from 23 to 62 years ( $M = 39.9$ ,  $SD = 7.1$ ). An independent *t*-test showed that the women in the RCT study were significantly younger than the women in the LSI study ( $t = 2.01$ ,  $df = 196$ ,  $p = .046$ ). In the majority of families at least one of the parents was reported as being a biological parent (89.6%) and

2.2% were foster parents. In 7.8% of cases the information on the family relation of the respondent was missing, but there is reason to believe that at least one of the parents in these families was a biological mother or father.

An overview of the family demographics regarding marital status, number of children in the household, housing situation is given in Table 1, while Table 2 shows parents' level of education and job status. The results indicate that significantly more men in the LSI study had completed high school. Aside from this there were no significant differences between the two samples.

The mean annual salary for the total sample was NOK 407,509,  $SD =$  NOK 223,730. The median salary was NOK 400,000. There was no significant difference between the two samples regarding annual salary, but as is shown in Table 3 the participants of the RCT study were experiencing more financial stress.

There were no differences in perceived social support as measured by the ISEL and no differences in family functioning as measured by the cohesion and adaptability subscales on the FACES III.

Of the 324 families who answered the questions regarding their perception of the neighborhood, more than 92% stated that it was likely or very likely that they would remain at their current address for the next six months. Typically more than 90% of the families rated their neighborhood as good or very good on every dimension. There were no significant differences between the two samples on these variables.

Table 4 shows the parents' perception of general health, strength and fitness and life-satisfaction, subjective somatic health complaints, experience and use of alcohol, drugs and medications and clinical psychological distress. As shown in the table, there were no differences between the RCT and LSI samples on these variables.

Regarding the use of alcohol, more than 95% of the women and men in both samples scored at risk levels 1 and 2. Experience with other drugs (amphetamine, cocaine, opiates, designer drugs) was reported in only one or two cases and is therefore not presented. When asked for current drug use (last year), 0.9% of the women and 0.5% of the men reported the use of hashish/marijuana and 0.3% of the women reported the use of opiates. For all other drugs the parents reported no use.

Table 5 shows the couple adjustment measured by the DAS and psychological distress measured by the SCL-5 and total GHQ-28.

There were no differences between the two samples regarding couple adjustment. When a total cutoff score of <100 was used, 12.6% of the women and 14.3% of the men in the total sample described their families as distressed. There was thus no indication of marital discord being a prominent family characteristic of the participants.

**Table 1**  
Family demographics.

	Combined sample		RCT study		LSI study		$\chi^2$	<i>df</i>	<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%			
Marital status									
Married or cohabiting with child's biological parent	149	42.8	45	43.3	104	42.6	0.44	2	ns
Married or cohabiting with child's non-biological parent	64	18.4	17	16.3	47	19.3			
Single parent	135	38.8	42	40.4	93	38.1			
Number of children									
Only the referred child	76	21.1	23	22.7	53	20.9	1.82	3	ns
Two children	177	49	50	46.3	127	50.2			
Three children	84	23.3	25	23.1	59	23.3			
Four or more children	24	6.6	10	9.3	14	5.5			
Housing situation									
Owns house or apartment	238	73.7	54	70.1	184	74.8	1.69	2	ns
Rents own house or apartment	77	23.8	22	28.6	55	22.4			
Other	8	2.5	1	1.3	7	2.8			

Note: Total N for each variable differs due to varying response rates.



**Table 2**  
Level of education and job status.

		Combined sample		RCT study		LSI study		$\chi^2$	df	p
		N	%	N	%	N	%			
Level of education										
Completed elementary school (7–10 years)	Women	47	19.6	15	21.4	32	18.8	3.08	2	.ns
	Men	16	21.1	7	38.9	9	15.5			
Completed high school (at least 11 years)	Women	126	52.2	41	58.6	85	50.0	7.56	2	.023
	Men	32	42.1	3	16.7	29	50.0			
College education or a university degree	Women	67	27.9	14	20.0	53	31.2			
	Men	28	36.8	8	44.4	20	34.5			
Job status										
Employed	Women	143	62.4	39	58.2	104	64.2	4.08	2	ns
	Men	71	91.0	16	88.9	55	91.7			
Unemployed	Women	11	4.8	1	1.5	10	6.2	0.20	2	ns
	Men	3	3.8	1	5.6	2	3.3			
Not part of the work force	Women	75	32.8	27	40.3	48	29.6			
	Men	4	5.1	1	5.6	3	5.0			

Note: Total N for each variable differs due to varying response rates.

Women in the RCT sample scored significantly higher on both the total scale and the depression subscale of the SCL-5 compared to the LSI sample. However, both genders showed elevated levels of psychological distress compared to [Tambas and Moum \(1993\)](#) original data both on the total SCL-score, and anxiety and depression subscale score.

There were no differences between the two samples on the total GHQ-28 score. The scores were elevated for both genders compared to a sample of parents of preschool children for both total GHQ-score and GHQ-case score ([Skreden et al., 2008](#)), thus indicating increased psychological distress. On the question as to whether they had suffered from mental problems in the last 6 months, 81.5% of the women and 96.6% of the men answered “not at all” or “a little”. Only about 11% of the women and 6% of the men reported that they had received additional treatment (individual or family therapy) while they were receiving PMTO.

The LSI sample had a higher percentage of referrals from the CWS (42.6% vs. 30.4%) and municipality services (20.2% vs. 0%), while the RCT sample had more referrals from the CYMHS (69.6% vs. 37.3%).  $\chi^2(2, N = 375) = 43.14, p < .001$ .

#### 4. Discussion

The aim of this article was to examine if families recruited to a randomized controlled effectiveness study (the RCT sample) differed from a nonrandomized “going to scale” implementation study (the LSI sample). The result showed few significant differences between the two samples.

In the following discussion we will discuss the similarities and the differences between the samples, and also to some extent the

characteristics of the combined sample. This should be done with caution because there is a lack of relevant Norwegian norms and studies reporting norms on the actual variables. In some instances however, the response pattern may indicate whether the characteristics of the sample deviate from what could be considered normative.

Differences between the two parent groups participating in the current study were found in the pattern of referrals, in the mean age of mothers in the educational level of fathers, and in the level of parent financial and psychological stress and depression. The finding that the LSI sample had more referrals from the Child Welfare Services and the municipalities was expected and it probably reflects the process of implementation and diffusion of PMTO in Norway ([Ogden, Hagen, Askeland, & Christensen, 2009](#)). As the implementation progressed relatively more therapists were trained in the Child Welfare Services (CWS) and in the municipalities than in the Child and Youth Mental Health Services (CYMHS). The finding that women in the RCT sample were significantly younger than the women in the LSI sample is difficult to explain and may be accidental. And that more men in the LSI sample had completed high school is also difficult to interpret. Given the low number of male respondents in the RCT study ( $N = 18$ ) this may have happened by chance, but one possible explanation could be that men with higher education were more reluctant to participate in the randomization process. Moreover, the participants in the RCT showed significantly more (although still low levels of) financial stress. This result was somewhat unexpected because more families were recruited from the CWS to the LSI sample, and generally these families are expected to experience more financial strain than families who are referred to CYMHS. On the other hand, the percentage of single parents and women who were not part of the work force was somewhat higher in the RCT sample. Additionally, women in the RCT sample were characterized by higher levels of total psychological distress and depression (SCL-5), but the reason for this is unclear. The number of differences between the families participating in the RCT and LSI studies was low in relation to the number of comparisons performed, and does not seem to form any consistent pattern. And to the extent that there were differences, they indicate that the parents in the RCT study were more at risk.

The number of similarities between the parents in the two studies far outweighed the differences. On key demographic measures (e.g. ethnic origin, marital status, family size, housing conditions) there were no differences between the samples. The participants' homogeneity of ethnic origin across samples was probably due to features of the recruitment process (e.g. lack of adaptation to groups with less confidence in and use of the treatment services). There is some evidence to suggest

**Table 3**  
Perceived financial stress, social support and family.

	Combined sample		RCT study		LSI study		t	df	p
	M	SD	M	SD	M	SD			
Financial stress index	1.81	0.75	2.01	0.81	1.74	0.72	2.68	274	.008
ISEL	37.46	7.30	36.24	7.52	37.94	7.17	1.90	223	ns
FACES									
Cohesion	39.46	5.49	39.16	5.60	39.59	5.46	0.64	327	ns
Adaptability	25.55	5.03	26.20	4.41	25.28	5.25	1.49	327	ns

Note: Total N for each variable differs due to varying response rates.

**Table 4**  
Parent characteristics 1.

		Combined sample		RCT study		LSI study		$\chi^2$	df	p
		N	%	N	%	N	%			
General health										
Good and very good	Women	320	69.7	75	62.7	245	71.8	2.29	1	ns
	Men	208	85.6	51	84.3	157	86.0	0.09	1	ns
Strong and feeling fit										
Strong and very strong	Women	316	27.5	73	20.5	243	29.6	2.32	1	ns
	Men	208	56.3	50	46.0	158	59.5	2.81	1	ns
Life satisfaction										
Some degree of satisfaction	Women	317	57.4	76	48.7	241	60.2	3.12	1	ns
	Men	207	77.8	51	70.6	156	80.1	2.81	1	ns
Subjective somatic complaints										
Gastrointestinal disease	Women	317	37.9	74	41.9	243	36.6	0.67	1	ns
	Men	208	23.6	50	20.0	158	24.7	0.46	1	ns
Musculoskeletal pain	Women	316	84.8	76	81.6	240	85.8	0.81	1	ns
	Men	207	62.8	50	74.0	157	59.2	3.54	1	ns
Allergy and asthma	Women	314	39.2	76	46.1	238	37.0	1.99	1	ns
	Men	206	36.9	50	44.0	156	34.6	1.43	1	ns
Alcohol consumption										
Drinks more than two units a month	Women	321	31.2	76	30.3	245	31.4	0.04	1	ns
	Men	208	48.1	50	42.0	158	50.0	0.97	1	ns
Experience with illegal drugs										
Hashish/marijuana	Women	320	24.7	76	31.6	244	22.5	2.55	1	ns
	Men	208	21.2	51	21.6	157	21.0	0.01	1	ns
Use of medication this year										
Pain killers (mild and strong)	Women	316	95.9	73	97.3	243	95.5	0.45	1	ns
	Men	206	85.9	50	90.0	156	84.6	0.91	1	ns
Sleeping pills and tranquilizers	Women	320	24.1	75	25.3	245	23.7	0.09	1	ns
	Men	206	10.2	50	14.0	156	9.0	1.05	1	ns
Anti-depressants	Women	322	18.0	76	22.4	246	16.7	1.28	1	ns
	Men	207	7.2	50	10.0	157	6.4	0.74	1	ns
Clinical psychological distress										
GHQ-28 Case score = or >6	Women	292	31.8	69	34.8	223	30.9	0.36	1	ns
	Men	195	18.5	45	20.0	150	18.0	0.09	1	ns

Note: Total N for each variable differs due to varying response rates.

that a change in recruitment procedure lowers the threshold for seeking help among families of first and second generation immigrants (e.g. among families of Pakistani and Somali origin) in Norway (Bjorknes, Jakobsen, & Naerde, 2011). In Norway most of the children in all age

groups live with both their biological parents (Ministry of Children, Equality & Social Inclusion, 2003). Both samples showed an increased percentage of single parent and step-parent families. An increased number of single parent households among parents of conduct-disordered

**Table 5**  
Parent characteristics 2.

		Combined sample		RCT study		LSI study		t	df	p
		M	SD	M	SD	M	SD			
Dyadic adjustment scale										
Total	Women	117.3	17.1	114.8	20.4	118.0	15.9	0.98	149	ns
	Men	115.5	16.2	115.6	17.6	115.5	15.9	0.04	138	ns
Consensus	Women	51.4	7.9	51.3	7.6	51.6	8.0	0.22	181	ns
	Men	51.4	7.6	52.2	7.1	51.1	7.7	0.83	165	ns
Satisfaction	Women	38.6	6.9	37.5	7.8	39.0	6.7	1.27	180	ns
	Men	37.7	5.5	36.8	6.6	38.0	5.2	1.10	167	ns
Cohesion	Women	16.7	4.4	16.8	4.6	16.7	4.3	0.07	189	ns
	Men	17.0	4.3	16.5	4.8	17.1	4.1	0.81	170	ns
Affectional expression	Women	9.3	2.1	2.2	9.0	9.3	2.0	0.94	190	ns
	Men	9.2	2.1	9.1	2.3	9.2	2.0	0.32	171	ns
SCL-5 and GHQ-28										
SCL-5 total	Women	9.27	3.17	10.0	3.0	9.0	3.2	2.22	313	.027
	Men	7.52	2.61	8.0	2.6	7.4	2.6	1.42	199	Ns
SCL-5 anxiety	Women	3.33	1.32	3.6	1.3	3.3	1.3	1.78	318	Ns
	Men	2.75	1.04	2.8	1.0	2.7	1.1	0.53	201	Ns
SCL-5 depression	Women	5.93	2.14	6.4	2.1	5.8	1.4	2.13	315	.034
	Men	4.77	1.78	5.2	1.9	4.7	1.8	1.75	201	ns
GHQ-28	Women	25.34	11.39	26.8	11.2	24.9	11.4	1.23	290	ns
	Men	22.59	10.24	24.2	11.0	22.1	10.0	1.18	193	ns

Note: Total N for each variable differs due to varying response rates.

children is well documented and is often considered to be a risk factor for the further development of conduct problems (e.g. Waldfoegel, Cragie, & Brooks-Gunn, 2010). It is also assumed that the amount of strain and stress associated with single parenthood affect parenting in a negative way (e.g. Forgatch & DeGarmo, 1999; Hinshaw & Lee, 2003). The increased number of step-parent households is perhaps not as easily explained. One could argue that both single-parent households and families with a history of transitions (divorce and/or introduction of a step-parent) are a risk factor for the further development or acceleration of conduct problems (e.g., due to reduced capacity, lack of commitment and skills to manage the child, and more challenging child reactions) (DeGarmo & Forgatch, 2007). On the other hand, the likelihood of both divorce/separation and single parent status could also be increased as the result of the wear and tear from raising children with conduct problems (Forgatch & DeGarmo, 1999). Family size and housing condition is typical for the general population and does not seem to be a problem in either sample.

Most of the children lived with at least one of their biological parents, and the parents in both samples expressed general satisfaction with their own housing conditions and with their neighborhood.

In both samples a large proportion of the women were staying at home (not part of the work force). The reason why so many mothers had chosen to stay at home is not clear, and it could both reflect a perceived need to be available because of the child's problems, the adjustment problems of the mothers themselves or the high number of women with single parent status. It could also be due to the generous Norwegian welfare arrangements or combinations of the reasons mentioned above. Again this is speculation and needs further investigation.

There was no significant difference between the two samples regarding annual salary. In their article on the RCT study, Ogden and Hagen (2008) have described the income level as middle to lower. A reduced annual salary compared to the general population is expected because of the higher proportion of single parent families and the proportion of mothers staying at home. However, the low scores on the financial stress index do indicate that financial conditions in itself is not a serious source of distress among most parents of conduct-disordered children in Norway.

There were no differences between the two samples regarding the perception of social support, family adaptation, couple adjustment, perception of general health and well-being, subjective somatic complaints, use of alcohol and experience and use of drugs. The parents in both samples seem to have experienced social support in the normative range from their family members, friends and neighbors. Moreover, there were no indications of these families having severe problems or of couples having severe marital discord.

Members of the Norwegian population usually give high ratings of perceived general health and well-being. In the Hunt population study for instance (Krokstad & Knudsen, 2011) the corresponding positive ratings were over 80% for both genders on identical questions of perceived general health and life satisfaction. Against this background the scores of the women seem a bit low and it is also interesting to note that the women in both samples rate themselves lower than the men on these questions.

The reported use of medications (tranquilizers/sleeping pills, antidepressants and pain killers) seems high compared to available population data (Statistics from the Norwegian Prescription Database, 2014). This extensive use could reflect elevated levels of psychological distress (see discussion below). The results do not indicate serious problems with alcohol or drug use in either sample. A larger proportion of women than men reported having tried illegal drugs, which might be an indication of previous externalizing problems. However, this fact does not seem to be reflected in actual use of illegal drugs.

Overall the Norwegian families of children with conduct problems reported relatively few problems on the various parent and

family measures of this study. There were few reports of the expected contextual risk factors associated with conduct disorder (e.g. McMahon, Wells, & Kotler, 2006), the parents did not report serious problems. There was an indication of reduction in perceived general health and well-being, increased psychological distress and extensive use of medications. The women in both samples had higher scores than the men on instruments measuring psychological distress (and also compared to the Norwegian female population). They also have lower scores than men and the female population on ratings of general health, strength and life satisfaction. The use of medication seems a bit excessive compared to the general population (both men and women). It could be that mothers of conduct disordered children have more problems, but it could also be a result of caregiver strain or a combination of the two. The difference between men and women could be the result of sex-roles or different ways of handling stress. These questions need further investigation and international comparisons could also be of interest, using the same procedure and instrument.

There was an increased level of perceived psychological distress in both samples as measured by the SCL-5 and GHQ-28 (total and case score). This may indicate more personal problems, but could also reflect the strain on the caregiver of raising a child with conduct-disorder, or a combination of these. There is no clear explanation for the gender differences in the study. Norway has a clear and explicit equal opportunity policy concerning men and women, and fathers are to a large degree involved in the raising of and caring for their children. Still the differences could represent patterns of traditional gender roles regarding the responsibility for raising and taking care of children and/or possibly gender specific stress reactions to raising a child with conduct problems.

Because there are few systematic differences between the two Norwegian samples one might conclude that the RCT sample was representative for families and parents seeking help for conduct problems in Norway. However, this conclusion could be somewhat premature. Although all the families were recruited from families seeking help through the ordinary services in Norway, the intake criteria in both studies excluded families and parents with more comprehensive and complex problems. However, in our opinion, it is unlikely that the number of excluded families would be large enough to change the parent and family characteristics' profile significantly.

Research from the US indicates that UC samples have a more complex background "with multiple child, parent, and family issues" (Baker-Ericzén et al., 2010, p. 93) and that they have higher rates of problems than EST samples regarding parent and family characteristics. A direct comparison and interpretation of the differences between the sample of the present study and the samples reported in Baker-Ericzén et al. (2010) is not possible because of differences in the measures and variables, child sample characteristics, recruitment criteria and procedures. However, comparisons show that the Norwegian samples seem to have less complex issues and fewer problems than EST and UC samples in the United States (Skogen & Torvik, 2013). Even if Norway and the US have an egalitarian and informal culture in common with emphasis on family and community values there are differences in social and cultural conditions (Ogden et al., 2005). Norway is a social democracy with a welfare state based on social rights and social security, and provides free health care including free public treatment services. Norway also has high living standards and poverty is less of a problem than in the US. In spite of the apparent differences between the Norwegian and US samples, the implementation of the PMTO in Norway has been successful (Ogden et al., 2005) and the treatment has been shown to be reasonably effective (Ogden & Hagen, 2008). The fact that a treatment intervention, which was developed and tested in a different culture and on parents with different characteristics, has proven effective is interesting and attests to the robustness of the intervention.

## 5. Conclusions

The parent and family characteristics of children with conduct problems are central both to the theoretical analysis and recommended treatment interventions (Forgatch & Patterson, 2010). Because of this it is important that these factors are reported and understood.

The few differences between the RCT and LSI samples in this study indicate that the parent and family characteristics reported in the Norwegian RCT study are fairly representative of the actual target group. The argument has traditionally been that RCT studies have participants with fewer problems than a usual care sample. This study doesn't support the notion that RCT studies are not representative for usual care because the participants have fewer problems. If any, our findings are the opposite and one possible explanation is that this RCT study was done as an effectiveness study. Together with the result from the RCT study (Ogden & Hagen, 2008); this strengthens PMTO as a relevant choice of treatment for clinicians working with children with conduct problems in Norway.

Given the seemingly low problem levels and the profile of Norwegian parent and family characteristics, one would perhaps expect even better treatment results. Perhaps this could be achieved by tailoring PMTO so that it better suits the Norwegian parent and family characteristics. It seems reasonable to focus even more on parents' perception of their own general health and well-being, possible mental health problems, and caregiver strain. The mothers (regardless of marital status) seem to be especially vulnerable to caregiver strain and suggested interventions should take this into consideration.

## References

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Identification Test. Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). World Health Organization.

Baker-Ericzen, M. J., Hurlburt, M. S., Brookman-Frazee, L., Jenkins, M. M., & Hough, R. L. (2010). Comparing child, parent, and family characteristics in usual care and empirically supported treatment research samples for children with disruptive behavior disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 18(2), 82–99. <http://dx.doi.org/10.1177/1063426609336956>.

Bjorknes, R., Jakobsen, R., & Naerde, A. (2011). Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how? *Children and Youth Services Review*, 33(2), 351–357. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.09.019>.

Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (1991). Relation of parental transitions to boys' adjustment problems. 1. A linear-hypothesis. 2. Mothers at risk for transitions and unskilled parenting. *Developmental Psychology*, 27(3), 489–504.

Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99–125.

DeGarmo, D. S., & Forgatch, M. S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting – Science and Practice*, 7(4), 331–355.

Doss, A. J., & Weisz, J. R. (2006). Syndrome co-occurrence and treatment outcomes in youth mental health clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 416–425. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.416>.

Dugstad, G. (2006). *Innvandring og innvandrere 2006 [Immigration and immigrants 2006]*. Innvandring og innvanderemigrasjon and immigrants. Oslo: Statistics Norway.

Fixsen, D. L., Blase, K. A., Duda, M. A., Naoom, S. F., & Van Dyke, M. (2010). Implementation of evidence-based treatments for children and adolescents. In J. R. Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 435–450) (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). Parent Management Training – Oregon Model. An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In J. R. Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

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., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO (TM) implementation in Norway. *Prevention Science*, 12(3), 235–246. <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-011-0225-6>.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139–145.

Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (2002). Increasing the relevance of evidence-based treatment review to practitioners and consumers. *Clinical Psychology – Science and Practice*, 9(2), 225–230.

Hinshaw, S. P., & Lee, S. S. (2003). Conduct and oppositional defiant disorders. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 144–198) (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Hoagwood, K., Burns, B. J., Kiser, L., Ringeisen, H., & Schoenwald, S. K. (2001). Evidence-based practice in child and adolescent mental health services. *Psychiatric Services*, 52(9), 1179–1189.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (2010). Introduction. Context, background, and goals. In J. R. Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 3–10) (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice – New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63(3), 146–159. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>.

Kazdin, A. E., & Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 455–467. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.455>.

Krokstad, S., & Knudsen, M. S. (2011). *Folkhelse i endring. Helseundersøkelsen Nord-Trendelag, HUNT 1 (1984–86)–HUNT 2 (1995–97)–HUNT 3 (2006–08) [Public health development. The HUNT Study, Norway. HUNT 1 (1984–86)–HUNT 2 (1995–97)–HUNT 3 (2006–08)]*. Levanger, Norway: HUNT Research Centre, Norwegian University of Science and Technology, 214.

La Greca, A. M., Silverman, W. K., & Lochman, J. E. (2009). Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 373–382. <http://dx.doi.org/10.1037/A0015954>.

McMahon, R. J., Wells, K. C., & Kotler, J. S. (2006). Conduct problems. In E. J. Mash, & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (pp. 137–270) (3rd ed.). New York: The Guilford Press.

Ministry of Children, Equality and Social Inclusion (2003). *Om familien-forpliktende samliv og foreldreskap [On the family-binding cohabitation and parenthood]*. Oslo: Ministry of Children, Equality and Social Inclusion, 29 (Retrieved from <http://www.regjeringen.no/n/dep/bld/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/2002-2003/stmeld-nr-29-2002-2003-11/1/2.htm?id=471417>).

Nock, M. K., Goldman, J. L., Wang, Y. P., & Albano, A. M. (2004). From science to practice: The flexible use of evidence-based treatments in clinical settings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 777–780. <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000120023.14101.58>.

Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19(3), 317–329. <http://dx.doi.org/10.1080/02650530500291518>.

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(4), 607–621. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.607>.

Ogden, T., Hagen, K. A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 582–591. <http://dx.doi.org/10.1177/1049731509335530>.

Olson, D. H., Portner, J. L., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. University of Minnesota, Department of Family Social Service.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). Structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21.

Schoenwald, S. K., & Hoagwood, K. (2001). Effectiveness, transportability, and dissemination of interventions: What matters when? *Psychiatric Services*, 52(9), 1190–1197.

Skogen, J. C., & Torvik, A. F. (2013). *Afdrøysforstyrrelser blant barn og unge i Norge. Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak [Conduct disorders among children and adolescents in Norway. Estimated prevalence and the use of helping interventions]*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 44.

Skreden, M., Skari, H., Bjork, M. D., Malt, U. F., Veenstra, M., Faugli, A., et al. (2008). Psychological distress in mothers and fathers of preschool children: A 5-year follow-up study after birth. *BJOG*, 115(4), 462–471. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01631.x> [pii] BJOG1631).

Southern-Gerow, M. A., Weisz, J. R., & Kendall, P. C. (2003). Youth with anxiety disorders in research and service clinics: Examining client differences and similarities. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 375–385. [http://dx.doi.org/10.1207/S15374424CCP3203\\_06](http://dx.doi.org/10.1207/S15374424CCP3203_06).

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment – New scales for assessing quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15–28.

Statistics from the Norwegian Prescription Database (2014). (Retrieved January 20, 2014, from <http://www.nordp.no/Prevalens.aspx>

Tamb, K., & Moun, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364–367.

Waldfogel, J., Cragie, T., -A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of Children*, 20(2), 87–112. <http://dx.doi.org/10.1353/foc.2010.0002>.

Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Community clinic treatment of depressed youth: Benchmarking usual care against CBT clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 299–310. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.299>.

Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). The present and future of evidence-based psychotherapies for children and adolescents. In J. R. Weisz, & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 557–572) (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Weisz, J. R., & Gray, J. S. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 54–65. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00475.x>.

Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care – A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61(7), 671–689. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.61.7.671>.

**Doctoral Theses at The Faculty of Psychology,  
University of Bergen**

<b>1980</b>	Allen, H.M., Dr. philos.	Parent-offspring interactions in willow grouse ( <i>Lagopus L. Lagopus</i> ).
<b>1981</b>	Myhrer, T., Dr. philos.	Behavioral Studies after selective disruption of hippocampal inputs in albino rats.
<b>1982</b>	Svebak, S., Dr. philos.	The significance of motivation for task-induced tonic physiological changes.
<b>1983</b>	Myhre, G., Dr. philos.	The Biopsychology of behavior in captive Willow ptarmigan.
	Eide, R., Dr. philos.	PSYCHOSOCIAL FACTORS AND INDICES OF HEALTH RISKS. The relationship of psychosocial conditions to subjective complaints, arterial blood pressure, serum cholesterol, serum triglycerides and urinary catecholamines in middle aged populations in Western Norway.
	Værnes, R.J., Dr. philos.	Neuropsychological effects of diving.
<b>1984</b>	Kolstad, A., Dr. philos.	Til diskusjonen om sammenhengen mellom sosiale forhold og psykiske strukturer. En epidemiologisk undersøkelse blant barn og unge.
	Løberg, T., Dr. philos.	Neuropsychological assessment in alcohol dependence.
<b>1985</b>	Hellesnes, T., Dr. philos.	Læring og problemløsning. En studie av den perseptuelle analysens betydning for verbal læring.
	Håland, W., Dr. philos.	Psykoterapi: relasjon, utviklingsprosess og effekt.
<b>1986</b>	Hagtvet, K.A., Dr. philos.	The construct of test anxiety: Conceptual and methodological issues.
	Jellestad, F.K., Dr. philos.	Effects of neuron specific amygdala lesions on fear-motivated behavior in rats.
<b>1987</b>	Aarø, L.E., Dr. philos.	Health behaviour and socioeconomic Status. A survey among the adult population in Norway.
	Underlid, K., Dr. philos.	Arbeidsløse i psykososialt perspektiv.
	Laberg, J.C., Dr. philos.	Expectancy and classical conditioning in alcoholics' craving.
	Vollmer, F.C., Dr. philos.	Essays on explanation in psychology.
	Ellertsen, B., Dr. philos.	Migraine and tension headache: Psychophysiology, personality and therapy.
<b>1988</b>	Kaufmann, A., Dr. philos.	Antisocial atferd hos ungdom. En studie av psykologiske determinanter.

	Mykletun, R.J., Dr. philos.	Teacher stress: personality, work-load and health.
	Havik, O.E., Dr. philos.	After the myocardial infarction: A medical and psychological study with special emphasis on perceived illness.
<b>1989</b>	Bråten, S., Dr. philos.	Menneskedyaden. En teoretisk tese om sinnets dialogiske natur med informasjons- og utviklingspsykologiske implikasjoner sammenholdt med utvalgte spedbarnsstudier.
	Wold, B., Dr. psychol.	Lifestyles and physical activity. A theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents.
<b>1990</b>	Flaten, M.A., Dr. psychol.	The role of habituation and learning in reflex modification.
<b>1991</b>	Alsaker, F.D., Dr. philos.	Global negative self-evaluations in early adolescence.
	Kraft, P., Dr. philos.	AIDS prevention in Norway. Empirical studies on diffusion of knowledge, public opinion, and sexual behaviour.
	Endresen, I.M., Dr. philos.	Psychoimmunological stress markers in working life.
	Faleide, A.O., Dr. philos.	Asthma and allergy in childhood. Psychosocial and psychotherapeutic problems.
<b>1992</b>	Dalen, K., Dr. philos.	Hemispheric asymmetry and the Dual-Task Paradigm: An experimental approach.
	Bø, I.B., Dr. philos.	Ungdoms sosiale økologi. En undersøkelse av 14-16 åringers sosiale nettverk.
	Nivison, M.E., Dr. philos.	The relationship between noise as an experimental and environmental stressor, physiological changes and psychological factors.
	Torgersen, A.M., Dr. philos.	Genetic and environmental influence on temperamental behaviour. A longitudinal study of twins from infancy to adolescence.
<b>1993</b>	Larsen, S., Dr. philos.	Cultural background and problem drinking.
	Nordhus, I.H., Dr. philos.	Family caregiving. A community psychological study with special emphasis on clinical interventions.
	Thuen, F., Dr. psychol.	Accident-related behaviour among children and young adolescents: Prediction and prevention.
	Solheim, R., Dr. philos.	Spesifikke lærevansker. Diskrepanskriteriet anvendt i seleksjonsmetodikk.
	Johnsen, B.H., Dr. psychol.	Brain asymmetry and facial emotional expressions: Conditioning experiments.
<b>1994</b>	Tønnessen, F.E., Dr. philos.	The etiology of Dyslexia.
	Kvale, G., Dr. psychol.	Psychological factors in anticipatory nausea and vomiting in cancer chemotherapy.

- Asbjørnsen, A.E., Dr. psychol. Structural and dynamic factors in dichotic listening: An interactional model.
- Bru, E., Dr. philos. The role of psychological factors in neck, shoulder and low back pain among female hospitale staff.
- Braathen, E.T., Dr. psychol. Prediction of excellence and discontinuation in different types of sport: The significance of motivation and EMG.
- Johannessen, B.F., Dr. philos. Det flytende kjønnnet. Om lederskap, politikk og identitet.
- 1995** Sam, D.L., Dr. psychol. Acculturation of young immigrants in Norway: A psychological and socio-cultural adaptation.
- Bjaalid, I.-K., Dr. philos. Component processes in word recognition.
- Martinsen, Ø., Dr. philos. Cognitive style and insight.
- Nordby, H., Dr. philos. Processing of auditory deviant events: Mismatch negativity of event-related brain potentials.
- Raaheim, A., Dr. philos. Health perception and health behaviour, theoretical considerations, empirical studies, and practical implications.
- Seltzer, W.J., Dr.philos. Studies of Psychocultural Approach to Families in Therapy.
- Brun, W., Dr.philos. Subjective conceptions of uncertainty and risk.
- Aas, H.N., Dr. psychol. Alcohol expectancies and socialization: Adolescents learning to drink.
- Bjørkly, S., Dr. psychol. Diagnosis and prediction of intra-institutional aggressive behaviour in psychotic patients
- 1996** Anderssen, Norman, Dr. psychol. Physical activity of young people in a health perspective: Stability, change and social influences.
- Sandal, Gro Mjeldheim, Dr. psychol. Coping in extreme environments: The role of personality.
- Strumse, Einar, Dr. philos. The psychology of aesthetics: explaining visual preferences for agrarian landscapes in Western Norway.
- Hestad, Knut, Dr. philos. Neuropsychological deficits in HIV-1 infection.
- Lugoe, L.Wycliffe, Dr. philos. Prediction of Tanzanian students' HIV risk and preventive behaviours
- Sandvik, B. Gunnhild, Dr. philos. Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor. Fremveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning
- Lie, Gro Therese, Dr. psychol. The disease that dares not speak its name: Studies on factors of importance for coping with HIV/AIDS in Northern Tanzania
- Øygaard, Lisbet, Dr. philos. Health behaviors among young adults. A psychological and sociological approach
- Stormark, Kjell Morten, Dr. psychol. Emotional modulation of selective attention: Experimental and clinical evidence.



	Einarsen, Ståle, Dr. psychol.	Bullying and harassment at work: epidemiological and psychosocial aspects.
<b>1997</b>	Knivsberg, Ann-Mari, Dr. philos.	Behavioural abnormalities and childhood psychopathology: Urinary peptide patterns as a potential tool in diagnosis and remediation.
	Eide, Arne H., Dr. philos.	Adolescent drug use in Zimbabwe. Cultural orientation in a global-local perspective and use of psychoactive substances among secondary school students.
	Sørensen, Marit, Dr. philos.	The psychology of initiating and maintaining exercise and diet behaviour.
	Skjæveland, Oddvar, Dr. psychol.	Relationships between spatial-physical neighborhood attributes and social relations among neighbors.
	Zewdie, Teka, Dr. philos.	Mother-child relational patterns in Ethiopia. Issues of developmental theories and intervention programs.
	Wilhelmsen, Britt Unni, Dr. philos.	Development and evaluation of two educational programmes designed to prevent alcohol use among adolescents.
	Manger, Terje, Dr. philos.	Gender differences in mathematical achievement among Norwegian elementary school students.
<b>1998</b>	Lindstrøm, Torill Christine, Dr. philos.	«Good Grief»: Adapting to Bereavement.
<b>V</b>	Skogstad, Anders, Dr. philos.	Effects of leadership behaviour on job satisfaction, health and efficiency.
	Haldorsen, Ellen M. Håland, Dr. psychol.	Return to work in low back pain patients.
	Besemer, Susan P., Dr. philos.	Creative Product Analysis: The Search for a Valid Model for Understanding Creativity in Products.
<b>H</b>	Winje, Dagfinn, Dr. psychol.	Psychological adjustment after severe trauma. A longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988.
	Vosburg, Suzanne K., Dr. philos.	The effects of mood on creative problem solving.
	Eriksen, Hege R., Dr. philos.	Stress and coping: Does it really matter for subjective health complaints?
	Jakobsen, Reidar, Dr. psychol.	Empiriske studier av kunnskap og holdninger om hiv/aids og den normative seksuelle utvikling i ungdomsårene.
<b>1999</b>	Mikkelsen, Aslaug, Dr. philos.	Effects of learning opportunities and learning climate on occupational health.
<b>V</b>	Samdal, Oddrun, Dr. philos.	The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being.
	Friestad, Christine, Dr. philos.	Social psychological approaches to smoking.
	Ekeland, Tor-Johan, Dr. philos.	Meining som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar.

<b>H</b>	Saban, Sara, Dr. psychol.	Brain Asymmetry and Attention: Classical Conditioning Experiments.
	Carlsten, Carl Thomas, Dr. philos.	God lesing – God læring. En aksjonsrettet studie av undervisning i fagtekstlesing.
	Dundas, Ingrid, Dr. psychol.	Functional and dysfunctional closeness. Family interaction and children's adjustment.
	Engen, Liv, Dr. philos.	Kartlegging av leseferdighet på småskoletrinnet og vurdering av faktorer som kan være av betydning for optimal leseutvikling.
<b>2000 V</b>	Hovland, Ole Johan, Dr. philos.	Transforming a self-preserving "alarm" reaction into a self-defeating emotional response: Toward an integrative approach to anxiety as a human phenomenon.
	Lillejord, Sølvi, Dr. philos.	Handlingsrasjonalitet og spesialundervisning. En analyse av aktørperspektiver.
	Sandell, Ove, Dr. philos.	Den varme kunnskapen.
	Oftedal, Marit Petersen, Dr. philos.	Diagnostisering av ordavkodingsvansker: En prosessanalytisk tilnæringsmåte.
<b>H</b>	Sandbak, Tone, Dr. psychol.	Alcohol consumption and preference in the rat: The significance of individual differences and relationships to stress pathology
	Eid, Jarle, Dr. psychol.	Early predictors of PTSD symptom reporting; The significance of contextual and individual factors.
<b>2001 V</b>	Skinstad, Anne Helene, Dr. philos.	Substance dependence and borderline personality disorders.
	Binder, Per-Einar, Dr. psychol.	Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald Winnicotts teori.
	Roald, Ingvild K., Dr. philos.	Building of concepts. A study of Physics concepts of Norwegian deaf students.
<b>H</b>	Fekadu, Zelalem W., Dr. philos.	Predicting contraceptive use and intention among a sample of adolescent girls. An application of the theory of planned behaviour in Ethiopian context.
	Melesse, Fantu, Dr. philos.	The more intelligent and sensitive child (MISC) mediational intervention in an Ethiopian context: An evaluation study.
	Råheim, Målfrid, Dr. philos.	Kvinnerns kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk – hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter.
	Engelsen, Birthe Kari, Dr. psychol.	Measurement of the eating problem construct.
	Lau, Bjørn, Dr. philos.	Weight and eating concerns in adolescence.
<b>2002 V</b>	Ihlebak, Camilla, Dr. philos.	Epidemiological studies of subjective health complaints.

	Rosén, Gunnar O. R., Dr. philos.	The phantom limb experience. Models for understanding and treatment of pain with hypnosis.
	Høines, Marit Johnsen, Dr. philos.	Fleksible språkkrom. Matematikklæring som tekstutvikling.
	Anthun, Roald Andor, Dr. philos.	School psychology service quality. Consumer appraisal, quality dimensions, and collaborative improvement potential
	Pallesen, Ståle, Dr. psychol.	Insomnia in the elderly. Epidemiology, psychological characteristics and treatment.
	Midthassel, Unni Vere, Dr. philos.	Teacher involvement in school development activity. A study of teachers in Norwegian compulsory schools
	Kallestad, Jan Helge, Dr. philos.	Teachers, schools and implementation of the Olweus Bullying Prevention Program.
<b>H</b>	Ofte, Sonja Helgesen, Dr. psychol.	Right-left discrimination in adults and children.
	Netland, Marit, Dr. psychol.	Exposure to political violence. The need to estimate our estimations.
	Diseth, Åge, Dr. psychol.	Approaches to learning: Validity and prediction of academic performance.
	Bjuland, Raymond, Dr. philos.	Problem solving in geometry. Reasoning processes of student teachers working in small groups: A dialogical approach.
<b>2003</b> <b>V</b>	Arefjord, Kjersti, Dr. psychol.	After the myocardial infarction – the wives' view. Short- and long-term adjustment in wives of myocardial infarction patients.
	Ingjaldsson, Jón Þorvaldur, Dr. psychol.	Unconscious Processes and Vagal Activity in Alcohol Dependency.
	Holden, Børge, Dr. philos.	Følger av atferdsanalytiske forklaringer for atferdsanalysens tilnærming til utforming av behandling.
	Holsen, Ingrid, Dr. philos.	Depressed mood from adolescence to 'emerging adulthood'. Course and longitudinal influences of body image and parent-adolescent relationship.
	Hammar, Åsa Karin, Dr. psychol.	Major depression and cognitive dysfunction- An experimental study of the cognitive effort hypothesis.
	Sprugevica, Ieva, Dr. philos.	The impact of enabling skills on early reading acquisition.
	Gabrielsen, Egil, Dr. philos.	LESE FOR LIVET. Lesekompetansen i den norske voksenbefolkningen sett i lys av visjonen om en enhetsskole.
<b>H</b>	Hansen, Anita Lill, Dr. psychol.	The influence of heart rate variability in the regulation of attentional and memory processes.
	Dyregrov, Kari, Dr. philos.	The loss of child by suicide, SIDS, and accidents: Consequences, needs and provisions of help.
<b>2004</b> <b>V</b>	Torsheim, Torbjørn, Dr. psychol.	Student role strain and subjective health complaints: Individual, contextual, and longitudinal perspectives.

	Haugland, Bente Storm Mowatt Dr. psychol.	Parental alcohol abuse. Family functioning and child adjustment.
	Milde, Anne Marita, Dr. psychol.	Ulcerative colitis and the role of stress. Animal studies of psychobiological factors in relationship to experimentally induced colitis.
	Stornes, Tor, Dr. philos.	Socio-moral behaviour in sport. An investigation of perceptions of sportspersonship in handball related to important factors of socio-moral influence.
	Mæhle, Magne, Dr. philos.	Re-inventing the child in family therapy: An investigation of the relevance and applicability of theory and research in child development for family therapy involving children.
	Kobbeltvedt, Therese, Dr. psychol.	Risk and feelings: A field approach.
<b>2004</b>	Thomsen, Tormod, Dr. psychol.	Localization of attention in the brain.
<b>H</b>	Løberg, Else-Marie, Dr. psychol.	Functional laterality and attention modulation in schizophrenia: Effects of clinical variables.
	Kyrkjebø, Jane Mikkelsen, Dr. philos.	Learning to improve: Integrating continuous quality improvement learning into nursing education.
	Laumann, Karin, Dr. psychol.	Restorative and stress-reducing effects of natural environments: Experiential, behavioural and cardiovascular indices.
	Holgersen, Helge, PhD	Mellom oss - Essay i relasjonell psykoanalyse.
<b>2005</b>	Hetland, Hilde, Dr. psychol.	Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership.
<b>V</b>	Iversen, Anette Christine, Dr. philos.	Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping.
<b>2005</b>	Mathisen, Gro Ellen, PhD	Climates for creativity and innovation: Definitions, measurement, predictors and consequences.
<b>H</b>	Sævi, Tone, Dr. philos.	Seeing disability pedagogically – The lived experience of disability in the pedagogical encounter.
	Wiiium, Nora, PhD	Intrapersonal factors, family and school norms: combined and interactive influence on adolescent smoking behaviour.
	Kanagaratnam, Pushpa, PhD	Subjective and objective correlates of Posttraumatic Stress in immigrants/refugees exposed to political violence.
	Larsen, Torill M. B. , PhD	Evaluating principals` and teachers` implementation of Second Step. A case study of four Norwegian primary schools.
	Bancila, Delia, PhD	Psychosocial stress and distress among Romanian adolescents and adults.
<b>2006</b>	Hillestad, Torgeir Martin, Dr. philos.	Normalitet og avvik. Forutsetninger for et objektivt psykopatologisk avviksbegrep. En psykologisk, sosial, erkjennelsesteoretisk og teorihistorisk framstilling.
<b>V</b>		

	Nordanger, Dag Øystein, Dr. psychol.	Psychosocial discourses and responses to political violence in post-war Tigray, Ethiopia.
	Rimol, Lars Morten, PhD	Behavioral and fMRI studies of auditory laterality and speech sound processing.
	Krumsvik, Rune Johan, Dr. philos.	ICT in the school. ICT-initiated school development in lower secondary school.
	Norman, Elisabeth, Dr. psychol.	Gut feelings and unconscious thought: An exploration of fringe consciousness in implicit cognition.
	Israel, K Pravin, Dr. psychol.	Parent involvement in the mental health care of children and adolescents. Empirical studies from clinical care setting.
	Glasø, Lars, PhD	Affects and emotional regulation in leader-subordinate relationships.
	Knutsen, Ketil, Dr. philos.	HISTORIER UNGDOM LEVER – En studie av hvordan ungdommer bruker historie for å gjøre livet meningsfullt.
	Matthiesen, Stig Berge, PhD	Bullying at work. Antecedents and outcomes.
<b>2006</b>	Gramstad, Arne, PhD	Neuropsychological assessment of cognitive and emotional functioning in patients with epilepsy.
<b>H</b>	Bendixen, Mons, PhD	Antisocial behaviour in early adolescence: Methodological and substantive issues.
	Mrumbi, Khalifa Maulid, PhD	Parental illness and loss to HIV/AIDS as experienced by AIDS orphans aged between 12-17 years from Temeke District, Dar es Salaam, Tanzania: A study of the children's psychosocial health and coping responses.
	Hetland, Jørn, Dr. psychol.	The nature of subjective health complaints in adolescence: Dimensionality, stability, and psychosocial predictors
	Kakoko, Deodatus Conatus Vitalis, PhD	Voluntary HIV counselling and testing service uptake among primary school teachers in Mwanza, Tanzania: assessment of socio-demographic, psychosocial and socio-cognitive aspects
	Mykletun, Arnstein, Dr. psychol.	Mortality and work-related disability as long-term consequences of anxiety and depression: Historical cohort designs based on the HUNT-2 study
	Sivertsen, Børge, PhD	Insomnia in older adults. Consequences, assessment and treatment.
<b>2007</b>	Singhammer, John, Dr. philos.	Social conditions from before birth to early adulthood – the influence on health and health behaviour
<b>V</b>	Janvin, Carmen Ani Cristea, PhD	Cognitive impairment in patients with Parkinson's disease: profiles and implications for prognosis
	Braarud, Hanne Cecilie, Dr. psychol.	Infant regulation of distress: A longitudinal study of transactions between mothers and infants
	Tveito, Torill Helene, PhD	Sick Leave and Subjective Health Complaints

	Magnussen, Liv Heide, PhD	Returning disability pensioners with back pain to work
	Thuen, Elin Marie, Dr.philos.	Learning environment, students' coping styles and emotional and behavioural problems. A study of Norwegian secondary school students.
	Solberg, Ole Asbjørn, PhD	Peacekeeping warriors – A longitudinal study of Norwegian peacekeepers in Kosovo
<b>2007</b>	Søreide, Gunn Elisabeth, Dr.philos.	Narrative construction of teacher identity
<b>H</b>	Svensen, Erling, PhD	WORK & HEALTH. Cognitive Activation Theory of Stress applied in an organisational setting.
	Øverland, Simon Nygaard, PhD	Mental health and impairment in disability benefits. Studies applying linkages between health surveys and administrative registries.
	Eichele, Tom, PhD	Electrophysiological and Hemodynamic Correlates of Expectancy in Target Processing
	Børhaug, Kjetil, Dr.philos.	Oppseding til demokrati. Ein studie av politisk oppseding i norsk skule.
	Eikeland, Thorleif, Dr.philos.	Om å vokse opp på barnehjem og på sykehus. En undersøkelse av barnehjemsbarns opplevelser på barnehjem sammenholdt med sanatoriebarns beskrivelse av langvarige sykehusopphold – og et forsøk på forklaring.
	Wadel, Carl Cato, Dr.philos.	Medarbeidersamhandling og medarbeiderledelse i en lagbasert organisasjon
	Vinje, Hege Forbech, PhD	Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses
	Noort, Maurits van den, PhD	Working memory capacity and foreign language acquisition
<b>2008</b>	Brevik, Kyrre, Dr.psychol.	The Adjustment of Children and Adolescents in Different Post-Divorce Family Structures. A Norwegian Study of Risks and Mechanisms.
<b>V</b>	Johnsen, Grethe E., PhD	Memory impairment in patients with posttraumatic stress disorder
	Sætrevik, Bjørn, PhD	Cognitive Control in Auditory Processing
	Carvalho, Susana Fonseca, PhD	Prevention of bullying in schools: an ecological model
<b>2008</b>	Brønnick, Kolbjørn Selvåg	Attentional dysfunction in dementia associated with Parkinson's disease.
<b>H</b>	Posserud, Maj-Britt Rocio	Epidemiology of autism spectrum disorders
	Haug, Ellen	Multilevel correlates of physical activity in the school setting
	Skjerve, Arvid	Assessing mild dementia – a study of brief cognitive tests.

	Kjønniksen, Lise	The association between adolescent experiences in physical activity and leisure time physical activity in adulthood: a ten year longitudinal study
	Gundersen, Hilde	The effects of alcohol and expectancy on brain function
	Omvik, Siri	Insomnia – a night and day problem
<b>2009 V</b>	Molde, Helge	Pathological gambling: prevalence, mechanisms and treatment outcome.
	Foss, Else	Den omsorgsfulle væremåte. En studie av voksnes væremåte i forhold til barn i barnehagen.
	Westrheim, Kariane	Education in a Political Context: A study of Knowledge Processes and Learning Sites in the PKK.
	Wehling, Eike	Cognitive and olfactory changes in aging
	Wangberg, Silje C.	Internet based interventions to support health behaviours: The role of self-efficacy.
	Nielsen, Morten B.	Methodological issues in research on workplace bullying. Operationalisations, measurements and samples.
	Sandu, Anca Larisa	MRI measures of brain volume and cortical complexity in clinical groups and during development.
	Guribye, Eugene	Refugees and mental health interventions
	Sørensen, Lin	Emotional problems in inattentive children – effects on cognitive control functions.
	Tjomsland, Hege E.	Health promotion with teachers. Evaluation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools: Quantitative and qualitative analyses of predisposing, reinforcing and enabling conditions related to teacher participation and program sustainability.
	Helleve, Ingrid	Productive interactions in ICT supported communities of learners
<b>2009 H</b>	Skorpen, Aina Øye, Christine	Dagliglivet i en psykiatrisk institusjon: En analyse av miljøterapeutiske praksiser
	Andreassen, Cecilie Schou	WORKAHOLISM – Antecedents and Outcomes
	Stang, Ingun	Being in the same boat: An empowerment intervention in breast cancer self-help groups
	Sequeira, Sarah Dorothee Dos Santos	The effects of background noise on asymmetrical speech perception
	Kleiven, Jo, dr.philos.	The Lillehammer scales: Measuring common motives for vacation and leisure behavior
	Jónsdóttir, Guðrún	Dubito ergo sum? Ni jenter møter naturfaglig kunnskap.
	Hove, Oddbjørn	Mental health disorders in adults with intellectual disabilities - Methods of assessment and prevalence of mental health disorders and problem behaviour
	Wageningen, Heidi Karin van	The role of glutamate on brain function

	Bjørkvik, Jofrid	God nok? Selvaktelse og interpersonlig fungering hos pasienter innen psykisk helsevern: Forholdet til diagnoser, symptomer og behandlingsutbytte
	Andersson, Martin	A study of attention control in children and elderly using a forced-attention dichotic listening paradigm
	Almås, Aslaug Grov	Teachers in the Digital Network Society: Visions and Realities. A study of teachers' experiences with the use of ICT in teaching and learning.
	Ulvik, Marit	Lærerutdanning som dannning? Tre stemmer i diskusjonen
<b>2010</b>	Skår, Randi	Læringsprosesser i sykepleieres profesjonsutøvelse. En studie av sykepleieres læringserfaringer.
<b>V</b>	Roald, Knut	Kvalitetsvurdering som organisasjonslæring mellom skole og skoleeigar
	Lunde, Linn-Heidi	Chronic pain in older adults. Consequences, assessment and treatment.
	Danielsen, Anne Grete	Perceived psychosocial support, students' self-reported academic initiative and perceived life satisfaction
	Hysing, Mari	Mental health in children with chronic illness
	Olsen, Olav Kjellevoid	Are good leaders moral leaders? The relationship between effective military operational leadership and morals
	Riese, Hanne	Friendship and learning. Entrepreneurship education through mini-enterprises.
	Holthe, Asle	Evaluating the implementation of the Norwegian guidelines for healthy school meals: A case study involving three secondary schools
<b>H</b>	Hauge, Lars Johan	Environmental antecedents of workplace bullying: A multi-design approach
	Bjørkelo, Brita	Whistleblowing at work: Antecedents and consequences
	Reme, Silje Endresen	Common Complaints – Common Cure? Psychiatric comorbidity and predictors of treatment outcome in low back pain and irritable bowel syndrome
	Helland, Wenche Andersen	Communication difficulties in children identified with psychiatric problems
	Beneventi, Harald	Neuronal correlates of working memory in dyslexia
	Thygesen, Elin	Subjective health and coping in care-dependent old persons living at home
	Aanes, Mette Marthinussen	Poor social relationships as a threat to belongingness needs. Interpersonal stress and subjective health complaints: Mediating and moderating factors.
	Anker, Morten Gustav	Client directed outcome informed couple therapy



	Bull, Torill	Combining employment and child care: The subjective well-being of single women in Scandinavia and in Southern Europe
	Viig, Nina Grieg	Tilrettelegging for læreres deltakelse i helsefremmende arbeid. En kvalitativ og kvantitativ analyse av sammenhengen mellom organisatoriske forhold og læreres deltakelse i utvikling og implementering av Europeisk Nettverk av Helsefremmende Skoler i Norge
	Wolff, Katharina	To know or not to know? Attitudes towards receiving genetic information among patients and the general public.
	Ogden, Terje, dr.philos.	Familiebasert behandling av alvorlige atferdsproblemer blant barn og ungdom. Evaluering og implementering av evidensbaserte behandlingsprogrammer i Norge.
	Solberg, Mona Elin	Self-reported bullying and victimisation at school: Prevalence, overlap and psychosocial adjustment.
<b>2011</b>	Bye, Hege Høivik	Self-presentation in job interviews. Individual and cultural differences in applicant self-presentation during job interviews and hiring managers' evaluation
<b>V</b>	Notelaers, Guy	Workplace bullying. A risk control perspective.
	Moltu, Christian	Being a therapist in difficult therapeutic impasses. A hermeneutic phenomenological analysis of skilled psychotherapists' experiences, needs, and strategies in difficult therapies ending well.
	Myrseth, Helga	Pathological Gambling - Treatment and Personality Factors
	Schanche, Elisabeth	From self-criticism to self-compassion. An empirical investigation of hypothesized change processes in the Affect Phobia Treatment Model of short-term dynamic psychotherapy for patients with Cluster C personality disorders.
	Våpenstad, Eystein Victor, dr.philos.	Det tempererte nærvær. En teoretisk undersøkelse av psykoterapeutens subjektivitet i psykoanalyse og psykoanalytisk psykoterapi.
	Haukebø, Kristin	Cognitive, behavioral and neural correlates of dental and intra-oral injection phobia. Results from one treatment and one fMRI study of randomized, controlled design.
	Harris, Anette	Adaptation and health in extreme and isolated environments. From 78°N to 75°S.
	Bjørknes, Ragnhild	Parent Management Training-Oregon Model: intervention effects on maternal practice and child behavior in ethnic minority families
	Mamen, Asgeir	Aspects of using physical training in patients with substance dependence and additional mental distress
	Espevik, Roar	Expert teams: Do shared mental models of team members make a difference
	Haara, Frode Olav	Unveiling teachers' reasons for choosing practical activities in mathematics teaching

<b>2011</b> <b>H</b>	Hauge, Hans Abraham	How can employee empowerment be made conducive to both employee health and organisation performance? An empirical investigation of a tailor-made approach to organisation learning in a municipal public service organisation.
	Melkevik, Ole Rogstad	Screen-based sedentary behaviours: pastimes for the poor, inactive and overweight? A cross-national survey of children and adolescents in 39 countries.
	Vøllestad, Jon	Mindfulness-based treatment for anxiety disorders. A quantitative review of the evidence, results from a randomized controlled trial, and a qualitative exploration of patient experiences.
	Tolo, Astrid	Hvordan blir lærerkompetanse konstruert? En kvalitativ studie av PPU-studenters kunnskapsutvikling.
	Saus, Evelyn-Rose	Training effectiveness: Situation awareness training in simulators
	Nordgreen, Tine	Internet-based self-help for social anxiety disorder and panic disorder. Factors associated with effect and use of self-help.
	Munkvold, Linda Helen	Oppositional Defiant Disorder: Informant discrepancies, gender differences, co-occurring mental health problems and neurocognitive function.
	Christiansen, Øivin	Når barn plasseres utenfor hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner. Under barnevernets (ved)tak.
	Brunborg, Geir Scott	Conditionability and Reinforcement Sensitivity in Gambling Behaviour
	Hystad, Sigurd William	Measuring Psychological Resiliency: Validation of an Adapted Norwegian Hardiness Scale
<b>2012</b> <b>V</b>	Roness, Dag	Hvorfor bli lærer? Motivasjon for utdanning og utøving.
	Fjermestad, Krister Westlye	The therapeutic alliance in cognitive behavioural therapy for youth anxiety disorders
	Jenssen, Eirik Sørnes	Tilpasset opplæring i norsk skole: politikeres, skolelederes og læreres handlingsvalg
	Saksvik-Lehouillier, Ingvild	Shift work tolerance and adaptation to shift work among offshore workers and nurses
	Johansen, Venke Frederike	Når det intime blir offentlig. Om kvinners åpenhet om brystkreft og om markedsføring av brystkreftsaken.
	Herheim, Rune	Pupils collaborating in pairs at a computer in mathematics learning: investigating verbal communication patterns and qualities
	Vie, Tina Løkke	Cognitive appraisal, emotions and subjective health complaints among victims of workplace bullying: A stress-theoretical approach
	Jones, Lise Øen	Effects of reading skills, spelling skills and accompanying efficacy beliefs on participation in education. A study in Norwegian prisons.

<b>2012</b> <b>H</b>	Danielsen, Yngvild Sørebo	Childhood obesity – characteristics and treatment. Psychological perspectives.
	Horverak, Jøri Gytre	Sense or sensibility in hiring processes. Interviewee and interviewer characteristics as antecedents of immigrant applicants' employment probabilities. An experimental approach.
	Jøsendal, Ola	Development and evaluation of BE smokeFREE, a school-based smoking prevention program
	Osnes, Berge	Temporal and Posterior Frontal Involvement in Auditory Speech Perception
	Drageset, Sigrunn	Psychological distress, coping and social support in the diagnostic and preoperative phase of breast cancer
	Aasland, Merethe Schanke	Destructive leadership: Conceptualization, measurement, prevalence and outcomes
	Bakibinga, Pauline	The experience of job engagement and self-care among Ugandan nurses and midwives
	Skogen, Jens Christoffer	Foetal and early origins of old age health. Linkage between birth records and the old age cohort of the Hordaland Health Study (HUSK)
	Leveresen, Ingrid	Adolescents' leisure activity participation and their life satisfaction: The role of demographic characteristics and psychological processes
	Hanss, Daniel	Explaining sustainable consumption: Findings from cross-sectional and intervention approaches
Rød, Per Arne	Barn i klem mellom foreldrekonflikter og samfunnsmessig beskyttelse	
<b>2013</b> <b>V</b>	Mentzoni, Rune Aune	Structural Characteristics in Gambling
	Knudsen, Ann Kristin	Long-term sickness absence and disability pension award as consequences of common mental disorders. Epidemiological studies using a population-based health survey and official ill health benefit registries.
	Strand, Mari	Emotional information processing in recurrent MDD
	Veseth, Marius	Recovery in bipolar disorder. A reflexive-collaborative exploration of the lived experiences of healing and growth when battling a severe mental illness
	Mæland, Silje	Sick leave for patients with severe subjective health complaints. Challenges in general practice.
	Mjaaland, Thera	At the frontiers of change? Women and girls' pursuit of education in north-western Tigray, Ethiopia
	Odéen, Magnus	Coping at work. The role of knowledge and coping expectancies in health and sick leave.
	Hynninen, Kia Minna Johanna	Anxiety, depression and sleep disturbance in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Associations, prevalence and effect of psychological treatment.

	Flo, Elisabeth	Sleep and health in shift working nurses
	Aasen, Elin Margrethe	From paternalism to patient participation? The older patients undergoing hemodialysis, their next of kin and the nurses: a discursive perspective on perception of patient participation in dialysis units
	Ekornås, Belinda	Emotional and Behavioural Problems in Children: Self-perception, peer relationships, and motor abilities
	Corbin, J. Hope	North-South Partnerships for Health: Key Factors for Partnership Success from the Perspective of the KIWAKKUKI
	Birkeland, Marianne Skogbrott	Development of global self-esteem: The transition from adolescence to adulthood
<b>2013</b>	Gianella-Malca, Camila	Challenges in Implementing the Colombian Constitutional Court's Health-Care System Ruling of 2008
<b>H</b>	Hovland, Anders	Panic disorder – Treatment outcomes and psychophysiological concomitants
	Mortensen, Øystein	The transition to parenthood – Couple relationships put to the test
	Årdal, Guro	Major Depressive Disorder – a Ten Year Follow-up Study. Inhibition, Information Processing and Health Related Quality of Life
	Johansen, Rino Bandlitz	The impact of military identity on performance in the Norwegian armed forces
	Bøe, Tormod	Socioeconomic Status and Mental Health in Children and Adolescents
<b>2014</b>	Nordmo, Ivar	Gjennom nåløyet – studenters læringserfaringer i psykologutdanningen
<b>V</b>	Dovran, Anders	Childhood Trauma and Mental Health Problems in Adult Life
	Hegelstad, Wenche ten Velden	Early Detection and Intervention in Psychosis: A Long-Term Perspective
	Urheim, Ragnar	Forståelse av pasientaggresjon og forklaringer på nedgang i voldsrater ved Regional sikkerhetsavdeling, Sandviken sykehus
	Kinn, Liv Grethe	Round-Trips to Work. Qualitative studies of how persons with severe mental illness experience work integration.
	Rød, Anne Marie Kinn	Consequences of social defeat stress for behaviour and sleep. Short-term and long-term assessments in rats.
	Nygård, Merethe	Schizophrenia – Cognitive Function, Brain Abnormalities, and Cannabis Use
	Tjora, Tore	Smoking from adolescence through adulthood: the role of family, friends, depression and socioeconomic status. Predictors of smoking from age 13 to 30 in the "The Norwegian Longitudinal Health Behaviour Study" (NLHB)
	Vangsnes, Vigdis	The Dramaturgy and Didactics of Computer Gaming. A Study of a Medium in the Educational Context of Kindergartens.

	Nordahl, Kristin Berg	Early Father-Child Interaction in a Father-Friendly Context: Gender Differences, Child Outcomes, and Protective Factors related to Fathers' Parenting Behaviors with One-year-olds
<b>2014 H</b>	Sandvik, Asle Makoto	Psychopathy – the heterogenety of the construct
	Skotheim, Siv	Maternal emotional distress and early mother-infant interaction: Psychological, social and nutritional contributions
	Halleland, Helene Barone	Executive Functioning in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). From basic mechanisms to functional outcome.
	Halvorsen, Kirsti Vindal	Partnerskap i lærerutdanning, sett fra et økologisk perspektiv
	Solbue, Vibeke	Dialogen som visker ut kategorier. En studie av hvilke erfaringer innvandrerdommer og norskfødte med innvandrerforeldre har med videregående skole. Hva forteller ungdommenes erfaringer om videregående skoles håndtering av etniske ulikheter?
	Kvalevaag, Anne Lise	Fathers' mental health and child development. The predictive value of fathers' psychological distress during pregnancy for the social, emotional and behavioural development of their children
	Sandal, Ann Karin	Ungdom og utdanningsval. Om elevar sine opplevingar av val og overgangsprossessar.
	Haug, Thomas	Predictors and moderators of treatment outcome from high- and low-intensity cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. Association between patient and process factors, and the outcome from guided self-help, stepped care, and face-to-face cognitive behavioral therapy.
	Sjølie, Hege	Experiences of Members of a Crisis Resolution Home Treatment Team. Personal history, professional role and emotional support in a CRHT team.
	Falkenberg, Liv Eggset	Neuronal underpinnings of healthy and dysfunctional cognitive control
Mrdalj, Jelena	The early life condition. Importance for sleep, circadian rhythmicity, behaviour and response to later life challenges	
Hesjedal, Elisabeth	Tverrprofesjonelt samarbeid mellom skule og barnevern: Kva kan støtte utsette barn og unge?	
<b>2015 V</b>	Hauken, May Aasebø	« <i>The cancer treatment was only half the work!</i> » A Mixed-Method Study of Rehabilitation among Young Adult Cancer Survivors
	Ryland, Hilde Katrin	Social functioning and mental health in children: the influence of chronic illness and intellectual function
	Rønsen, Anne Kristin	Vurdering som profesjonskompetanse. Refleksjonsbasert utvikling av læreres kompetanse i formativ vurdering

	Hoff, Helge Andreas	Thinking about Symptoms of Psychopathy in Norway: Content Validation of the Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) Model in a Norwegian Setting
	Schmid, Marit Therese	Executive Functioning in recurrent- and first episode Major Depressive Disorder. Longitudinal studies
	Sand, Liv	Body Image Distortion and Eating Disturbances in Children and Adolescents
	Matanda, Dennis Juma	Child physical growth and care practices in Kenya: Evidence from Demographic and Health Surveys
	Amugsi, Dickson Abanimi	Child care practices, resources for care, and nutritional outcomes in Ghana: Findings from Demographic and Health Surveys
	Jakobsen, Hilde	The good beating: Social norms supporting men's partner violence in Tanzania
	Sagoe, Dominic	Nonmedical anabolic-androgenic steroid use: Prevalence, attitudes, and social perception
	Eide, Helene Marie Kjærgård	Narrating the relationship between leadership and learning outcomes. A study of public narratives in the Norwegian educational sector.
<b>2015</b>	Wubs, Annegreet Gera	Intimate partner violence among adolescents in South Africa and Tanzania
<b>H</b>	Hjelmervik, Helene Susanne	Sex and sex-hormonal effects on brain organization of fronto-parietal networks
	Dahl, Berit Misund	The meaning of professional identity in public health nursing
	Røykenes, Kari	Testangst hos sykepleierstudenter: «Alternativ behandling»
	Bless, Josef Johann	The smartphone as a research tool in psychology. Assessment of language lateralization and training of auditory attention.
	Løvvik, Camilla Margrethe Sigvaldsen	Common mental disorders and work participation – the role of return-to-work expectations
	Lehmann, Stine	Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors
	Knapstad, Marit	Psychological factors in long-term sickness absence: the role of shame and social support. Epidemiological studies based on the Health Assets Project.
<b>2016</b>	Kvestad, Ingrid	Biological risks and neurodevelopment in young North Indian children
<b>V</b>	Sælør, Knut Tore	Hinderløyper, halmstrå og hengende snører. En kvalitativ studie av håp innenfor psykisk helse- og rusfeltet.
	Mellingen, Sonja	Alkoholbruk, partilfredshet og samlivsstatus. Før, inn i, og etter svangerskapet – korrelerer eller konsekvenser?
	Thun, Eirunn	Shift work: negative consequences and protective factors

	Hilt, Line Torbjørnsen	The borderlands of educational inclusion. Analyses of inclusion and exclusion processes for minority language students
	Havnen, Audun	Treatment of obsessive-compulsive disorder and the importance of assessing clinical effectiveness
	Slåtten, Hilde	Gay-related name-calling among young adolescents. Exploring the importance of the context.
	Ree, Eline	Staying at work. The role of expectancies and beliefs in health and workplace interventions.
	Morken, Frøydis	Reading and writing processing in dyslexia
<b>2016</b>	Løvoll, Helga Synnevåg	Inside the outdoor experience. On the distinction between pleasant and interesting feelings and their implication in the motivational process.
<b>H</b>	Hjeltnes, Aslak	Facing social fears: An investigation of mindfulness-based stress reduction for young adults with social anxiety disorder
	Øyeflaten, Irene Larsen	Long-term sick leave and work rehabilitation. Prognostic factors for return to work.
	Henriksen, Roger Ekeberg	Social relationships, stress and infection risk in mother and child
	Johnsen, Iren	«Only a friend» - The bereavement process of young adults who have lost a friend to a traumatic death. A mixed methods study.
	Helle, Siri	Cannabis use in non-affective psychoses: Relationship to age at onset, cognitive functioning and social cognition
	Glabæk, Mats	Workplace bullying and expulsion in working life. A representative study addressing prospective associations and explanatory conditions.
	Oanes, Camilla Jensen	Tilbakemelding i terapi. På hvilke måter opplever terapeuter at tilbakemeldingsprosedyrer kan virke inn på terapeutiske praksiser?
	Reknes, Iselin	Exposure to workplace bullying among nurses: Health outcomes and individual coping
	Chimhutu, Victor	Results-Based Financing (RBF) in the health sector of a low-income country. From agenda setting to implementation: The case of Tanzania
	Ness, Ingunn Johanne	The Room of Opportunity. Understanding how knowledge and ideas are constructed in multidisciplinary groups working with developing innovative ideas.
	Hollekim, Ragnhild	Contemporary discourses on children and parenting in Norway. An empirical study based on two cases.
	Doran, Rouven	Eco-friendly travelling: The relevance of perceived norms and social comparison
<b>2017</b>	Katisi, Masego	The power of context in health partnerships: Exploring synergy and antagonism between external and internal ideologies in implementing Safe Male Circumcision (SMC) for HIV prevention in Botswana
<b>V</b>		

	Jamaludin, Nor Lelawati Binti	The “why” and “how” of International Students’ Ambassadorship Roles in International Education
	Berthelsen, Mona	Effects of shift work and psychological and social work factors on mental distress. Studies of onshore/offshore workers and nurses in Norway.
	Krane, Vibeke	Lærer-elev-relasjoner, elevers psykiske helse og frafall i videregående skole – en eksplorerende studie om samarbeid og den store betydningen av de små ting
	Søvik, Margaret Ljosnes	Evaluating the implementation of the Empowering Coaching™ program in Norway
	Tonheim, Milfrid	A troublesome transition: Social reintegration of girl soldiers returning ‘home’
	Senneseth, Mette	Improving social network support for partners facing spousal cancer while caring for minors. A randomized controlled trial.
	Urke, Helga Bjørnøy	Child health and child care of very young children in Bolivia, Colombia and Peru.
	Bakhturidze, George	Public Participation in Tobacco Control Policy-making in Georgia
	Fismen, Anne-Siri	Adolescent eating habits. Trends and socio-economic status.
<b>2017 H</b>	Hagatun, Susanne	Internet-based cognitive-behavioural therapy for insomnia. A randomised controlled trial in Norway.
	Eichele, Heike	Electrophysiological Correlates of Performance Monitoring in Children with Tourette Syndrome. A developmental perspective.
	Risan, Ulf Patrick	Accommodating trauma in police interviews. An exploration of rapport in investigative interviews of traumatized victims.
	Sandhåland, Hilde	Safety on board offshore vessels: A study of shipboard factors and situation awareness
	Blågestad, Tone Fidje	Less pain – better sleep and mood? Interrelatedness of pain, sleep and mood in total hip arthroplasty patients
	Kronstad, Morten	Frå skulebenk til deadlines. Korleis nettjournalistar og journaliststudentar lærer, og korleis dei utviklar journalistfagleg kunnskap
	Vedaa, Øystein	Shift work: The importance of sufficient time for rest between shifts.
	Steine, Iris Mulders	Predictors of symptoms outcomes among adult survivors of sexual abuse: The role of abuse characteristics, cumulative childhood maltreatment, genetic variants, and perceived social support.
	Høgheim, Sigve	Making math interesting: An experimental study of interventions to encourage interest in mathematics



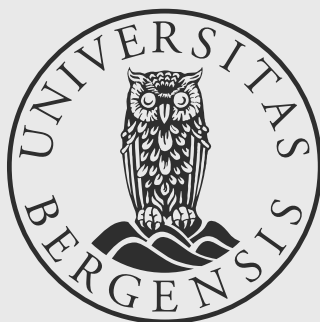
<b>2018</b> <b>V</b>	Brevik, Erlend Joramo	Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Beyond the Core Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
	Erevik, Eilin Kristine	User-generated alcohol-related content on social media: Determinants and relation to offline alcohol use
	Hagen, Egon	Cognitive and psychological functioning in patients with substance use disorder; from initial assessment to one-year recovery
	Adólfssdóttir, Steinunn	Subcomponents of executive functions: Effects of age and brain maturations
	Brattabø, Ingfrid Vaksdal	Detection of child maltreatment, the role of dental health personnel – A national cross-sectional study among public dental health personnel in Norway
	Fylkesnes, Marte Knag	Frykt, forhandlinger og deltakelse. Ungdommer og foreldre med etnisk minoritetsbakgrunn i møte med den norske barnevernstjenesten.
	Stiegler, Jan Reidar	Processing emotions in emotion-focused therapy. Exploring the impact of the two-chair dialogue intervention.
	Egelandsdal, Kjetil	Clickers and Formative Feedback at University Lectures. Exploring students and teachers' reception and use of feedback from clicker interventions.
	Torjussen, Lars Petter Storm	Foreningen av visdom og veltalenhet – utkast til en universitetsdidaktikk gjennom en kritikk og videreføring av Skjervheims pedagogiske filosofi på bakgrunn av Arendt og Foucault. <i>Eller hvorfor menneskelivet er mer som å spille fløyte enn å bygge et hus.</i>
Selvik, Sabreen	A childhood at refugees. Children with multiple relocations at refugees for abused women.	
<b>2018</b> <b>H</b>	Leino, Tony Mathias	Structural game characteristics, game features, financial outcomes and gambling behaviour
	Raknes, Solfrid	Anxious Adolescents: Prevalence, Correlates, and Preventive Cognitive Behavioural Interventions
	Morken, Katharina Teresa Enehaug	Mentalization-based treatment of female patients with severe personality disorder and substance use disorder
	Braatveit, Kirsten Johanne	Intellectual disability among in-patients with substance use disorders
	Barua, Padmaja	Unequal Interdependencies: Exploring Power and Agency in Domestic Work Relations in Contemporary India
	Darkwah, Ernest	Caring for "parentless" children. An exploration of work-related experiences of caregivers in children's homes in Ghana.
	Valdersnes, Kjersti Bergheim	Safety Climate perceptions in High Reliability Organizations – the role of Psychological Capital

<b>2019</b> <b>V</b>	Kongsgården, Petter	Vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer. En undersøkelse av læreres vurderingspraksiser i teknologirike læringsmiljøer og implikasjoner på elevenes medvirkning i egen læringsprosess.
	Vikene, Kjetil	Complexity in Rhythm and Parkinson's disease: Cognitive and Neuronal Correlates
	Heradstveit, Ove	Alcohol- and drug use among adolescents. School-related problems, childhood mental health problems, and psychiatric diagnoses.





Grafisk design: Kommunikasjonsevidlingen, UIB / Trykk: Skjerve Kommunikasjon AS



uib.no

ISBN: 978-82-308-3012-3