

Hvordan er ulike variabler ved familien, foreldrene og barnet relatert til familiers utbytte av PMTO-rådgivning?

Mats Johansen



Masteroppgave i pedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet
Pedagogisk forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2010

© **Mats Johansen, 2010**

Hvordan er ulike variabler ved familien, foreldrene og barnet relatert til familiers utbytte av PMTO-rådgivning?

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

HVORDAN ER ULIKE VARIABLER VED FAMILIEN,
FORELDRENE OG BARNET RELATERT TIL
FAMILIERS UTBYTTE AV PMTO-RÅDGIVNING?

AV:

JOHANSEN, Mats

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogikk
Pedagogisk-psykologisk rådgivning

SEMESTER:

Høsten 2010

STIKKORD:

Atferdsproblemer
PMTO-rådgivning
Familiers utbytte

Sammendrag

Problemområde og problemstilling

Barn som viser alvorlige atferdsproblemer i ung alder har betydelig høyere risiko for problemer med antisosial atferd, kriminalitet og psykiske vansker i voksen alder. I løpet av det siste tiåret er det i Norge implementert flere evidensbaserte tiltaksprogrammer og metoder (som retter seg både mot familier og skoler/barnehager) for forebygging og behandling av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge. Et av disse er PMTO-rådgivning, som er et korttidsorientert hjelpetiltak for familier med barn i alderen 3-12 år som har mindre omfattende atferdsproblemer eller står i fare for å utvikle atferdsproblemer. Metoden er utarbeidet på grunnlag av et mangeårig forskningsarbeid ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA og er basert på ”social interaction learning theory”. Målet er å hindre en negativ utvikling hos barnet ved å øke foreldrenes kompetanse i å forebygge og redusere atferdsproblemer, og fremme prososial atferd og sosiale ferdigheter hos barnet. En nylig gjennomført studie har vist at PMTO-rådgivning har god effekt sammenlignet med andre hjelpetiltak ved at det minsket barnas atferdsproblemer og økte deres sosiale kompetanse, samt bedret foreldrenes foreldrepraksis. Selv om PMTO-rådgivning ga positive effekter, var det av interesse å undersøke familiene i studien nærmere for å se om det var forskjeller ved de som hadde hatt et positivt utbytte og de som hadde hatt et negativt eller nøytralt utbytte. Dette kan bidra til å øke forståelsen av hvem tiltaket virker best for og om det er muligheter for eventuelle forbedringer av tiltaket. Hensikten med denne undersøkelsen var således å undersøke om faktorer knyttet til familiene, foreldrene og barna har sammenheng med utbyttet av PMTO-rådgivning. Det ble formulert følgende problemstilling:

Hvordan er ulike variabler relatert til familienes utbytte av PMTO-rådgivning?

Innenfor problemstillingen ble det valgt å analysere følgende tre hovedområder:

- 1) Familiens bakgrunn.**
- 2) Foreldrepraksis og foreldrenes mentale helse før rådgivningen.**
- 3) Barnets problematferd, sosiale kompetanse og angst/depresjon før rådgivningen.**

Data og metode

Det ble gjort analyser av datamaterialet fra den tidligere omtalte studien av effekten av PMTO-rådgivning. Deltakerne i min undersøkelse bestod av 95 familier med barn i alderen 3-12 år der foreldrene deltok i PMTO-rådgivning. Utvalget ble vurdert som representativt for populasjonen (altså familier som søker hjelp i forhold til atferdsproblemer hos sitt barn i alderen 3-12 år). Data innenfor de tre hovedområdene ble innsamlet fra én av foreldrene både før og etter tiltaket. I tråd med hva som er hovedmålet for tiltaket, ble vurderingen av utfallet definert ut fra graden av reduserte atferdsproblemer hos barnet, kombinert med alvorlighetsgraden av atferdsproblemer (innenfor klinisk område eller ikke) før og etter tiltaket. Utvalget ble delt inn i fire grupper med ulike utfall: 1) Svært positivt resultat, 2) positivt resultat, 3) nøytralt resultat og 4) negativt resultat. Det ble foretatt enveis ANOVA (variansanalyse) for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom gruppene på en rekke utvalgte variabler innenfor de tre hovedområdene.

Resultater

Det ble ikke funnet signifikante forskjeller på noen av variablene knyttet til familienes bakgrunn. Resultatene ga derfor ingen holdepunkter for å hevde at sosioøkonomisk bakgrunn (utdanning, inntekt, sivil status) kan predikere utfallet av tiltaket. Selv om det ble funnet tendenser til at familier med gutter og familier med yngre foreldre i større grad reduserte atferdsproblemer hos barnet, var det ut fra resultatene ikke grunnlag for å slå fast at slike variabler kan predikere utfallet av tiltaket. Det ble også funnet en tendens til at barna i familiene med nøytralt utbytte var yngre sammenlignet med de andre gruppene, men heller ikke dette ga grunnlag for generaliseringer.

Det ble ikke funnet tolkbare forskjeller knyttet til foreldrepraksis før rådgivningen, noe som indikerte at foreldrenes kompetanse i samhandlingen med barnet før oppstart ikke hadde betydning for deres profittering på tiltaket. Det ble imidlertid funnet signifikante forskjeller mellom gruppene i form av at foreldrene (fortrinnsvis mødre) i familiene med dårlig utbytte av tiltaket (negativt resultat) hadde dårligere mental helse (angst/depresjon) før rådgivningen i forhold til de resterende gruppene.

Når det gjaldt variabler knyttet til barna, ga resultatene ingen indikasjoner på at tiltaket var bedre egnet for familier med barn som i utgangspunktet viste en mindre grad av

atferdsproblemer enn for større, eller vice versa. Det samme gjaldt for barnets sosiale kompetanse. Resultatene ga imidlertid, på samme måte som hos foreldrene, en indikasjon på at barnets angst/depresjon kan påvirke utfallet av tiltaket. I gruppen med negativt resultat viste barna en signifikant større grad av angst/depresjon enn i gruppen med nøytralt resultat (uten endring), en forskjell som også viste seg som en tendens (ikke signifikant) i forhold til gruppene med positivt resultat.

Hovedkonklusjoner og praktiske implikasjoner

Funnene indikerer at det er få variabler knyttet til familiens bakgrunn, foreldrepraksis og barnets atferd som er relatert til familiens utbytte av PMTO-rådgivning. Likevel kan det se ut som at tiltaket kan gi et dårligere utbytte for familier der mødrene har høyere grad av angst/depresjon (samtidig som barnet viser høy grad av atferdsproblemer) før oppstart. Det foreslås derfor en noe utvidet kartlegging av familiene (i tillegg til å kartlegge barnets atferd) for å kunne avdekke slike forhold før PMTO-rådgivning iverksettes som tiltak. For familier som skårer høyt på angst/depresjon hos mor og/eller barnet, bør det vurderes om de bør tilbys supplerende tiltak for dette i tillegg til PMTO-rådgivning. Alternativt om de i stedet for PMTO-rådgivning bør få tilbud om PMTO-behandling, som gir muligheter for mer helhetlig og langsiktig hjelp. Samtidig indikerer resultatene at PMTO-rådgivning er et tiltak som familiene innenfor målgruppen kan profitere på, uavhengig av foreldrepraksis og omfanget av barnets atferdsproblemer før oppstart.

Forord

Takk til Atferdssenteret for at jeg har fått lov til å benytte data fra studien av PMTO-rådgivning. Spesielt takk til veileder John Kjøbli for god innsikt i problemområdet, konstruktive tilbakemeldinger og for at du var tilgjengelig under hele innspurten. Dette har vært inspirerende og bidratt til at arbeidet ble mer spennende.

Takk til Pedagogisk-psykologisk kontor i Lørenskog for positivitet og fleksibel permisjon, som har gjort det mulig å gjennomføre denne oppgaven ved siden av jobben.

Til slutt takk til Fabienne for all oppmuntring og støtte.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hva er atferdsproblemer?	2
1.1.1	Definisjon av atferdsproblemer	3
1.1.2	Ulike grader av og former for atferdsproblemer	3
1.1.3	Utviklingsmønstre og risikofaktorer	7
1.2	Teoretisk grunnlag for PMTO-rådgivning	10
1.2.1	Bakgrunn for “social interaction learning theory”	10
1.2.2	Interaksjonen mellom foreldre og barn (mikrososialt nivå).....	11
1.2.3	Videreutvikling av antisosial atferd	15
1.2.4	Kontekstens betydning for foreldrepraksis (makrososialt nivå)	16
1.3	PMTO-rådgivning	17
1.3.1	Hensikt og mål	18
1.3.2	Sentrale temaer.....	19
1.3.3	Arbeidsform	22
1.3.4	PMTO-rådgivning som en del av TIBIR.....	23
1.4	Empirisk bakgrunn	24
1.5	Problemstilling.....	26
2	Metode.....	28
2.1	Deltakere.....	28
2.2	Gjennomføring.....	30
2.3	Måleinstrumenter.....	30
2.4	Prosedyrer for analyse	33
2.4.1	Analyse av endring	33
2.4.2	Inndeling i grupper	35
2.4.3	Analyser av forskjeller mellom gruppene	36
3	Resultater.....	40
3.1	Frafall og utvalgets sammensetning	40
3.2	De inndelte gruppenes sammensetning	41
3.3	Variabler knyttet til familiens bakgrunn.....	43
3.3.1	Barnets alder.....	44
3.3.2	Andre bakgrunnsvariabler	44

3.4	Variabler knyttet til foreldrene	44
3.4.1	Foreldrepraksis	45
3.4.2	Foreldrenes mentale helse	45
3.5	Variabler knyttet til barnet.....	46
3.5.1	Barnets atferd og sosiale kompetanse	46
3.5.2	Barnets angst og depresjon.....	47
4	Diskusjon.....	48
4.1	Mors mentale helse relatert til familiers utbytte	49
4.2	Barnets angst og depresjon relatert til familiers utbytte	50
4.3	Bakgrunnsvariabler ved familien relatert til familiers utbytte.....	51
4.4	Foreldrepraksis relatert til familiers utbytte	52
4.5	Barnets atferd og sosiale kompetanse relatert til familiers utbytte.....	52
4.6	Undersøkelsens begrensninger	53
4.6.1	Mulige biaseffekter	53
4.6.2	Analyser av flere variabler	53
4.6.3	Langtidsvirkning	54
4.6.4	Skjevheter i utvalgets sammensetning og rapportering.....	55
4.7	Praktiske implikasjoner	55
	Litteraturliste	57

1 Innledning

Flere longitudinelle studier har vist at barn med alvorlige atferdsproblemer i ung alder har en betydelig høyere risiko for problemer med antisosial atferd (for eksempel aggresjon), kriminalitet og psykiske vansker i voksen alder (Moffitt, 2006). Som en følge av dårlige resultater ved tidligere tiltak og behandlingstilnæringer i Norge, ble det i 1997 utviklet en egen handlingsplan for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer (Solholm m.fl., 2005). Samme år ble det også arrangert en ekspertkonferanse om temaet, som blant annet resulterte i en anbefaling om å prøve ut evidensbaserte modeller for forebygging og behandling av atferdsproblemer. Ut fra dette ble det foreslått å prøve ut Parent Management Training – Oregon (PMTO) for aldersgruppen 4-12 år, Multisystemisk Terapi (MST) for ungdom i alderen 12-18 år og Webster Strattons ”De utrolige årene” for aldersgruppen 4-8 år. Bak anbefalingene lå en forståelse av at atferdsproblemer bør forebygges på et tidligst mulig tidspunkt, siden det er da muligheten til å stoppe eller redusere antisosial atferd er størst (Solholm m.fl., 2005; Patterson, 2002; Tremblay, 2006).

Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis (Atferdssenteret) har i ettertid hatt ansvaret for å implementere og evaluere disse programmene i Norge. Evalueringen av PMTO som behandlingsmetode har vist gode resultater både i form av redusert problematferd og økt sosial kompetanse hos barnet, og mer effektiv grensesetting fra foreldrene (Ogden og Amlund-Hagen, 2008). Dette tiltaket retter seg mot foreldre med barn som allerede har utviklet alvorlige atferdsproblemer og stiller således store krav til både ressursbruk og kompetanse. Samtidig er det mye som tyder på at det er enklere å snu negative atferdsmønstre ved å hjelpe familier før atferdsproblemen er alvorlige (Patterson, 2002; Tremblay, 2006). Det har derfor vært ønskelig å tilpasse og korte ned tiltaket, for på denne måten å kunne gi flere familier hjelp på et tidligere tidspunkt (Kjøbli og Ogden, 2010). Dette er bakgrunnen for utformingen av PMTO-rådgivning, som er basert på det samme teoretiske og forskningsmessige grunnlaget som behandlingsmetoden. PMTO-rådgivning består av 3-5 møter og gis av ansatte innenfor kommunens tjenestetilbud (PPT, Barneverntjenesten, helsestasjonen eller barnehage/skole). Fordelene med dette tiltaket er at det både er enklere å implementere (fordi det krever mindre opplæring og kompetanse) og billigere å drive. PMTO-rådgivning er derfor lettere å gjøre tilgjengelig enn behandlingsmetoden og kan bidra til å hjelpe familier på et tidlig tidspunkt og forebygge videre skjevutvikling hos barnet. Målgruppen er familier med barn i alderen 3-12 år, der barnet har mindre omfattende

atferdsproblemer eller står i fare for å utvikle atferdsproblemer, og/eller der foreldrene sliter med å ha en tilfredsstillende struktur og oppfølging av barnet. Målet med tiltaket er å redusere barnets atferdsproblemer ved å øke foreldrenes kompetanse i å forebygge og redusere atferdsproblemer og fremme prososial atferd og sosiale ferdigheter hos barnet.

En nylig gjennomført studie har vist at PMTO-rådgivning har god effekt ved avsluttet tiltak sammenlignet med andre hjelpetiltak (Kjøbli og Ogden, 2010). (Langtidseffektene av PMTO-rådgivning er under analyse.) Effekten bestod av at PMTO-rådgivning i større grad reduserte barnas atferdsproblemer og økte deres sosiale kompetanse, samt bedret foreldrepraksisen. Selv om PMTO-rådgivning ga positive effekter, vil det være interessant å undersøke familiene i studien nærmere for å se om det er forskjeller ved de som har hatt et positivt utbytte og de som har hatt et negativt eller nøytralt utbytte. Dette kan bidra til å øke forståelsen av hvem tiltaket virker best for og om det er muligheter for eventuelle forbedringer av tiltaket. Hensikten med denne undersøkelsen er således å undersøke om faktorer knyttet til familiene, foreldrene og barna er relatert til utbyttet av PMTO-rådgivning.

1.1 Hva er atferdsproblemer?

Både i dagligtale og innenfor ulike fagområder benyttes det en rekke mer eller mindre overlappende betegnelser for å beskrive atferdsproblemer blant barn og unge (Nordahl m.fl., 2005). Eksempler på slike er sosiale og emosjonelle vansker, tilpasningsvansker, psykososiale vansker, innagerende atferd, utagerende atferd og aggressiv atferd. Begrepsbruken gjenspeiler noe av kompleksiteten i atferd generelt og atferdsproblemer spesielt. Samtidig kan det hevdes at viktige deler av fenomenet kommer i bakgrunnen ved bruk av denne type betegnelser, da de har til felles at omtalen tar utgangspunkt i enkeltindividet. Svakheten ved dette er at årsaken til problemet ”automatisk” plasseres hos barnet, som tillegges bestemte egenskaper eller vansker. Som jeg skal vise nedenfor, retter mye av dagens forskning på barn og unges atferdsproblemer seg mot et bredere perspektiv enn det denne begrepsbruken skulle tilsi. En grunnleggende betingelse i så måte er at atferdsproblemer oppstår i samhandling med andre personer.

Atferdsproblemer benyttes likevel som begrep i denne oppgaven fordi det er etablert innenfor forskningsområdet. Nedenfor skal jeg forklare hvordan atferdsproblemer forstås i denne

oppgaven og redegjøre for perspektivet som ligger til grunn for en slik forståelse. Videre skal jeg beskrive noen trekk ved atferdsproblemer som er relevante for denne undersøkelsen.

1.1.1 Definisjon av atferdsproblemer

De fleste barn viser atferd som kan beskrives som problematferd i enkelte perioder eller i enkelte situasjoner i løpet av oppveksten, og det er ingen klare skillelinjer mellom hva som vurderes som normalatferd og problematferd (Nordahl m.fl., 2005). Ogden (2001) hevder at atferdsproblematikk må betraktes som sosialt definert og ikke et fenomen som eksisterer uavhengig av det sosiale og kulturelle fellesskapets verdier og normer. En slik forståelse gjør at atferd som betraktes som problematisk i én situasjon, ikke behøver å være det i en annen. Atferdsproblemer i denne oppgaven kjennetegnes derfor av at atferden bryter med allment aksepterte normer, verdier og forventninger i den grad at den hemmer eller ødelegger for fellesskapet og den samhandling som foregår der (Ogden, 2001). Som jeg skal komme inn på nedenfor, samsvarer en slik definisjon på atferdsproblemer med det teoretiske grunnlaget for PMTO-rådgivning som metode.

Atferdsproblemer i denne oppgaven omhandler et stort spekter av atferd, fra lettere former til mer alvorlige atferdsproblemer (se nedenfor). Dette kan illustreres slik: Mens det bakenforliggende målet med PMTO-rådgivning å forebygge at barn utvikler *alvorlige* atferdsproblemer, er målgruppen familier med barn som viser *tegn til begynnende* atferdsproblemer. En slik bredspektret forståelse av atferdsproblemer gjør det nødvendig å skille mellom grader av og former for problemer og de ulike sosiale sammenhengene som de forekommer i (Ogden, 2009). Å analysere atferden i lys av disse områdene kan gi et tydeligere bilde av alvorlighetsgraden av problematferden og om atferden representerer en skjevutvikling hos barnet.

1.1.2 Ulike grader av og former for atferdsproblemer

Ikke alle former for atferdsproblemer er like alvorlige. I et utviklingspsykologisk perspektiv kan atferdsproblemer beskrives langs en kontinuerlig linje uten klare overganger fra dagligdagse til mer alvorlige problemer (Ogden, 2009). Ut fra et slikt perspektiv viser Sørli (2000) til fem nøkkelfaktorer for differensiering mellom mer og mindre alvorlige atferdsproblemer: 1) Innslaget av antisosiale handlinger. 2) Grad av stabilitet. 3) I hvilken grad atferdsproblemen påvirker barnets sosiale fungering og prestasjoner i negativ retning

både i det daglige og på lengre sikt. 4) I hvilken grad atferden påfører andre mennesker og dyr alvorlig krenkelse, plage eller skade. 5) Grad av respons på voksenkontrollerte strategier for sosial påvirkning (for eksempel foreldrepraksis, hjelpetiltak i barnehage/skole, klinisk behandling). Jo flere antisosiale handlinger barnet viser, jo mer vedvarende problematferden er, jo flere kontekster og situasjoner atferden opptrer i, jo mer atferden hemmer barnets egen utvikling og læring, jo større negative konsekvenser atferden har for andre, jo mindre atferden lar seg påvirke av hva voksne gjør, dess alvorligere er atferdsproblemene. Moderate problemer kan beskrives som norm- og regelbrytende atferd, mens enkle problemer kan beskrives som udramatiske enkelthendelser som kan korrigeres ved enkle midler (Ogden, 2009).

Alvorlige atferdsproblemer

Betegnelsen alvorlige atferdsproblemer refererer til tilfeller der atferden over tid preges av et mønster av antisosiale handlinger i hjem, skole/barnehage eller nærmiljø som medfører betydelige problemer for andre mennesker (Nordahl m.fl., 2005). Atferden kjennetegnes ved store avvik fra aksepterte normer og regler for atferd og innebærer en alvorlig krenkelse av andres rettigheter (Ogden, 2009). Slike problemer omtales ofte som atferdsforstyrrelse eller antisosial atferd. Ved en medisinsk-diagnostisk tilnærming benyttes en diskontinuerlig vurderingsform ved at atferdsproblemene vurderes ut fra bestemte kriterier eller grenseverdier og i hvilken grad disse kriteriene innfris. Dermed kan problemene kategoriseres etter type, mengde og alvorlighetsgrad for å avgjøre hvilke barn som har alvorlige vansker. I Norge benyttes ofte diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD-10) for å bestemme om barnet oppfyller kliniske diagnoser og om det har behov for behandling (Ogden, 2009). Her brukes Atferdsforstyrrelser (Conduct disorders – CD) som et samlebegrep som viser til et gjentagende og vedvarende mønster av dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd, med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen. Herunder finnes det flere typer. Av disse kan det nevnes Atferdsforstyrrelse *begrenset til familien*, som benyttes i de tilfeller der atferden bare kommer til uttrykk i forhold til de nærmeste familiemedlemmene og ikke påvirker barnets sosiale forhold utenfor denne. Det viktigste skillet er likevel mellom CD og Opposisjonell atferdsforstyrrelse (Oppositional defiant disorder - ODD). ODD viser til problematferd hos barn som er yngre enn 9-10 år, med fravær av alvorlige usosiale eller aggressive handlinger. Det er imidlertid noe uklare skillelinjer både når det gjelder kvalitative og kvantitative kriterier mellom disse diagnosene. ODD kan derfor

både være en forløper til atferdsforstyrrelse, forekomme sammen med atferdsforstyrrelse eller anses som en mindre alvorlig variant av denne.

En svakhet med en slik diagnostisk inndeling er at den avgrensner problemer som i seg selv ikke er inndelt i kategorier (Ogden, 2009). Graden av problematferd hos barn kan som tidligere nevnt inndeles fra mindre til alvorlig, og ved en diagnostisk tilnærming må det velges et bestemt avgrensningspunkt. En slik kategorisering gir også inntrykk av at det dreier seg om klart avgrensede og stabile problemer, mens barn i virkeligheten både kan vokse av seg problemer og utvikle nye i løpet av oppveksten. Den kan således være lite egnet som grunnlag for identifisering av barn i risiko for utvikling av atferdsproblemer (Nordahl m.fl., 2005). Det er også en realitet at mange familier med barn som ikke hører inn under noen bestemt diagnosegruppe, likevel kan ha tydelige behov for hjelp til å håndtere barnets atferdsproblemer. (For eksempel hvis mor er deprimert eller at familien har gått igjennom en eller flere negative livshendelser.) Den største svakheten kan likevel sies å være at diagnoser i liten grad gir informasjon om hvordan problemene varierer med den sosiale konteksten som barnet befinner seg i. Dermed utelukkes kontekstuelle og systemiske forhold (som omtales nærmere nedenfor), som er påvist å ha vesentlig betydning i utviklingen av atferdsproblemer.

Omfang

I følge Nordahl m.fl. (2003) er det vanskelig å tallfeste hvor mange barn og unge som til enhver tid har alvorlige atferdsproblemer, eller som er i moderat eller høy risiko for å utvikle slike problemer. For det første har ikke Norge en landsdekkende oversikt over hvor mange barn som tilfredsstillter kriteriene for de ovennevnte diagnosene. For det andre er risikogrupperne i realiteten mindre stabilt sammensatt og mindre stabilt risikobelastede enn resultater fra enkeltstudier kan gi inntrykk av. Dessuten legger ulike studier forskjellige definisjoner, kriterier og måleinstrumenter til grunn for anslagene. Selv om det på denne måten er usikkerhetsmomenter vedrørende estimering av omfanget barn og unges atferdsproblemer i Norge, indikerer forskning at høyrisikogruppen er lavere i Norge enn i mange andre vestlige land (Sørli, 2000). Sørli (2000) anslo i en forskningsbasert kunnskapsstatus at 1-2 % av barn og unge i Norge trolig var i gruppen med høy risiko, mens 5-10 % ble ansett å være i gruppen med moderat risiko. Dette indikerer at antallet barn mellom 4 og 12 år med høy risiko er mellom 6,000 og 12,000 og med moderat risiko er

mellom 30,500 og 61,000 (SSB, 2010a). Dette viser at antallet familier innenfor målgruppen for PMTO-rådgivning er betydelig.

Eksternalisert og internalisert problematferd

En vanlig måte å skille mellom ulike former for atferdsproblemer er inndelingen av eksternalisert (utagerende) problematferd og internalisert (innagerende) problematferd (Nordahl m.fl., 2005). Flere undersøkelser har vist at omfanget av internalisert og eksternalisert problematferd blant barn og unge er omtrent like stort (Ogden, 1998; Sørli og Nordahl, 1998). Mens eksempler på eksternalisert problematferd kan være høylytte protester, sinneutbrudd og vold, viser internalisert problematferd til depresjon, sosial angst og tilbaketrekking (Ogden, 2009). Internalisert problematferd kan oppleves som problematisk i seg selv, men også som tilleggsproblemer til eksternalisert problematferd. Det finnes barn som både er deprimerte og voldelige, ensomme og sinte og som mobber andre og selv blir mobbet. Dette gjør at denne inndelingen mellom eksternalisert problematferd og internalisert problematferd ikke er tilstrekkelig (Nordahl m.fl., 2005). Videre har et slikt skille sitt utspring i studier av et lite omfang av barn og unge med mest alvorlige atferdsproblemer, og det kan derfor sies å være mindre egnet når det handler om atferdsproblemer i videre forstand.

Atferdsproblemer og sosial kompetanse

Sosial kompetanse kan beskrives som sosiale ferdigheter, samt kunnskap om hvordan og i hvilke situasjoner de kan anvendes (Ogden, 2009). Sosial kompetanse omfatter prososial atferd, men også selvregulering og atferd som har til hensikt å ivareta egne interesser. De viktigste dimensjonene er 1) kunnskap, 2) ferdigheter og 3) holdninger og motivasjon. Kunnskap omfatter viten om hvordan man handler sosialt kompetent og omfatter blant annet å ta andres perspektiv, å løse problemer sammen med andre og kritisk tenkning. Ut fra denne indre kunnskapen kan man vise sosiale ferdigheter i praksis sammen med andre. Holdninger og motivasjon representerer den emosjonelle delen av kompetansen, og bidrar til å styre den enkeltes oppmerksomhet og sosiale innsats.

På samme måte som for atferdsproblemer, er sosial kompetanse knyttet til normer og forventninger om sosialt verdsatt atferd i ulike miljøer (Ogden, 2009). Kompetansen kan dermed sies å være knyttet til noe eller noen, og kriteriene for hva som er sosial kompetent atferd kan derfor variere med barnets alder, hvor det oppholder seg og hvem de samhandler

med. Flere studier har vist at det er en systematisk sammenheng mellom atferdsproblemer og sosial kompetanse, og at begrepene har høy samvariasjon (Sørliie m.fl., 2008). Positive vurderinger av sosial kompetanse forekommer ofte der det er liten grad av atferdsproblemer, mens barn og unge med høy grad av atferdsproblemer som regel fungerer dårligere sosialt (Ogden, 2009). I samsvar med dette vurderes jenter som mer sosialt kompetente enn gutter. Likevel må denne sammenhengen nyanseres. Det finnes barn som både er antisosiale og sosialt kompetente og noen barn kan både krangle, stjele og slåss samtidig som de er godt likt av andre barn. Selv om sosial kompetanse og atferdsproblemer er nært knyttet til hverandre er det derfor likevel meningsfullt å behandle de som to ulike dimensjoner (Sørliie m.fl., 2008). I tillegg til å være et mål på barns sosiale tilpasning, har sosial kompetanse betydning for barns mentale helse og mestring av stress.

1.1.3 Utviklingsmønstre og risikofaktorer

Tidligstart-mønster og prognose

Flere undersøkelser har vist at det kan være hensiktsmessig å dele inn atferdsproblemer ut fra barnets alder når de oppstår, da det har vist seg at barn som utvikler alvorlige atferdsproblemer tidlig i barndommen har langt større risiko for vedvarende vansker i form av antisosial atferd, kriminalitet og psykiske vansker i voksen alder (Moffitt, 2006). Dette har ført til betegnelsen tidligstart-mønster ("early onset" eller "life-course-persistent"), som viser til en skjevutvikling der risikofaktorer hos barnet og miljøet sammen bidrar til at barnets problematferd tidlig i livet forverres. Arvelige eller ervervede nevropsykologiske risikofaktorer hos barnet kan vise seg allerede ved treårs alder, som en subtil kognitiv svikt, vanskelig temperament eller hyperaktivitet (Moffitt, 2006). Risikofaktorer i miljøet, kan først vise seg i form av dårlig foreldrepraksis, svake familiekonstellasjoner og fattigdom, og senere i form av dårlige relasjoner til personer utenfor familien, som lærere og venner. Mulighetene for å lære prososiale ferdigheter svekkes dermed drastisk. I løpet av oppveksten bidrar altså transaksjoner mellom individet og miljøet gradvis til å utvikle en personlighetsforstyrrelse som kjennetegnes av fysisk aggresjon og antisosial atferd som vedvarer i voksen alder. På denne måten kan antisosial atferd predikere vaskeligheter på flere viktige livsområder som kriminalitet og vanskeligheter i arbeidsliv og i forhold til egne partnere og barn. Disse ringvirkningene gjør det vanskelig å endre utviklingen. Patterson og Yoerger (2002) fant i sin undersøkelse at hele 71 % av de som ble betegnet som unge lovbrytere hadde utviklet seg ut

fra et slikt tidligstart-mønster. Barn som følger en slik utvikling er altså i betydelig risiko for å fortsette mot mangfoldige problemer som voksne i form av avvisning fra jevnaldrende, tidlig skolefravall, lovbrudd, vold, stoffmisbruk og internaliserte vansker (Patterson og Yoerger, 2002).

I kontrast til et slikt tidligstart-mønster, er atferdsproblemer som oppstår og er avgrenset til ungdomsalderen, og som følger et såkalt senstart-mønster ("late onset" eller "adolescence-limited") (Moffitt, 2006). Dette viser til "vanlig" ungdom uten nevropsykologiske eller familiære risikofaktorer, som opplever vanskeligheter i ungdomstiden som en følge av puberteten. For ungdom i en slik situasjon er atferdsproblemer en form for demonstrasjon av selvstendighet fra foreldrene og for å oppnå sosial anerkjennelse fra jevnaldrende. Siden deres tidligere utvikling ble ansett som normal, er de fleste som følger et slikt senstart-mønster i stand til å avstå fra kriminalitet når de vokser inn i voksenroller og returnerer til en mer konvensjonell livsstil.

Det er også funnet tydelige kjønnsforskjeller i gutters og jenters utviklingsmønstre av alvorlige atferdsproblemer (Ogden, 2009). Atferdsproblemer er langt mer vanlig blant gutter enn blant jenter. Samtidig er det mye som tyder på at prognosen for jenter med alvorlige atferdsproblemer er like alvorlig som for gutter. I førskolealder viser gutter og jenter kvalitativt mye av den samme problematferden i form av sinneutbrudd, ulydighet og aggressiv atferd. På barnetrinnet oppstår det imidlertid et tydeligere skille hvor gutter viser mer fysisk og åpen aggresjon, mens jentene i større grad viser mer indirekte eller relasjonell aggresjon som utestenging, baksnakking og ryktespredning. I tråd med dette er det flere gutter som utvikler alvorlige atferdsproblemer før 10-års alder, mens det er vanligere for jenter å utvikle slike problemer i ungdomsalder. I følge Moffitt og Caspi (2001) er forskjellen mellom gutter og jenter som følger et slikt tidligstart-mønster hele 10:1. For nesten alle jenter som utvikler alvorlige atferdsproblemer oppstår problemene først i tidlig ungdomstid, de følger et senstart-mønster. Kjønnsforskjellene jevner seg altså noe ut i ungdomsalder, og ved 15-års alder er forholdstallet mellom gutter og jenter 1:1,5 (Moffitt m.fl., 2001 i Ogden, 2009).

Patterson og Yoerger (2002) har funnet at sammenlignet med gutter som følger et senstart-mønster, kommer gutter som følger et tidligstart-mønster vanligvis fra familier der foreldrene bruker lite effektive former for grensesetting og hvor foreldrene selv har en tendens til å være antisosiale og arbeidsløse. I tillegg ble det funnet tendenser til at disse familiene hadde lavere sosioøkonomisk status (SES) og flere samlivsbrudd. Det er derfor mye som tyder på at disse

guttene kommer fra oppvekstmiljøer som er signifikant mer ustabile, noe som gir signifikant høyere risiko for atferdsproblemer.

Risikofaktorer for å utvikle atferdsproblemer

Forskning viser at følgende risikofaktorer ved familiens bakgrunn gir barn høyere risiko for å utvikle atferdsproblemer (Webster-Stratton og Hammond, 1998): Lav sosioøkonomisk status, generelt høyt stressnivå i form av; foreldre som tidligere er utsatt for mishandling, kriminalitet, foreldres tidligere narkotikamisbruk, og psykiske vansker i form av; ekteskapelige problemer, depresjon, isolasjon og manglende sosial støtte (Webster-Stratton, 1998). Foreldrepraksis i form av utydelig eller manglende grensesetting, fysisk mishandling, mye kritikk, fiendtlighet og mangel på varme, lite involvering i barnets skolegang og lite forsterkning av prososial atferd er også vesentlige risikofaktorer for atferdsproblemer og sosiale vansker (Patterson og Capaldi, 1991; Patterson og Stouthamer-Loeber, 1984; Reid, Taplin og Loeber, 1981 i Webster-Stratton og Hammond, 1998). Sannsynligheten for at barnet utvikler atferdsproblemer og sosiale vansker kan se ut til å øke eksponentielt ved hver tilleggsrisikofaktor som er til stede (Coie m.fl., 1993).

Ifølge forskningen er altså både individuelle og miljømessige risikofaktorer nødvendige forutsetninger for at barnet skal utvikle alvorlige atferdsproblemer etter et tidligstart-mønster (Patterson og Yoerger (2002)). Teorien er at barnets vanskelige atferd i tidlig alder innvirker på foreldrenes, og senere andre voksne og jevnaldrenes tilnærming til barnet. Dermed fortsetter utviklingen i et negativt løp der de uheldige faktorene forsterker hverandre. Bestemte faktorer ved barnet anses derfor som nødvendige, men ikke tilstrekkelige for utvikling av alvorlige atferdsproblemer etter et slikt tidligstart-mønster. Utviklingen av barnets atferdsproblemer begynner ofte allerede i løpet av de første leveårene ved foreldrenes tidlige samhandling med barnet. Dette viser betydningen av kompetent foreldrepraksis for å hindre en slik skjevutvikling er spesielt viktig for barn som innehar individuelle risikofaktorer.

1.2 Teoretisk grunnlag for PMTO-rådgivning

1.2.1 Bakgrunn for “social interaction learning theory”

Gjennom å forbedre foreldrenes oppdragelsespraksis har PMTO-rådgivning som mål å endre barnets utvikling før atferdsproblemer blir alvorlige. Både tiltakets fokus på foreldrene som den viktigste faktoren for endring av barnets atferd og de øvrige grunnprinsippene, springer direkte ut av den mangeårige og omfattende forskningsinnsatsen til Gerald R. Patterson og hans kollegaer ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA (Solheim m.fl., 2005). I over 40 år har deres hovedanliggende vært å øke kunnskapen om hva som forårsaker barns atferdsproblemer og hva som kan gjøres for å hjelpe familier til å hindre utviklingen av alvorlige atferdsproblemer. Med dette som utgangspunkt er det utarbeidet en teoretisk modell kalt ”social interaction learning theory” (SIL) for å forstå utviklingen av barns aggresjon og antisosiale atferd, samtidig som det er utarbeidet intervensjoner for å redusere problemene. Det er dette som ligger til grunn for utviklingen av tiltakene PMTO-behandling og senere PMTO-rådgivning. Som jeg skal redegjøre for nedenfor, er PMTO-rådgivning, i tråd med SIL-modellen, ment å påvirke viktige faktorer som er påvist å ha avgjørende betydning for utviklingen av alvorlige atferdsproblemer. Ved å endre disse faktorene på et tidlig tidspunkt, er det langsiktige målet å hindre en videre skjevutvikling hos barnet mot mer alvorlige atferdsproblemer.

Et vesentlig kjennetegn ved forskningen ved OSLC er den gjensidige vekselbruken av klinisk praksis, forskningsresultater og teoriutvikling (Solholm m.fl., 2005). Grunnlaget for forskningen er mange års arbeid med familierterapi som er kombinert med feltstudier og observasjoner der familiers samspill er analysert (Patterson og Forgatch, 2000). Studiene omfatter både kliniske forsøk og longitudinelle studier, men også eksperimentell testing gjennom randomiserte design (Solholm m.fl., 2005). Gjentatte ganger er det blitt samlet inn data for å sjekke gyldigheten av teoriene (Patterson og Forgatch, 2000). På denne måten er teori underbygd av empiriske funn, mens ideer og tiltak som ikke støttes av data/empiri til slutt utelates. At teorien er utviklet på basis av kliniske forskningsdata innebærer at den kan kalles empirisk basert, eller evidensbasert. Dette gjør at de variablene som finnes i teorien også finnes i tiltakene, noe som ifølge Patterson gjør teorien enda mer interessant og anvendbar (Patterson m.fl., 2002). Et vesentlig kjennetegn med tilnærmingen er at teorien anses å være i stadig utvikling. I tråd med dette understreker Patterson at de teoretiske

formuleringene mer kan betraktes som en modell som er tenkt å være retningsgivende for fortsatt forskning, enn en endelig og ferdig formulert teori.

1.2.2 Interaksjonen mellom foreldre og barn (mikrososialt nivå)

Den generelle teorien som ligger til grunn for PMTO som metode (både rådgivning og behandling) er ”social interaction learning theory” eller ”sosial interaksjons læringsteori”. Teorien forsøker å forklare hvordan barnet utvikler antisosial atferd og alvorlige atferdsproblemer. Som begrepet viser, består teorien av to beslektede teoretiske strømninger; sosial læring og sosial interaksjon (Solholm m.fl., 2005). Det sosiale interaksjonsperspektivet beskriver samhandlingen mellom familiemedlemmer og barnets jevnaldrende. Det sosiale læringsperspektivet handler om hvordan atferdsmønstre etableres og opprettholdes gjennom forsterkningsbetingelser. Hovedtrekket ved teorien er at utviklingen av atferdsproblemer skjer i form av en gjensidig læringsprosess mellom foreldre og barn, der flere mekanismer finner sted. I denne prosessen er foreldrenes manglende oppdragelsesferdigheter en av de viktigste årsakene. Samtidig er barnet en aktiv deltaker som bringer sine egne forutsetninger inn i samspillet med foreldrene. Det er nettopp dette samspillet som er hovedaspektet ved teorien og som gir den navnet sosial interaksjons læringsteori.

Analyse av familieinteraksjoner

Patterson hevder at familieinteraksjoner består av to komponenter; struktur og prosess (Patterson, 1982). Struktur refererer til den funksjonelle sammenhengen mellom handlinger som er nærliggende i tid. Intrasubjekt er én form for struktur, og viser til den funksjonelle sammenhengen mellom en persons atferd på et tidspunkt og den samme personens senere atferd. Denne formen for struktur beskriver mønstre eller serier av individets reaksjoner som synes å repetere hverandre. Den andre formen for struktur kalles intersubjekt, og refererer til den funksjonelle sammenhengen mellom én persons atferd og den andre personens reaksjon på den. Det er altså en struktur både innenfor hver person og mellom personene. Prosess refererer til endringer i strukturen. Det ligger til grunn en antakelse om at det er mekanismer i interaksjonen som kan endre strukturen enten i inter- eller intrasubjekt. Det er en slik forståelse som ligger til grunn for begrepet mikrososialt nivå. Analyser av dette gir en bedre forståelse av avvikende atferd.

Aversive og antisosiale hendelser

Patterson betrakter antisosiale hendelser som en viktig prediktor for utviklingen av barns atferdsproblemer og antisosiale atferd (Patterson, 1982). Den primære arenaen for slike hendelser er innenfor familien, der de oppstår i samspillet mellom foreldrene og barnet. Med antisosiale hendelser mener Patterson hendelser som fremstår som både aversive og betingede/kontingente (contingent). At en hendelse er aversiv innebærer at den ene personens atferd oppleves som ubehagelig for den personen som blir utsatt for atferden. Eksempler på slik atferd kan være kjefting, gråting, negative kommentarer og protester. At hendelsen også er betinget innebærer at hendelsen etterfølges av den samme type atferd hver gang den forekommer, altså i form av et gjentakende mønster. Med andre ord er det en systematisk forbindelse mellom atferden til et familiemedlem og atferden (responsen) til et annet. Selv om aversive hendelser oppstår i alle familier og dermed kan virke ufarlige, er de av stor betydning for utviklingen av atferdsproblemer (Patterson, 1982). Betydningen viser seg når stabiliteten i disse aversive hendelsene og den betingede faktoren danner et mønster av antisosiale hendelser i barnets samhandling med andre personer. Et slikt negativt samhandlingsmønster i familien er en viktig prediktor for videre utvikling av antisosial atferd.

Tvingende samspill i familien

For å beskrive dette mønsteret innfører Patterson begrepet "the coercive family prosess" eller "prosessen med tvingende familiesamspill" (Patterson, 1982; Ogden, 2009). Denne prosessen regnes som drivkraften i utviklingen av barns antisosiale atferd. Prosessbegrepet viser til at det dreier seg om en serie med endringer eller handlinger som bygger på hverandre og fremkaller et sluttresultat (Patterson og Forgatch, 2000). Den viktigste og mest ødeleggende læringsprosessen i en familie kalles "coercion", eller tvingende samspill, som innebærer at både foreldrene og barnet benytter aversiv atferd og påfører den andre ubehag for å oppnå det man ønsker. "Coercion" kan dermed beskrives som en fastlåst og tvangspreget familieprosess med hyppige og opptrappende konflikter mellom foreldre og barn (Solholm m.fl., 2005).

I denne prosessen er antakelsen om at aversive hendelser i en familie ikke er tilfeldige, men gjentas etter samme mønster, en viktig forutsetning. De aversive hendelsene blir dermed til antisosiale hendelser. Tanken er at barnet etter hvert blir svært dyktig til å benytte aversive handlinger til å endre andres sosiale tilnærming (Patterson, 1982). Barnet er med andre ord med på å forme sin egen oppdragelse. Selv om uttrykket for det tvingende samspillet kan

forandre seg ettersom barnet blir eldre, for eksempel når negative verbale ytringer erstatter gråting og skriking, er det de samme typer hendelser som skjer. Denne stabiliteten i antisosiale hendelser er også en hindring for utviklingen av sosiale ferdigheter. Mens personer med gode sosiale ferdigheter lærer seg å bruke prososiale teknikker for å nøytralisere aversive hendelser, viser familier med barn med atferdsproblemer at både foreldrene og barnet i stor grad benytter seg av aversiv atferd som respons. Barnet lærer altså at tvingende samspill er en nødvendig fremgangsmåte for å kunne påvirke omgivelsene. I prosessen med tvingende samspill benytter både foreldrene og barnet aversive reaksjoner for å skaffe seg kortsiktig kontroll over den andre. Det tvingende samspillet beskriver således hovedmekanismen for hvordan familiemedlemmene trener hverandre til å vise aversiv og aggressiv atferd (Patterson m.fl., 2002). Det som definerer prosessen er negativ forsterkning.

Forsterkning og eskalering

Begrepet negativ forsterkning beskriver hvordan en aversiv hendelse etterfølges av en reaksjon som gir et nøytralt eller positivt resultat for den andre personen (Patterson, 1982). Et typisk hendelsesforløp kan beskrives ved at 1) mor kommanderer barnet til å rydde rommet (Solholm m.fl., 2005). Moren opptrer dermed aversivt eller på en måte som oppfattes som aversivt for barnet. 2) Barnet reagerer på en aversiv måte ved å protestere høylydt. 3) Dette fører til at den opprinnelige atferden til moren opphører og kravet frafalles. Konsekvensene av slike aversive hendelser er langt mer omfattende enn at barnet får viljen sin (Solholm, 2005). Det fjerde steget i sekvensen innebærer at barnet slutter å argumentere og atferden blir nøytral eller positiv. 4) Med en gang den aversive hendelsen opphører, opphører altså barnets motreaksjon. Moren lærer dermed at når hun slutter å stille krav til og mase på barnet, så roer barnet seg og stopper motangrepet. Barnet er altså blitt negativt forsterket for sin aversive atferd ved at konsekvensen av atferden er at det slipper unna et umiddelbart ubehag. Barnet lærer at det slipper unna ubehagelige situasjoner ved å vise aversiv atferd. Fordi barnets strategi virker, øker sannsynligheten for at det samme vil skje ved en lignende situasjon. Neste gang moren ber barnet om å rydde rommet, er det stor sannsynlighet for at barnet svarer med å protestere eller trappe opp den aversive atferden ved å skrike eller kaste gjenstander. Langtidsvirkningen kan være at foreldrene i mindre grad forsøker å stille krav til barnet. Ved å trekke seg unna når deres henvendelse til barnet imøtekommes av aversiv eller aggressiv atferd, bidrar altså foreldrene til å forsterke denne uønskede atferden (Reid og Eddy, 2002). Denne mekanismen kalles for forsterkningsfellen (reinforcement trap). For barnet oppleves en

positiv forsterkning ved at den aversive atferden får en positiv konsekvens. Barnet lærer etter hvert denne måten å håndtere lignende situasjoner med foreldrene. Med tiden kan dermed en jevnlig fluktbetinging, hvor foreldrene lærer å forebygge sinneutbrudd ved i stor grad å gi etter for barnets ønsker, prege samhandlingen (Reid og Eddy, 2002). Ved gjentatte slike hendelsesforløp kan det over tid utvikle seg predikerbare og negative samhandlingsmønstre som familien ikke er i stand til å bryte på egen hånd (Patterson, 1982). Her må det presiseres at de negative samhandlingsmønstrene ikke bare gjelder mellom barnet og foreldrene. Det har også vist seg at søsken spiller en vesentlig rolle ved at de ofte både setter i gang og negativt forsterker antisosial atferd hos barn med atferdsproblemer (Snyder og Stoolmiller, 2002). Senere vil et slikt mønster også generaliseres til andre situasjoner i samhandling med jevnaldrende og andre voksne (Patterson, 1982).

Patterson (1982) viser til at deres undersøkelser tyder på at så mye som en fjerdedel av all atferd som kan beskrives som tvingende samspill, får en reaksjon i form av en negativ forsterkning. En slik negativ forsterkning har flere forskjellige roller. For det første er den en måte å håndtere aversive angrep fra en annen person. For det andre er denne typen forsterkning involvert i prosessen hvor det aggressive barnet ”trener” foreldrene til å forsterke det (slik som vist ovenfor). For det tredje har den en nøkkelfunksjon ved at den bidrar til at hendelsene hele tiden kan eskalere mot atferd i form av høyintensive aggressive utbrudd (som fysisk vold) mellom de involverte. En slik eskalering i den aggressive atferden skjer som oftest som et ledd i utviklingen av det tvingende samspillet (Patterson, 1982; Snyder og Stoolmiller, 2002). Både mor og barnet oppfatter raskt at det å trappe opp den aversive responsen virker enda bedre fordi den andre til slutt bøyer av. Hvis den ene økning i aggressiv atferd fører til at den andre personen svarer med samme mynt, øker dette sannsynligheten for høyere aggressiv nivå i fremtidige situasjoner. Dersom begge partene i samspillet har relativt lik makt, vil den ene partens eskalering lede til at den andre øker like mye. Prosessen fortsetter inntil en person gir etter. Samhandlingen i familien får dermed karakter av en utveksling av lavintensiv aversiv atferd avbrutt av høyintensive aggressive utbrudd (Solholm m.fl., 2005). Alle medlemmene i familier med barn med atferdsproblemer både bidrar til og er med på å opprettholde et høyt konfliktnivå og fiendtlig miljø, hvor ubehag og tvingende samspill er primære strategier for sosial innflytelse og kontroll (Snyder og Stoolmiller, 2002). Tvingende samspill er således en lumsk form for sosial kontroll. Fordi den er så kraftfull vil utviklingen bevege seg mot et stadig skarpere og mer aggressiv form for samspill. Så lenge individet opplever at denne formen for atferd fører til en positiv

konsekvens eller fravær av en negativ konsekvens, opprettholdes atferden. Selv om denne formen for samspill er effektiv i forhold til å kontrollere den andres atferd på kort sikt, er den svært destruktiv på lengre sikt.

En viktig del av forståelsen av aggressiv atferd i familier er dermed hvordan noen former for atferd kontrollerer aggressive reaksjoner, mens andre ikke gjør det (Patterson, 1982). Selv om sammenhengen mellom de involvertes atferd er til stede, er sammenhengen så subtil at den ikke nødvendigvis er merkbar for familiemedlemmene selv. Over tid blir dette predikerbare og negative samhandlingsmønstre som familiene ikke er i stand til å endre uten hjelp. Ettersom denne prosessen med tvingende samspill fortsetter, genereres i tillegg også negative følelser og tankemønstre, ikke bare for barnet med atferdsproblemer, men for familiemedlemmene og jevnaldrende (Patterson, 2002). Disse biproduktene av prosessen antas å virke tilbake på barnet (feedback loops) og øke risikoen for stadig flere konfrontasjoner i fremtiden, med en samsvarende økning i barnets fremtidige atferdsproblemer.

Den kumulative erfaringen barnet får som en følge av at disse små episodene og reaksjonene gjentas over tid på et mikrososialt nivå er svært kraftfull, og fremstår som den primære mekanismen i utviklingen av antisosial atferd (Snyder og Stoolmiller, 2002). Patterson hevder således at grunntreningen til antisosial atferd hovedsakelig skjer i familien, mens barnets reaksjonsmønstre senere generaliseres til situasjoner utenfor familien, som i barnehage og skole og mellom barnet og jevnaldrende (Patterson, 1982). Barn som i ekstremt stor grad benytter tvingende samspill som samhandlingsform vil fortsette å bruke de samme teknikkene over tid (Patterson, 1982). Fordi denne atferden gir barnet kortsiktig gevinst er det usannsynlig at dette endrer seg hvis ikke barnet trenes i å utsette tilfredsstillelsen og lærer seg prososiale teknikker for å påvirke andre personer.

1.2.3 Videreutvikling av antisosial atferd

Patterson viser hvordan antisosiale barn utvikler seg i fire stadier mot antisosial karriere som voksne (Patterson, 1982; Solholm m.fl., 2005): 1) Grunnleggende trening i antisosial atferd, 2) reaksjoner fra de sosiale omgivelsene, 3) søkende mot avvikende venner og finpusning av antisosial atferd og 4) karriere som antisosial voksen. I det første stadiet trenes barnet på en uintendert måte i antisosial atferd med foreldre og søsken, slik som beskrevet ovenfor. Når barnet senere anvender samme atferd utenfor familien reagerer de sosiale omgivelsene som

lærere og jevnaldrende med straff og avvisning, noe som øker risikoen for at barnet havner utenfor både faglig og sosialt. Videre er det vist hvordan prosessen med å velge venner er relatert til individets disposisjon for å maksimere umiddelbar tilfredsstillelse (Patterson m.fl., 2002). Avvikende barn søker avvikende venner som forsterker hverandres lignende atferd. Andre barn som maksimerer barnets umiddelbare utbytte/tilfredsstillelse (payoff) velges. Barnet er altså ikke en passiv mottaker av hva miljøet tilbyr. I stedet velger barnet aktivt et miljø og i prosessen faktisk former mye av det, for å maksimere utbyttet/tilfredsstillelsen. Med andre ord er barnet en del av et dynamisk system som det selv er med på å skape. Valget av avvikende venner er med på å sikre opprettholdelsen av avvikende atferd så vel som å utvikle nye former for avvik. Disse gruppene av barn har derfor gjerne negative holdninger overfor skolen og andre autoriteter. For en del av disse barna resulterer utviklingen i en karriere som antisosiale voksne (Solholm m.fl., 2005). Selv om stadiene viser til et utviklingsforløp som kjennetegner mange barn med alvorlige atferdsproblemer, understreker Patterson at ikke alle barn nødvendigvis går gjennom alle stadiene etter tur. De som befinner seg på et av stadiene vil imidlertid med høy sannsynlighet ha vært i gjennom stadiet forut for dette.

1.2.4 Kontekstens betydning for foreldrepraksis (makrososialt nivå)

Selv om den mikrososiale prosessen med tvingende samspill anses å ha avgjørende betydning for utviklingen av barnets atferdsproblemer, så foregår ikke dette isolert (Patterson, 2002). Parallelt med denne prosessen skjer det forandringer i hva slags følelser og oppfatninger barnet med atferdsproblemer og andre familiemedlemmer har til hverandre. I tillegg påvirkes prosessen av utenforliggende hendelser eller kontekstuelle faktorer på makrososialt nivå (Patterson, 2002).

Capaldi m.fl. (2002) viser til at slike kontekstuelle risikofaktorer i mange tilfeller henger årsaksmessig sammen. For eksempel vil arbeidsledighet være knyttet til lavere inntekt for familien, høyere grad av stress, depresjon og mindre stabile parforhold. Antisosiale voksne, med relaterte problemer som dårlige skoleferdigheter og jobbferdigheter er i risiko for å bli fanget i en sirkel av kontekstuelle faktorer som plasserer de selv og familiene deres i risiko. Det kan synes som om kontekstuelle faktorer er knyttet til foreldrepraksis som gjør at barnet står i fare for å utvikle atferdsproblemer av to grunner. For det første fordi de er indikatorer på stabile karakteristikk av foreldre som er assosiert med skadelig foreldrepraksis og deres

manglende evne til å lære adekvate foreldreferdigheter. For det andre fordi de representerer former for forandringer (for eksempel stress) som er assosiert til å ødelegge for foreldrepraksisen.

Patterson (2002) viser på samme måte til viser til at kontekstuelle faktorer, som skilsmisser, depresjon hos foreldrene, nabolag og sosioøkonomisk status kan spille en viktig rolle for familieprosessene. Han ser for seg at den tidlige prosessen med tvingende samspill oppstår som en følge av interaksjonen mellom to sett av variabler (Patterson, 2002). Det ene settet inkluderer biologiske disposisjoner (svangerskaps- og fødselskomplikasjoner, gener) hos barnet. Det andre omhandler omsorgspersonens disposisjoner i form av biologiske variabler (irriterbarhet, depresjon, hyperresponsivitet) eller noen aspekter ved omsorgspersonens historie i form av lav sosioøkonomisk status, antisosial atferd, eller nylig skilsmisse. Patterson anerkjenner således at årsakene til atferdsproblemer er mange og sammensatte.

Samtidig gir forskningen grunnlag for å hevde at slike faktorer kun har en indirekte påvirkning på atferdsproblemer fordi betydningen av de kontekstuelle faktorene kun er betydningsfulle ut fra i hvilken grad de forandrer den sosiale interaksjonen mellom foreldrene og barnet (Patterson, 2002). På samme måte kan god foreldrepraksis virke beskyttende på barnet for negative kontekstuelle forhold. Foreldrepraksisen er derfor den nærmeste og viktigste faktoren for barnets utvikling. Mens manglende foreldrepraksis predikerer negativ tilpasning hos barn gjør adekvat foreldrepraksis det motsatte. Disse funnene underbygger de teoretiske forklaringene som ligger til grunn for SIL-modellen og viser at å bedre foreldrepraksisen kan motvirke andre kontekstuelle risikofaktors betydning.

Patterson hevder derfor at en forutsetning for å endre barnets aggressive atferdsmønster er å forandre miljøet som barnet lever i (Patterson m.fl., 2002). Det primære målet for å forstå og predikere fremtidig aggresjon vil være det sosiale miljøet som lærer og opprettholder denne avvikende atferden. Problemet er altså det sosiale miljøet. Hvis man vil forandre barnet må man systematisk endre miljøet som barnet lever i.

1.3 PMTO-rådgivning

Teorien ovenfor viser hvordan atferdsproblemer oppstår og kan predikere hvilke barn som er mest utsatt for å utvikle alvorlige atferdsproblemer. Dermed er den også et godt utgangspunkt for å utvikle tiltak for å hindre en slik utvikling. SIL-modellens utgangspunkt om at

atferdsproblemen utvikles fra mindre aversive hendelser og ender opp med fastlåste samhandlingsmønstre og antisosial atferd, underbygger nytten av forebyggende tiltak som kan motvirke en slik utvikling på et tidlig tidspunkt. I tråd med dette er hensikten med PMTO-rådgivning å endre disse mikrososiale interaksjonsmønstrene mellom foreldrene og barnet på et tidlig tidspunkt gjennom å forsterke prososial atferd. Ved å endre de destruktive mønstrene før de er fastlåste, kan det antas at det kreves mindre av foreldrene. Gjennom tiltaket får foreldrene hjelp til å utvikle samhandlingsferdigheter (beskrives nedenfor under 1.3.2 Sentrale temaer) som forskningen har vist er viktige for å motvirke en slik negativ utvikling hos barnet.

1.3.1 Hensikt og mål

Forskningen viser at det å endre foreldrenes holdninger til å være forelder ikke nødvendigvis vil føre til en reliabel endring av denne prosessen (Reid og Eddy, 2002). På samme måte vil heller ikke det å støtte foreldrene i å håndtere ulike stressfaktorer på en bedre måte føre til en slik endring. Selv om dette er viktige faktorer for at foreldrene skal bli i stand til å endre samhandlingen med barnet, og derfor en vesentlig del av tiltaket, er ikke slike endringer tilstrekkelige. Den avgjørende endringen er den som skjer i interaksjonsmønsteret mellom foreldrene og barnet. Hvis ikke interaksjonsmønsteret i seg selv endres, vil nemlig heller ikke utviklingen av barnets atferdsproblemer forhindres. Et hovedmål med PMTO-rådgivning er derfor å bryte destruktive interaksjonsmønstre, som ofte leder til en eskalering av problematferd, på et tidlig tidspunkt. PMTO-rådgivning har derfor, i likhet med PMTO-behandling, til hensikt å gjøre foreldrene i stand til dette ved å erstatte tvingende samspill med positiv involvering, effektiv grensesetting, tilsyn og problemløsning (Ogden og Amlund-Hagen, 2008). I familier preget av tvingende samspill preges samhandlingen med barnet i økende grad av utilsiktet fiendtlighet. Dermed overses gjerne den prososiale atferden som barnet faktisk viser, og slik atferd får dermed ingen positiv oppmerksomhet eller belønning (forsterkning). Foreldrene gir ofte i liten grad uttrykk for varme og engasjement og barnet blir sjelden forsterket i utviklingen av positive ferdigheter. Et annet mål med PMTO-rådgivningen er derfor å erstatte fiendtlighet med positiv involvering og systematisk bruk av ros og oppmuntring for å fremme barnets læring av nye ferdigheter. I løpet av PMTO-rådgivningen lærer foreldrene å endre uhensiktsmessige strategier som enten er inkonsekvente (inkontingente) eller konsekvente (kontingente) på feil type atferd (Berg m.fl., 2006). Dette skjer ved å hjelpe foreldrene til å øke bruken av positive strategier for å lære barnet prososial

atferd (for eksempel samarbeidsevne) og bruke negative konsekvenser på en konsekvent (kontingent) måte som reaksjon på problematferd, som regel i form av pausetid eller ved å fjerne goder.

1.3.2 Sentrale temaer

Mer konkret har tiltaket som mål å bedre foreldrepraksisen på fem sentrale områder (Berg m.fl., 2006): Gode og effektive beskjeder, systematisk bruk av ros og oppmuntring, grensesetting, problemløsning og tilsyn. Rammene for PMTO-rådgivning er 3-5 møter av 60 minutter, men tiltaket må tilpasses familienes behov og barnets alder. Omfanget av de tre sistnevnte temaene vil derfor variere. I tillegg til disse hovedtemaene finnes temaene positiv involvering og regulering av følelser, som er løpende temaer i rådgivningen. Positiv involvering viser kort sagt til hvordan foreldrene viser interesse for, gir oppmerksomhet til og bryr seg om barnet. Temaene er valgt på grunnlag av hva forskningen viser er de største manglene i foreldrepraksisen hos foreldre med barn med atferdsproblemer (Patterson og Forgatch, 2000). Her følger en kort redegjørelse for de ulike temaene (med typisk møterekke i parentes) og hvordan disse er knyttet til det teoretiske grunnlaget.

Gode og effektive beskjeder (2. møte)

Hvordan foreldrene henvender seg og gir beskjeder til barnet sitt, kan påvirke hvordan barnet samarbeider (Patterson og Forgatch, 2000; Berg m.fl., 2006). Det har vist seg at gode beskjeder som er enkle å følge øker sjansen for at barnet samarbeider, mens dårlige beskjeder øker risikoen for at barnet ikke gjør dette. Ofte oppstår aversive hendelser ved at barnet viser trassighet, nettopp når foreldrene ber barnet om å gjøre noe det i utgangspunktet ikke har lyst til. Opposisjon og ulydighet fra barnet kan lett trappes opp og er en vanlig forløper til konfliktsituasjoner og mer alvorlig problematferd. Samtidig viser det seg at det er en sammenheng mellom antall beskjeder foreldre gir og omfanget av barnets problematferd. Mange og dårlige beskjeder fungerer som en negativ forsterkning som øker barnets motvilje til å samarbeide. Jo mindre tid foreldre bruker på å lære barna sosiale ferdigheter, jo mer tid må de bruke på å få de til å slutte med problematferd.

En hensiktsmessig måte er å gi beskjeder som forteller barnet nøyaktig hva det skal gjøre og når det skal gjøre det, i stedet for hva det ikke skal gjøre (Patterson og Forgatch, 2000; Berg m.fl., 2006). En god beskjed kjennetegnes også ved at den gis under de riktige betingelsene i

forhold til riktig tidspunkt, fysisk nærhet, øyekontakt, konkretisering, vennlighet, tydelighet, og oppfølging. Når foreldrene øver på å gi barnet gode beskjeder lærer de også å gi uttrykk for tydelige forventninger til barnet.

Systematisk bruk av ros og oppmuntring (3. møte)

For at barn skal lære atferd trenger de å få konsekvente reaksjoner fra foreldrene sine (Patterson og Forgatch, 2000; Berg m.fl., 2006). Ved hjelp av ros og oppmuntring kan foreldre fremme utvikling av bedre samspillsmønstre med barnet. Systematisk bruk av ros og oppmuntring fremmer også barnets læring av nye ferdigheter og mestringsområder som barnet har behov for. I familier der barnet har atferdsproblemer har foreldre i stor grad sin oppmerksomhet rettet mot uønsket atferd, noe som viser seg å forsterke denne atferden. På samme måte vil positiv oppmerksomhet som er rettet mot positiv atferd, virke som en positiv forsterkning og øke sjansene for at barnet viser mer av dette. Det har også vist seg at forsterkning som følger umiddelbart etter en handling, er mest effektiv (Patterson og Forgatch, 2000). For å kunne reagere på barnets samarbeidsvilje på en forutsigbar og positiv måte, må foreldrene legge merke til hva barnet gjør. Når foreldrene reagerer konsekvent over en lengre periode, vil barnet gradvis lære at det er en sammenheng mellom dets egen oppførsel og måten foreldrene reagerer. Verktøyet som brukes for å forandre foreldrenes atferd og fremme prososial atferd hos barnet er derfor først og fremst positiv forsterkning.

I tillegg til denne typen sosial forsterkning lærer foreldrene også å ta i bruk oppmuntringer på en konkret og systematisk måte. Dette innebærer en prosess der foreldrene definerer ønsket atferd hos barnet, og roser og veileder det i riktig retning ved hjelp av strukturerte belønningssystemer som er tilpasset barnet (Berg m.fl., 2006). Hensikten med dette er å motivere barnet, skape en positiv atmosfære, gi barnet tilbakemelding om rett (bekreftelse) og galt og opplevelse av å lykkes (anerkjennelse). Atferden eller ferdigheten som barnet skal lære deles opp i små, konkrete trinn som er oppnåelige for barnet. Slik kan barnets små fremskritt roses og belønnes på en systematisk måte.

Grensesetting (4. møte)

Tydelige forventninger og effektiv grensesetting viser til hvordan foreldrene motvirker problematferd gjennom passende og konsekvent (kontingent) bruk av milde negative konsekvenser, og ved å gi barnet klare grenser for hva som er akseptabel atferd (Patterson og

Forgatch, 2000). Det kan imidlertid være krevende for foreldre å få til grensesetting når et barn er svært utprøvende og utholdende (Berg m.fl., 2006). Når familier er kommet inn i en prosess med tvingende samspill vil foreldrenes håndheving av grenser og regler ofte være svært inkonsekvent (Patterson og Forgatch, 2000). At barnet ikke vet hva som forventes av det i ulike situasjoner kan føre til usikkerhet hos barnet (Berg m.fl., 2006). Gjennom å håndtere problematferd på en effektiv og rolig måte, skapes det en mulighet for at barnet kan avlære den aggressive atferden og i stedet utvikle positive ferdigheter. Å gi milde konsekvenser på et tidlig tidspunkt i konfliktsituasjoner er derfor et viktig steg for å motvirke slik atferd og forhindre utviklingen av mer alvorlig problematferd. Effektiv grensesetting kjennetegnes også ved at den er kontingent (en konsekvens gis nært i tid og i overensstemmelse med atferden) og forekommer hyppig. For å kunne opptre rasjonelt på denne måten, krever det at foreldrene har kontroll på sine egne følelser.

Foreldrene lærer to former for grensesettingsmetoder; ignorering og pausetid (med tap av gode) (Berg m.fl., 2006). Ignorering av barnets lettere uønskede atferd (for eksempel sutring, snakke frekt eller mindre protester) innebærer at foreldrene totalt overser barnet og dermed unngår å forsterke denne atferden negativt (forsterkningsfellen). Dermed unngår foreldrene å bidra til å sette i gang en antisosial hendelse. Hvis barnet samtidig får mye oppmerksomhet og oppmuntring når det viser ønsket atferd (positiv forsterkning), lærer det over tid å vise atferd i tråd med foreldrenes forventninger. Ofte vil foreldrene med fordel kunne bruke avledning og oppmuntring i stedet for negative konsekvenser i situasjon med slik lettere problematferd.

For håndtering av barnets aggressive atferd (for eksempel slåing, spyting eller vedvarende raserianfall) lærer foreldrene å bruke pausetid (Berg m.fl., 2006). Dette innebærer at barnet får beskjed om å oppholde seg på et sted (som er avtalt med barnet på forhånd) i 3-5 minutter (avhengig av alder). Dersom barnet ikke følger foreldrenes beskjed om å gå i pausetid, får barnet et valg om det vil gå i pausetid eller tape et gode (som er avtalt med barnet på forhånd). Tap av gode kan også brukes som en direkte konsekvens for de eldste barna eller i situasjoner utenfor hjemmet. Når situasjonen er over skal foreldrene involvere seg positivt i barnet igjen.

Med en slik prosedyre for å håndtere uønsket atferd hos barnet unngår foreldre argumentering og fysisk kontakt, som ofte viser seg å trappe opp en konflikt ved at barnet responderer med motangrep (Patterson og Forgatch, 2000). Viktigst av alt er imidlertid at barnet erfarer at det ikke oppnår en positiv konsekvens av å vise problematferd (forsterkningsfellen).

Problemløsning og tilsyn (4. møte)

Problemløsning hjelper foreldrene til å forhandle med barnet når de er uenige, lage regler og spesifisere konsekvenser for å følge eller ikke følge disse (Patterson og Forgatch, 2000). Ved å lære slike ferdigheter får foreldrene økt fleksibilitet i samspillet med barnet ved å hjelpe det til å se ulike måter å løse en vanskelig situasjon (Berg m.fl., 2006). Dette kan forebygge konflikter og utbrudd både fra foreldre og barn og fremme et positivt og gjensidig samspill med barnet.

Tilsyn innebærer å ha oversikt over hva barnet gjør og beskytte det fra risikofylte aktiviteter. Barn med utfordrende atferd har større behov for tilsyn og oppfølging enn andre barn (Berg m.fl., 2006). At foreldrene har liten oversikt over hva barnet gjør og hvem det er sammen med, øker sjansen for at barnet viser problematferd og risikoen for at barnet utvikler alvorlige atferdsproblemer (Patterson og Forgatch, 2000). Foreldrene får derfor hjelp til å forstå betydningen av å utøve godt tilsyn og hvordan dette kan gjøres både i hjemmet og utenfor (Berg m.fl., 2006).

1.3.3 Arbeidsform

For mange foreldre med barn med atferdsproblemer oppleves det som en barriere å søke profesjonell hjelp (Berg m.fl., 2006). De kan derfor være spesielt følsomme for antydninger eller små tegn til avvisning eller bebreidelse. I opplæringen av PMTO-rådgivere vektlegges derfor betydningen av å opprette en arbeidsallianse med foreldrene, og opplæring i teknikker (for eksempel ”hvordan skape tillit, optimisme, troverdighet og likeverdighet?”) for å lykkes med dette står sentralt. En god arbeidsallianse kjennetegnes ved at foreldrene føler seg akseptert og forstått, og opplever at de og rådgiveren har et felles mål. Dette anses som en forutsetning for at foreldrene skal ha et utbytte av temaene i rådgivningen. I første møte er derfor rådgiverens hovedoppgave å legge til rette for en slik arbeidsallianse, i tillegg til kartlegging av barnets atferd.

Dette er også utgangspunktet for at utviklingen av foreldreferdighetene i løpet av møtene skjer gjennom en kombinasjon av undervisning, dialog og øvelser. Her er rollespill med foreldrene et viktig verktøy for rådgiveren. Denne måten å jobbe med nye ferdigheter på har til hensikt å fremme refleksjon og effektiv læring hos foreldrene, og skape mindre motstand. Det er flere fordeler med å øve inn ferdighetene i praksis på denne måten. Foreldrene lærer

perspektivtaking og empati for barnet og blir satt i øvingssituasjoner der de kan reflektere over egen atferd. På denne måten kommer viktige prinsipper tydeligere fram. Samtidig er øvelsene viktige for at foreldrene skal besitte teknikkene før de brukes i samhandlingen med barnet. Rollespillene bidrar også til at rådgiveren får direkte informasjon om hvorvidt foreldrene har forstått og lært en teknikk eller ikke. Siste møte brukes til oppsummering og evaluering av familiens utbytte, hvor foreldrenes ressurser og positive endringer i familien framheves. I tillegg gjøres det en vurdering av om tiltaket har vært tilstrekkelig eller om det er behov for ytterligere hjelpetiltak (som for eksempel et mer intensivt tiltak som PMTO-behandling).

1.3.4 PMTO-rådgivning som en del av TIBIR

PMTO-rådgivning er et av tiltakene innenfor forebyggingsprogrammet ”Tidlig innsats for barn i risiko” (TIBIR). Utviklingen av TIBIR er en del av en nasjonal strategi for å forbedre tjenestene og innsatsen som er rettet mot barn og unge med risiko for å utvikle alvorlige atferdsproblemer (Kjøbli og Sørli, 2008). TIBIR er en kommuneomfattende modell som involverer barnehager, skoler, helsestasjoner, PPT og Barneverntjenesten, og retter seg mot å heve kompetansen og ferdighetene til de ansatte, samt koordinere kommunens tiltak. Alle tiltakene i programmet er rettet mot barn med risiko for å utvikle alvorlige atferdsproblemer, deres foreldre og/eller lærere (skole) og førskolelærere (barnehage). Målsettingen er tredelt (Berg m.fl., 2006): 1) Forebygge og avhjelpe atferdsproblemer på et tidlig tidspunkt og bidra til å utvikle barns positive og prososiale atferd. 2) Gi ansatte og ledere som arbeider og har ansvar for barn en felles forståelse av hvordan atferdsproblemer oppstår og kan avhjelpes. 3) Fungere som en helhetlig tiltakskjede der tiltakene er i overensstemmelse med målgruppens behov og forutsetninger.

I likhet med som for PMTO-rådgivning, er utviklingen av alle de andre tiltakene basert på det samme teoretiske og forskningsmessige grunnlaget som PMTO (Berg m.fl., 2006).

Programmet består av fire hovedmoduler (opplæring som PMTO-terapeut, grunnkurs i PMTO-rådgivning, kartlegging og identifisering av atferdsvansker og grunnkurs i sosial ferdighetstrening), og to påbygningsmodeller (konsultasjon for ansatte i barnehage og skole og ledelse av foreldregrupper). For eksempel vil det for et barn som viser atferdsproblemer hjemme og på skolen, rettes tiltak på begge arenaene (for eksempel PMTO-rådgivning til foreldrene i kombinasjon med PMTO-konsultasjon til personalet i barnehagen). På denne måten skal programmet som helhet styrke de voksnes samhandling med barnet på flere

arenaer. TIBIR kan derfor, i tråd med teorien som det tidligere er redegjort for (se 1.2.3 Videreutvikling av antisosial atferd), sies å skulle forebygge en videreutvikling av atferdsproblemene i de sosiale omgivelsene utenfor familien, som i skole/barnehage og sammen med jevnaldrende.

1.4 Empirisk bakgrunn

Tidligere metaanalyser, det vil si studier som gjør en statistisk gjennomgang og oppsummering av funnene fra flere studier, har vist at foreldrerådgivningsprogrammer (som i stor grad bygger på de samme temaene som PMTO) for foreldre med barn med atferdsproblemer har en positiv effekt (Kaminski m.fl., 2008; Lundahl m.fl., 2006; Reyno og McGrath, 2006). Effekten synes størst når det gjelder endringen av foreldres kunnskaper, holdninger og tiltro til egne ferdigheter (self-efficacy), noe mindre for foreldrepraksis, og igjen noe mindre for endringen i barnets atferd (Kaminski m.fl., 2008; Lundahl m.fl., 2006). En rekke undersøkelser (Reyno og McGrath, 2006; Lundahl m.fl., 2006; Reid m.fl., 2001; Webster-Stratton og Hammond, 1998) har imidlertid også vist at alle familier ikke profiterer like godt på slike programmer (parent training). Det er i den forbindelse funnet noen samsvarende resultater både når det gjelder hvilke komponenter som synes å være spesielt effektive, men også når det gjelder hvilke familier som har et dårligere utbytte av tiltakene.

Studier har vist at familier som opplever mye motgang (adversity) profiterer mindre på foreldrerådgivning (parent training) i forhold til familier som ikke opplever dette (Lundahl m.fl., 2006). Reyno og McGrath (2006) har tidligere funnet at indirekte faktorer, som ikke direkte involverer barnet, har stor betydning for om foreldrerådgivning (parent training) har positiv effekt. Det viste seg at familienes sosioøkonomisk status (SES) og mors mentale helse var spesielt betydningsfulle faktorer for om familien profiterte på tiltaket. Aleneforeldre, familier med lav inntekt og lavt utdanningsnivå eller lavstatusyrker (med andre ord SES) hadde dårligere effekt enn andre familier. Dårlig mental helse hos mor, og da spesielt depresjon, viste seg også å være en vesentlig faktor som svekket tiltakets effekt. Andre psykiske vansker og stress, store negative livshendelser og høyt konfliktnivå i parforholdet virket også inn. Når det ble undersøkt variabler ved barna, viste det seg at høyere alvorlighetsgrad av atferdsproblemer og at offentlige instanser som skole og sosialtjenester tok initiativ til tiltaket, bidro til å redusere effekten. Lundahl m.fl. (2006) fant nokså

samsvarende resultater. I deres metaanalyse var det spesielt variabelen dårlig økonomi som så ut til å moderere effekten av tiltakene.

I studien som evaluerte PMTO-behandling i Norge ble det funnet positive resultater for hele aldersgruppen, men det viste seg også at familier med barn som var åtte år eller yngre hadde best utbytte (Ogden og Amlund-Hagen, 2008). Det ble funnet forskjeller ved lærervurderingene av barnets atferd og i foreldrenes daglige telefonrapporteringer om barnets atferd over tre dager. Det ble ikke funnet forskjeller i effekt ut fra barnets kjønn.

Det finnes imidlertid lite empiri vedrørende hvilke faktorer som påvirker familienes utbytte når det gjelder kortvarige tiltak som PMTO-rådgivning. Et sentralt spørsmål for denne oppgaven er derfor om disse tidligere funnene ved foreldrerådgivningsprogrammer samsvarer med et korttidstiltak som PMTO-rådgivning. Ettersom PMTO-rådgivning er et mindre omfattende hjelpetiltak, som i liten grad gir mulighet for å hjelpe familiene på andre områder enn samspeillet mellom foreldre og barn, er det grunn til å tro at utenforliggende faktorer innvirker på familiens profitering av også dette tiltaket. Samtidig inneholder PMTO-rådgivning komponenter som også er til stede i en rekke andre forebyggings- eller behandlingsprogrammer for foreldre med barn med atferdsproblemer. Metaanalyser som undersøker hvilke komponenter som er effektive, kan derfor gi noen på indikatorer hvilke faktorer som påvirker effekten av PMTO-rådgivning.

Kaminski m.fl. (2008) undersøkte forskjellige programmer for forebygging og behandling av barns atferdsproblemer for foreldre med barn i alderen 0-7 år. Effekten ble målt både i forhold til mulig endring av foreldrenes og barnets (eksternaliserte) atferd. Deres funn peker på fire hovedkomponenter ved foreldrerådgivningsprogrammer som viste seg å være spesielt effektive for å redusere barnets atferdsproblemer. De konkluderte med at komponenter som hadde som mål å 1) øke foreldrenes positive involvering med barnet, 2) lære foreldrene å kommunisere følelser med barnet på en positiv måte (utslag kun for foreldrepraksis og ferdigheter), 3) lære foreldrene å bruke pausetid (time-out) som grensesettingsteknikk og å møte barnets atferd på en konsekvent måte (utslag kun for barnets atferd), og som innebærer at 4) foreldrene øver på nye ferdigheter sammen med barnet mellom rådgivningsmøtene (Kaminski m.fl., 2008). (For mindre grad av foreldreinvolvering, som rollespill og hjemmelekse var det ingen slik signifikant effekt.) Tre av disse komponentene er en del av PMTO-rådgivningen. Resultatene tydet også på at de ulike komponentene verken var mer eller mindre effektive i behandlingsprogrammer enn i forebyggingsprogrammer (Kaminski

m.fl., 2008). Det var altså verken tiltakets lengde eller atferdsproblemenes alvorlighetsgrad, men tiltakets innhold, som var avgjørende for effekten. Likevel kunne det se ut som om at forebyggingsprogrammer i noe mindre grad ga umiddelbar effekt i form av reduserte eksterne atferdsproblemer ved post. Som jeg kommer inn på senere, kan det være flere forklaringer på dette.

1.5 Problemstilling

Kjøbli og Ogden (2010) har tidligere undersøkt effekten av PMTO-rådgivning ved avsluttet tiltak sammenlignet med andre hjelpetiltak. (Langtidseffektene er under analyse.) Ved analyse av innsamlet data fra foreldrene ble det funnet signifikante forskjeller i form av at PMTO-rådgivning i større grad reduserte barnas atferdsproblemer og økte deres sosiale kompetanse, samt bedret foreldrenes egen foreldrepraksis.

Selv om PMTO-rådgivning ga positive effekter, vil det være interessant å undersøke familiene i studien nærmere for å se om det er forskjeller ved dem som har hatt et positivt utbytte og de som har hatt et negativt eller nøytralt utbytte. Dette vil kunne være en interessant problemstilling både for å kunne øke effekten av tiltaket gjennom å tilby det til rett målgruppe, men også for å se nærmere på om det er forbedringspotensial i selve tiltaket. Hensikten med denne undersøkelsen var derfor å skille mellom de familiene hvor det ble målt et positivt utfall av tiltaket fra de familiene hvor det ikke ble målt et nøytralt eller negativt utfall, og ut fra dette se nærmere på om det var variabler som var knyttet til familienes utbytte. Ut fra dette ble følgende problemstilling formulert:

Hvordan er ulike variabler relatert til familienes utbytte av PMTO-rådgivning? Innenfor problemstillingen har jeg valgt å analysere følgende tre hovedområder:

1) Familiens bakgrunn. Som det er vært inne på tidligere, har forskning vist at kontekstuelle faktorer rundt familien kan være risikofaktorer for at barnet utvikler atferdsproblemer. Derfor ble det gjennomført analyser av bakgrunnsvariabler og demografiske variabler for å undersøke om det var noen kjennetegn ved familiene som hadde et godt utbytte av PMTO-rådgivning i forhold til de som ikke har et slikt utbytte.

2) Foreldrepraksis og foreldrenes mentale helse før rådgivningen. Med foreldrepraksis menes hvordan foreldrene samhandler med barnet og hvilke ferdigheter de viser i forhold til

oppdragelsen av barnet. Målsettingen med PMTO-rådgivning er å bedre foreldrepraksisen, og derigjennom redusere barnets atferdsproblemer. Det kan derfor tenkes at familier med god foreldrepraksis før oppstart har mindre potensial for å minske barnets problematferd. Derfor ble det undersøkt om forskjeller i foreldrepraksis før oppstart av PMTO-rådgivningen var knyttet til utbytte av tiltaket. Som tidligere nevnt, er det i andre studier funnet en sammenheng mellom dårlig mentale helse hos foreldrene, dårlig foreldrepraksis og utfall i foreldretiltak. Dette gjorde det interessant å undersøke om foreldrenes mentale helse før oppstart var knyttet til familienes utbytte av PMTO-rådgivning.

3) Barnets problematferd, sosiale kompetanse og angst/depresjon før rådgivningen.

Ettersom PMTO-rådgivning er et forebyggende tiltak var det interessant å se om omfanget av atferdsproblemer og graden av sosial kompetanse hos barnet før oppstart hadde innvirkning på om familien profitterte på tiltaket. Dette kan gi indikasjoner på om et slikt korttidstilbud kan hjelpe familier med barn som viser et stort omfang av atferdsproblemer i forhold til barn som viser atferdsproblemer i mindre grad. Det var også viktig å undersøke om barnets mentale helse før oppstart var knyttet til familienes utbytte, da det kan tenkes at familier med barn med dårlig mental helse i tillegg til eksternaliserte atferdsproblemer (komorbiditet), har behov for mer omfattende hjelpetiltak.

2 Metode

For å svare på hovedproblemstillingen og de tre underspørsmålene har jeg gjort analyser av tidligere innsamlet datamateriale i en større studie fra Atferdssenteret i Oslo (Kjøbli og Ogden, 2010). Jeg skal her redegjøre for de metodiske valgene som ligger til grunn for studien og knytte dette til mine forskningsspørsmål og analyser. Dette innebærer en redegjørelse for utvalget i undersøkelsen, gjennomføringen av undersøkelsen, måleinstrumentene som er benyttet og analysene som ligger til grunn for resultatene.

Forskningsdesign

Hovedstudien, som danner grunnlaget for denne undersøkelsen, bygger på et eksperimentelt design, der PMTO-rådgivning ble innført som en påvirkningsfaktor for å studere mulig effekt av dette hjelpetiltaket i forhold til annen praksis som var tilgjengelige i kommunene (Kjøbli og Ogden, 2010). Målet var å evaluere effekten av PMTO-rådgivning i et utvalg av familier der foreldrene søkte hjelp for tiltakende eller allerede utviklede atferdsproblemer hos barnet. Effekten ble målt rett etter at tiltaket ble avsluttet. Hovedvariablene som ble undersøkt var foreldre- og lærerrapportert atferd hos barnet innenfor områdene problematferd, internaliserte vansker og sosial kompetanse og foreldrerapportering av deres egen foreldrepraksis. Foreldrenes mentale helse ble også tatt med som en variabel fordi dette fra tidligere er kjent å påvirke utfallet i slike studier. For å gjøre analysene av datamaterialet og presentasjonen av resultatene håndterbare innenfor denne oppgavens rammer, valgte jeg å ekskludere lærerrapportering i mine analyser. Bakgrunnen for dette var at tidligere funn i studien indikerte at foreldrenes nytte av PMTO-rådgivningen så ut til å ha begrenset overføringsverdi i forhold til barnets atferd i skole og barnehage (Kjøbli og Ogden, 2010). Mine analyser bygger således kun på foreldrenes rapportering.

2.1 Deltakere

For studien som helhet ble 227 familier innlemmet i utvalget (Kjøbli og Ogden, 2010). Av disse godtok 216 å bli med som deltakere i studien. Familiene ble rekruttert fra alle fem helseregioner i Norge. Deltakerne hadde alle kontaktet eller blitt kontaktet av en 1. linjetjeneste med bakgrunn i at et barn i familien enten var i ferd med å utvikle eller allerede viste atferdsproblemer. For å sikre at utvalget i størst mulig grad samsvarte med de familiene

som i virkeligheten får tilbud om og mottar hjelp (altså populasjonen vi ønsker å si noe om), ble det ikke gjort noen ytterligere kartlegging av familiene før de fikk være med i studien. Hvilke familier som ble tilbudt hjelp var derfor basert på praktikernes egne kliniske vurderinger. På bakgrunn av utvalgets størrelse og rekrutteringsstrategien som er benyttet, kan utvalget sannsynligvis anses som representativt i forhold til hele populasjonen, altså familier som søker hjelp i forhold til atferdsproblemer hos sitt barn i alderen 3-12 år.

De 216 familiene ble randomisert og delt inn i to grupper: 1) Familier som fikk PMTO-rådgivning (eksperimentgruppen) og 2) Familier som fikk ”praksis som vanlig” (kontrollgruppen) (Kjøbli og Ogden, 2010). Ved undersøkelse av om det var signifikante forskjeller mellom gruppene ble det funnet en signifikant forskjell ved at familiene i førstnevnte hadde høyere utdanningsnivå enn sistnevnte. Av de 108 familiene som fikk PMTO-rådgivning ble 13 ekskludert fra analysene fordi de ikke ønsket å delta i undersøkelsen og dermed ikke rapporterte ved post. I tråd med at denne undersøkelsen hadde som mål å undersøke variabler som kan ha betydning for om PMTO-rådgivning har effekt, bestod utvalget for mine analyser av de 95 familiene som mottok dette tiltaket. Av barna i denne gruppen var det 63 (66,3 %) gutter og 32 (33,7 %) jenter. 50 (52,6 %) barn bodde sammen med begge sine biologiske foreldre, 15 (15,8 %) bodde sammen med foreldre som var gift eller samboer med en annen voksen og 30 (31,6 %) bodde med aleneforeldre. Demografiske variabler for utvalget ved inntak er presentert i tabell 1.

Tabell 1

Gjennomsnitt og standardavvik (SD) for demografiske variabler ved inntak (pre).

Demografisk variabel	Gjennomsnitt (SD)
Barnets alder	7.22 (2.61)
Familiens inntekt	565,614 (298,316)
Familiens inntekt per person i husholdningen	144,741 (64,254)
Forelders alder	35.54 (5.81)
Forelders utdanning	4.19 (1.24)
Antall søsken	1.19 (.90)
	Antall (%)
Gutter	63 (66.3)
Jenter	32 (33.7)
Biologiske foreldre bor sammen	50 (52.6)
Samboer med annen enn biologisk forelder	15 (15.8)
Aleneforeldre	30 (31.6)
Foreldrenes morsmål (norsk)	88 (92.6)
Foreldrenes fødeland (norsk)	80 (84.2)

$n = 95$

2.2 Gjennomføring

Forskningsprosjektet fikk etisk godkjenning av det regionale forskningsrådet (Kjøbli og Ogden, 2010). Familiene ble rekruttert i perioden februar 2007 til mars 2008. De mottok en skriftlig invitasjon med informasjon om studien og aksepterte egen deltakelse ved å samtykke skriftlig på denne. Foreldrene ble ikke tilbudt noen form for økonomisk kompensasjon for å delta i studien. Før PMTO-rådgivningen startet opp (pre) og umiddelbart etter avslutningen (post) ble foreldrene intervjuet på kontoret der rådgivningen hadde funnet sted. Intervjuet varte omtrent én time, og bestod av at foreldrene fylte ut spørreskjemaer som omhandlet bakgrunnsopplysninger om familien, foreldrenes egen foreldrepraksis og barnets atferd. For å forenkle prosedyren ble kun den forelder som rapporterte om mest tilbrakt tid sammen med barnet, spurt om å svare. Ut fra dette var 85 (89,5 %) av respondentene barnets mor, 9 (9,5 %) var barnets far og 1 var (1,1 %) barnets fosterfar. (For å ivareta leseligheten brukes begrepet foreldre i resten av oppgaven). Dette medførte at rapporteringen både av forelderens foreldrepraksis og mentale helse, samt barnets atferd i stor grad er basert på mors vurderinger.

2.3 Måleinstrumenter

Foreldrene rapporterte om egen foreldrepraksis, barnets problematferd, barnets sosiale kompetanse, barnets internaliserte vansker og forelderens egen mentale helse (Kjøbli og Ogden, 2010). I registreringen ble det benyttet hele eller deler av ulike spørreskjemaer som instrumenter for å måle ulike variabler. Reliabiliteten ble vurdert for alle skalaene (se tabell 2 for Cronbach's alpha). Med reliabilitet i denne sammenheng menes i hvilken grad alle spørsmålene på en skala måler det samme, såkalt indre konsistens (Kleven, 2002). På denne måten gir Cronbach's alpha et mål på i hvilken grad det kan generaliseres fra resultatet på de spørsmålene som skalaen inneholder, til hele universet av spørsmål som kan tenkes å dekke området som skalaen er ment å måle. Hensikten med å innlemme flere spørsmål på en skala er nettopp at det fanger opp en større del av aspektene ved begrepet som skalaen som helhet er ment å måle. Ettersom Cronbach's alpha måler hvor godt spørsmålene innenfor en skala samsvarer med hverandre, er det hensiktsmessig med en verdi som verken er for høy (det vil si at spørsmålene i for stor grad måler akkurat samme fenomen) eller for lav (det vil si at skalaen er for lite enhetlig til å kunne sies å dekke hele det begrepet eller området som ønskes målt). Ut fra dette ble skalaene Tydelige forventninger og Tilsyn innenfor området foreldrepraksis (PPI) utelatt på grunn av for lav reliabilitet (se tabell 2).

Tabell 2

Reliabilitetskoeffisienter ved pre og post for skalaene.

Variabel	Pre	Post
Foreldrerapportert foreldrespraksis		
Streng i forhold til alder (PPI)	.69	.74
Streng disiplin (PPI)	.81	.82
Inkonsekvent discipline (PPI)	.73	.68
Adekvat discipline (PPI)	.76	.82
Positiv involvering (PPI)	.73	.75
Tydelige forventninger (PPI)	.58	
Tilsyn (PPI)	.53	
Foreldrerapportert atferd hos barnet		
Eyberg intensitetsskala (ECBI)	.91	.93
Eyberg problemskala (ECBI)	.87	.90
Antisocial atferd (HCSBS)	.93	.94
Sosial kompetanse (HCSBS)	.93	.95
Angst og depresjon (CBCL)	.85	.90
Foreldrerapportert egen mentale helse		
Egen mental helse (SCL)	.89	.83

Foreldrepraksis ble målt med Parenting Practices Interview (PPI) (Webster-Stratton og Hammond, 1998; Kjøbli og Ogden, 2010). Dette er et mye brukt intervju (Reid m.fl., 2001) som tidligere er blitt oversatt, og tilpasset i en norsk studie (Larsson m.fl., 2009). For å måle de foreldreferdighetene som det fokuseres på i PMTO-rådgivning, ble følgende skalaer innenfor PPI benyttet: 1) Streng i forhold til alder (Harsh for age), med 9 spørsmål (for eksempel "Gir barnet husarrest"). 2) Streng disiplin (Harsh discipline), med 14 spørsmål (for eksempel "Gir ørefik eller "dasker" til barnet"). 3) Inkonsekvent disiplin (Inconsistent discipline), med 6 spørsmål (for eksempel "Hvis du advarer barnet om en reaksjon eller konsekvens, hvor ofte følger du opp dette?"). 4) Adekvat disiplin (Appropriate discipline), med 16 spørsmål (for eksempel "Får barnet til å rette opp feilen"). 5) Positiv involvering (Positive parenting), med 15 spørsmål (for eksempel "Gir ros eller komplimenter til barnet"). Skalaene 6) Tydelige forventninger (Clear expectations), med 3 spørsmål (for eksempel "Jeg har laget klare regler for barnet og har forventninger med hensyn til å legge seg") og 7) Tilsyn (The monitoring scale), med 9 spørsmål (for eksempel "Hvor stor prosent av barnets venner kjenner du godt?"), ble ikke benyttet på grunn av lav reliabilitet. Alle skalaene er delt inn i verdier fra 1 til 7, der høyere skåre representerer mer av den målte praksisen.

Foreldrenes vurdering av barnets atferd ble målt med følgende tre spørreskjemaer: Eybergs registrering av atferd hos barn (Eyberg Child Behavior Inventory – ECBI) (Eyberg og Pincus, 1999), Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS) (Merrell og Caldarella, 2002) og Child Behavior Check List (CBCL) (Achenbach, 1991) (Kjøbli og Ogden, 2010). ECBI er

standardisert (altså normert, validert og reliabilitetstestet) i Norge og består av spørsmål (for eksempel ”Reagerer med trass hvis han/hun blir bedt om å gjøre noe”) som er spesielt relatert til å måle atferdsproblemer hos barn i alderen 4-12 år (Reedtz m.fl., 2008). Skjemaet består av 36 spørsmål med to ulike skalaer: Én intensitetsskala (7-delt, der høyere skåre representerer mer problematferd), som måler hyppigheten av atferden og en problemskala (2-delt) som måler hvorvidt forelderen opplever atferden som et problem (skåret 1) eller ikke (skåret 0). HCSBS består av til sammen 64 spørsmål (5-delt skala), der halvparten av spørsmålene (for eksempel ”Truer andre, er verbalt aggressiv”) omhandler atferdsproblemer (høyere skåre representerer mer atferdsproblemer) og den andre halvparten (for eksempel ”Tilpasser seg forventningene til oppførsel i ulike situasjoner”) omhandler sosial kompetanse (høyere skåre representerer høyere sosial kompetanse). Det er oversatt til norsk av Atferdssenteret, men er kun blitt normert i USA. CBCL er tidligere validert i en norsk studie (Nøvik, 1999). Fra dette spørreskjemaet ble kun skalaen som omhandler engstelighet og depresjon, med i alt 14 spørsmål (for eksempel ”Klager over eller synes at ingen er glad i han/henne”) (3-delt skala der høyere skåre representerer større vansker), benyttet.

Forelderens egen mentale helse ble målt med Symptom Check List -5 (SCL -5) (5-delt skala der høyere skåre representerer større vansker), som måler engstelighet og depresjon. Dette er en kortfattet versjon av SCL -25, som tidligere er validert på et norsk utvalg (Tambs og Moum, 1993). Her ble det konkludert med at summen av disse fem spørsmålene (for eksempel ”Følelse av håpløshet i forhold til fremtiden”) korrelerte svært godt ($r = .92$) med skalaen som helhet, og at den således var et velegnet mål på foreldrenes mentale helse generelt.

Analyser med ulike variabler

Egenskapene ved variabelen som benyttes som måleinstrument vil ha konsekvenser for hvordan den statistiske analysen kan gjennomføres (Befring, 2007). Variablene kan klassifiseres ut fra egenskapene ved variabelen og de måleprinsippene som benyttes. En nominalvariabel er definert på en slik måte at det bare gir mening å snakke om likhet eller ulikhet og ikke om hvor stor forskjellen eventuelt er. Dette innebærer at variabelen kun måler om personer har den samme verdien eller ulike verdier (for eksempel gutt/jente). En ordinalvariabel innebærer at vi i tillegg til å referere til likhet eller ulikhet også kan trekke slutninger av typen større enn eller mindre enn. Med en slik variabel får vi likevel ikke

informasjon om hvor stor innbyrdes forskjell i variabelverdi det er mellom de ulike skårene. Alle skalaene det er redegjort for ovenfor bestod av slike ordinalvariabler der hvert enkelt spørsmål altså var gradert med verdier fra 0-2, 1-5, eller 1-7. En slik skala kan også kalles en likertskala (Likert scale). En intervallvariabel er på sin side definert ved at vi også kan uttale oss om størrelsen på måleenhetene og dermed de ulike intervallene på skalaen (Befring, 2007). For å kunne gjøre dette må forskjellen mellom de ulike stegene på skalaen være like store uansett hvor på skalaen vi befinner oss. Et eksempel på en slik skala er bakgrunnsvariabelen alder.

2.4 Prosedyrer for analyse

Manglende data

Ettersom det var få saker med manglende data ble det ikke foretatt ”manglende data imputeringer”.

2.4.1 Analyse av endring

Grunnlaget for analysene ble lagt ved å dele familiene som mottok PMTO-rådgivning inn i ulike grupper ut fra i hvilken grad de hadde utbytte av tiltaket. For å definere utbytte ble følgende to kriterier valgt: 1) Om, og i hvilken grad barnets atferdsproblemer endret seg fra pre til post. 2) Om barnets atferdsproblemer lå innenfor klinisk område eller ikke ved pre og post. Ved å inkludere begge disse kriteriene i analysene var det mulig å se barnets relative endring opp mot en mer standardisert vurdering av alvorlighetsgraden av atferdsproblemene. (Fordelen med dette kan eksemplifiseres ved at gutter generelt viser mer atferdsproblemer enn jenter, og at yngre barn viser mer atferdsproblemer enn eldre barn. Dette kan gi et ulikt utgangspunkt for å måle endring hos et barn i forhold til et annet. Ved i tillegg å inkludere klinisk område i analysene, kan risikoen for slike feilslutninger minskes.) På denne måten kom et mer nyansert bilde av atferdsproblemene frem, noe som ga et bredere grunnlag for å vurdere i hvilken grad utbyttet av tiltaket var positivt.

For å gjøre analysene håndterbare innenfor denne oppgaven ble foreldrenes rapportering på ECBI intensitetsskala valgt som mål på atferdsendring hos barnet fra pre til post (se også tidligere redegjørelse for dette måleinstrumentet). Denne skalaen ble valgt av flere grunner.

For det første fordi den dekker et stort spekter av eksternalisert problematferd hos barn i alderen 4-12 år, slik at den gir et godt helhetlig mål på et barns atferdsproblemer. For det andre fordi denne skalaen tidligere er blitt vurdert som et velegnet mål på atferdsproblemer hos norske barn (Reedtz m.fl., 2008). For det tredje fordi dette er det eneste kartleggingsverktøyet for barns atferdsproblemer som er standardisert (altså normert, validert og reliabilitetstestet) i Norge. Det sistnevnte gir muligheter for å vurdere i hvilken grad atferden er innenfor klinisk område etter norske forhold. Dette har betydning fordi det har vist seg at andelen barn som viser atferdsproblemer varierer mellom ulike land. Blant annet er det funnet en lavere andel barn med alvorlige atferdsproblemer i Norge i forhold til USA (Reedtz m.fl., 2008). Det har også vist seg at voksnes vurdering av barns atferd varierer noe mellom forskjellige land fordi det eksisterer ulike normer og verdier for å vurdere hva som er akseptabel og problematisk atferd. For eksempel kan mildere fysisk utagering være mer akseptert i et land i forhold til et annet, og alvorlighetsgraden i slik atferd vil dermed kunne vurderes ulikt. For det fjerde ble ECBI valgt fordi dette målet på endring og vurdering av effekt samsvarer med hovedmålet for PMTO-rådgivning som tiltak, som er å redusere atferdsproblemer hos barn.

Ved standardiseringen av ECBI ble 90. prosentil vurdert som et meningsfullt grensepunkt for å avgjøre om barnets atferd lå innenfor klinisk område eller ikke (Reedtz m.fl., 2008). Et slikt grensepunkt innebærer at 10 % av barna med størst omfang av atferdsproblemer klassifiseres innenfor klinisk område, mens de resterende 90 % av barna med mindre omfang av atferdsproblemer klassifiseres under klinisk område. Reedtz m.fl. (2008) viser til at et slikt grensepunkt på ECBI differensierer mellom barn med diagnosene Atferdsforstyrrelse (CD) og Opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD), og barn som ikke tilfredsstilte kriteriene for disse diagnosene. Dette grensepunktet kan i denne sammenhengen derfor anses som relevant for å vurdere om graden av barnets atferdsproblemer er alvorlig eller mindre alvorlig. Ved standardiseringen av ECBI viste det seg også at det var signifikante forskjeller i omfanget av atferdsproblemer både mellom kjønnene, så vel som mellom de ulike alderstrinnene (Reedtz m.fl., 2008). For eksempel kan det vises til at jenter generelt skårer noe lavere på denne skalaen, og at de dermed må vise et større omfang av atferdsproblemer i forhold til normalvariasjonen for å komme innenfor klinisk område dersom dette ikke tas høyde for. Som en følge av dette ligger det ulike grenseverdier til grunn for gutter og jenter på hvert av alderstrinnene (grenseverdiene varierer fra 135.0 til 110.4 for gutter og fra 124.0 til 110.0 for jenter). Reedtz m.fl. (2008) fremhever nettopp viktigheten av å differensiere grenseverdiene

på denne måten for å få riktig informasjon for hvert individ og for eksempel unngå å måle lavere effekt for jenter enn det i virkeligheten er. I denne undersøkelsen ble det derfor beregnet om sumskåren på ECBI intensitetsskala lå innenfor eller under klinisk område ved både post og pre for barnet i hver enkelt familie. Det ble funnet at 53 (55,8 %) av familiene hadde barn som befant seg innenfor klinisk område ved pre, mens kun 19 (20,0 %) befant seg innenfor klinisk område ved post. Dermed kunne utvalget deles i fire grupper ut fra om barnets atferdsproblemer målt med ECBI lå under eller innenfor klinisk område ved pre og post. Se tabell 3 for en oversikt.

Tabell 3

Antall familier under og over klinisk område på ECBI ved pre og post.

	Pre	Post
	Antall (%)	Antall (%)
Under klinisk område	42 (44,2)	76 (80,0)
Over klinisk område	53 (55,8)	19 (20,0)

$n = 95$

Videre ble det beregnet endringsskårer for hver familie ved at sumskåren på ECBI før rådgivningen ble trukket fra sumskåren på ECBI etter rådgivningen (post-pre). Ut fra dette representerte en negativ endringsskåre reduserte atferdsproblemer hos barnet, mens en positiv endringsskåre representerte økte atferdsproblemer hos barnet. For å sikre at endringene som ble målt med høy sannsynlighet var reelle og ikke skyldtes tilfeldige målefeil, ble det undersøkt om endringen var statistisk reliabel. Ved hjelp av "Reliable change index" (Jacobsen og Truax, 1991) ble det estimert hvor stor en families endring fra pre til post på ECBI måtte være for at den var statistisk reliabel ut fra et konfidensintervall på 95 % (det vil si større enn 1,96 standardavvik). Ut fra dette kunne utvalget på nytt deles inn i to grupper; 1) familier med positiv reliabel endring fra pre til post ($n = 46$) og 2) familier uten positiv reliabel endring fra pre til post ($n = 49$).

2.4.2 Inndeling i grupper

Begge kriteriene for å måle familienes utbytte ble deretter koblet sammen for å gruppere familiene. Med andre ord ble endringsskåren koblet med hvorvidt atferdsproblemene lå innenfor eller under klinisk område ved pre og post. Ut fra redegjørelsen ovenfor viste det seg hensiktsmessig å dele inn familiene i fire grupper; gruppe 1 og 2 med et positivt resultat, gruppe 3 med et nøytralt resultat, og gruppe 4 med et negativt resultat. Inndelingen ble gjort

ut fra følgende (ekskluderende) kriterier: 1) Svært positivt resultat. Familiene med positiv reliabel endring fra pre til post samtidig som barnets atferd endret seg fra innenfor klinisk område til under klinisk område. Et slikt resultat ble vurdert som spesielt positivt fordi barnets omfang av problematferd minsket betydelig fra alvorlig til mindre alvorlig grad. Det kan derfor hevdes at disse barna har redusert risikoen for å utvikle stabile og alvorlige atferdsproblemer på lengre sikt, og at de på en måte er ”friskmeldt” (recovered). Det ble derfor vurdert at familiene innenfor denne gruppen hadde en svært positiv effekt av tiltaket. 2) Positivt resultat. Familiene med positiv reliabel endring fra pre til post samtidig som barnets atferd var uendret i forhold til klinisk område. Det ble vurdert at også familiene innenfor denne gruppen hadde en tydelig positiv effekt av tiltaket. Barnets omfang av atferdsproblemer ble betydelig redusert, men endringen viste seg ikke i forhold til klinisk område. 3) Nøytralt resultat. Familiene uten reliabel endring fra pre til post samtidig som barnets atferd lå under klinisk område ved post. Familiene innenfor denne gruppen hadde ikke et tydelig utbytte av tiltaket da det ikke ble målt noen reliabel endring i barnets atferdsproblemer. 4) Negativt resultat. Familiene med negativ reliabel endring fra pre til post og/eller familiene der barnets atferd lå innenfor klinisk område ved post. For familiene i denne gruppen kan det dermed hevdes at tiltaket ikke var vellykket eller tilstrekkelig da barnet viste alvorlig problematferd både før og etter tiltaket.

2.4.3 Analyser av forskjeller mellom gruppene

Inndelingen av gruppene danner grunnlaget for å gjennomføre statistiske analyser av om det var forskjeller mellom gruppene utgangspunkt som kunne bidra til å forklare hvorfor familienes utbytte varierte. De statistiske analysene som ble gjort er basert på grunnleggende statistisk slutningstesting som gir grunnlag for å kunne generalisere utover det utvalget som er undersøkt.

Hypotesetesting

Ved statistisk generalisering gjennom hypotesetesting er det de tilfeldige feilfaktorene i tilknytning til utvalget som vurderes (Befring, 2007). Hypotesetesting handler om å avklare om forskjellene mellom gruppene i utvalget er tilstrekkelige for å kunne regne med at de er gyldige for populasjonen (Befring, 2007). I analysene av dataene i denne undersøkelsen ble det formulert en nullhypotese for hver av de undersøkte variablene, som innebar at det ikke

var noen forskjeller mellom de fire gruppene. For å verifisere eller forkaste denne hypotesen for hver variabel, ble det foretatt statistiske vurderinger basert på et signifikansnivå på 5 % ($p < .05$). Dette betyr at det skal være mindre enn 5 % sjanse for at nullhypotesen er sann for at den skal forkastes. Et viktig grunnlag for hypotesetesting er standardfeilen til egenskapen (målingen av variabelen) som blir testet. Med standardfeilen menes standardavviket i en tenkt fordeling av gruppen (samplingfordeling) av vedkommende egenskap. Størrelsen på standardfeilen er proporsjonal med variasjonen i gruppen og omvendt proporsjonal med kvadratroten av størrelsen. Dette betyr at jo større gruppen er og jo mindre variasjon det er innen gruppen, desto mindre blir standardfeilen.

En hypotesetesting vil altså ikke føre til en absolutt sikker konklusjon, men vil gi et holdepunkt for å trekke en slutning på et sannsynlig grunnlag. På denne måten kan hypotesetesting bidra til å trekke slutninger i forhold til om det er en statistisk sett 95 % sikker sammenheng mellom noen av de analyserte variablene i undersøkelsen. Det kan imidlertid være to former for å gjøre feilslutninger ved slik hypotesetesting, såkalt type I- og type II-feil (Befring, 2007). Type I-feil innebærer at en sann nullhypotese forkastes; den formulerte nullhypotesen er sann, men den statistiske analysen på basis av gruppen som undersøkes, sier at den er falsk. Sannsynligheten for at en slik feil kan oppstå, øker jo høyere krav det stilles til den statistiske signifikansprøvingen. Der det blir funnet signifikante forskjeller mellom gruppene i mine analyser, medfører dette altså en sjanse på 5 % for at denne forskjellen skyldes en tilfeldighet og at det i virkeligheten ikke er en slik forskjell mellom gruppene. Type II-feil innebærer at en falsk hypotese aksepteres; den formulerte analysen er falsk, men analysen resulterer i en konklusjon som sier at den er sann. Sannsynligheten for at en slik feil kan oppstå, øker jo lavere krav det stilles til den statistiske signifikansprøvingen. Der det ikke blir funnet signifikante forskjeller mellom gruppene i mine analyser, medfører dette at altså en sjanse på 5 % for at dette skyldes en tilfeldighet og at det i virkeligheten likevel er en forskjell mellom gruppene.

Signifikanstesting av forskjeller

Signifikanstesting av differansen mellom gjennomsnittsverdiene for to grupper kalles t-test (Befring, 2007). I denne undersøkelsen ble t-test benyttet for å undersøke om det var signifikante forskjeller på (ordinal- og intervall-) variablene mellom gruppen som fullførte

tiltaket og gruppen som falt fra underveis. Ved nominale variabler (for eksempel gutt/jente) ble det benyttet kji-kvadrat-test.

Når man ønsker å undersøke forskjeller mellom mer enn to grupper (populasjoner), slik som i denne undersøkelsen, vil det i stedet for å gjennomføre parvise t-tester være hensiktsmessig å gjennomføre en variansanalyse, også kalt ANOVA (analysis of variance) (Befring, 2007).

Den enkleste formen for en ANOVA kalles F-test. En F-test inneholder to statistiske størrelser. For det første en mellomgruppevarians, som er den samlede variansen for alle som inngår i undersøkelsen i relasjon til det totale gjennomsnittet. For det andre en innenfor-gruppevarians, som er den samlede variansen innenfor de ulike gruppene (i relasjon til de respektive aritmetiske gjennomsnittene). Tankegangen bak F-testen er at dersom de fire gruppene i denne undersøkelsen i virkeligheten tilhører samme populasjon, så vil mellomgruppe- og innenfor-gruppevariansen være den samme. Jo mer mellomgruppevariansen overstiger innenfor-gruppevariansen, desto større er sjansen for at gruppene representerer ulike populasjoner, og at nullhypotesen forkastes. F-testen sammenligner altså størrelsen på variansen av gruppenes gjennomsnitt med størrelsen på variansen rundt eget gruppegjennomsnitt innenfor hver enkelt gruppe (Coolican, 1999).

Hovedspørsmålet i mine analyser var om forskjellene mellom de fire gruppene (populasjonene) på noen av de undersøkte variablene var så store at de kunne karakteriseres som statistisk signifikante, og at nullhypotesen dermed kunne forkastes. Ettersom de fire gruppene i denne undersøkelsen ble gruppert enkeltvis, ble det i mine analyser benyttet en såkalt enveis ANOVA i form av F-tester. Resultatene på hver enkelt variabel innenfor hvert område (altså bakgrunnsvariabler, foreldrerapportert foreldrepraksis ved pre, foreldrerapportert atferd hos barnet ved pre og forelders mentale helse ved pre) ble altså sammenlignet med hver av de fire gruppene.

F-testen gir imidlertid bare et helhetlig svar på om nullhypotesen kan aksepteres eller forkastes (Coolican, 1999). Dersom F-testen gir en signifikant konklusjon, innebærer dette at minst ett av gjennomsnittene er signifikant forskjellig fra minst ett av de andre gjennomsnittene. Den sier imidlertid ingenting om hvilke grupper som skiller seg signifikant fra hverandre. For å avgjøre dette vil det være nødvendig å gjøre en såkalt post-hoc-test (post hoc comparisons) med flere grupper. Dette kan beskrives som å gjøre alle mulige tester mellom to gjennomsnitt for å finne ut hvilke grupper det er signifikante forskjeller i mellom. (Dette kan for øvrig sammenlignes med å gjøre en rekke t-tester av forskjellene mellom to og

to grupper av gangen.) I de tilfellene hvor det ble funnet signifikante forskjeller eller nesten signifikante forskjeller ved ANOVA i min undersøkelse, ble det derfor fulgt opp med å gjøre en post-hoc-test (Bonferroni) for å se hvilke grupper som det kunne sies å være signifikante forskjeller mellom.

3 Resultater

Som tidligere nevnt, ble enveis ANOVA med F-tester benyttet for å analysere forskjeller mellom de fire gruppene. I de tilfellene hvor det ble funnet signifikante forskjeller ble det fulgt opp med å gjøre en post-hoc-test (Bonferroni) for å se hvilke grupper som det kunne sies å være signifikante forskjeller mellom. Først skal jeg imidlertid redegjøre kort for analysene av frafall og utvalgets sammensetning, som er gjort for å undersøke i hvilken grad utvalget er representativt.

3.1 Frafall og utvalgets sammensetning

Av de 108 familiene som fikk PMTO-rådgivning og som fullførte rapporteringen ved pre, var det 13 familier som falt fra underveis, og som ikke ble med i analysene, noe som gjorde at gjennomføringsandelen var relativt høy (88 %). Som tidligere nevnt, vil det, for å kunne trekke slutninger fra resultatene på denne undersøkelsen til hele populasjonen, være en forutsetning at utvalget er representativt (Befring, 2007). Det ble derfor gjennomført t-tester og kji-kvadrat-tester av variablene før oppstart for å undersøke om det var noen signifikante forskjeller mellom gruppen som fullførte tiltaket ($n = 95$) med gruppen som falt fra underveis ($n = 13$). Det ble funnet signifikante forskjeller ved at familiene som gjennomførte tiltakene hadde høyere utdanningsnivå (.001) og bestod av færre andre voksne i familien (.050). Det ble også funnet en signifikant forskjell ved at familiene som falt fra underveis rapporterte om dårligere egen mental helse (.007). Ellers ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller, verken når det gjaldt de andre demografiske variablene (barnets alder, barnets kjønn, etnisitet, antall søsken, aleneforeldre, inntekt, foreldrenes alder) eller på skalaene som målte egenrapportert foreldrepraksis og foreldrerapportert atferd hos barnet.

For å få et bilde av utvalgets sammensetning i forhold til resten av populasjonen ble det undersøkt analyser av demografiske variablene før oppstart for hele utvalget ($n = 95$). Her ble det funnet noen interessante forskjeller. Andelen aleneforeldre var 31,6 %, noe som er betydelig høyere enn i landet som helhet (21,6 %) (SSB 2010b), men nokså samsvarende med en nylig studie av familier som deltok i PMTO-behandling i Norge (Kjøbli og Ogden, 2009). Gjennomsnittlig inntekt per familie var 565,614 (SD 298,316), noe som kan anses som høyt i forhold til den tidligere nevnte sammenlignbare studien (Kjøbli og Ogden, 2009). Dette, og

forskjellen i forhold til gruppen som falt fra, kan derfor antyde at utvalget i gjennomsnitt hadde noe høyere SES enn populasjonen.

Ettersom endringen fra pre til post delvis er målt i forhold til klinisk område på ECBI intensitetsskala, ble det også undersøkt hvordan utvalget som helhet skåret i forhold til dette. Foreldrenes rapportering viste at 53 (55,8 %) av barna befant seg innenfor klinisk område på ECBI ved pre, noe som tydet på at en betydelig andel av familiene som deltok hadde barn som allerede hadde utviklet atferdsproblemer innenfor klinisk område. Ved post befant bare 19 (20 %) seg innenfor klinisk område. Det viste seg at 80 av familiene rapporterte om reduserte atferdsproblemer (både reliabel og ikke reliabel endring) fra pre til post, målt med ECBI.

3.2 De inndelte gruppenes sammensetning

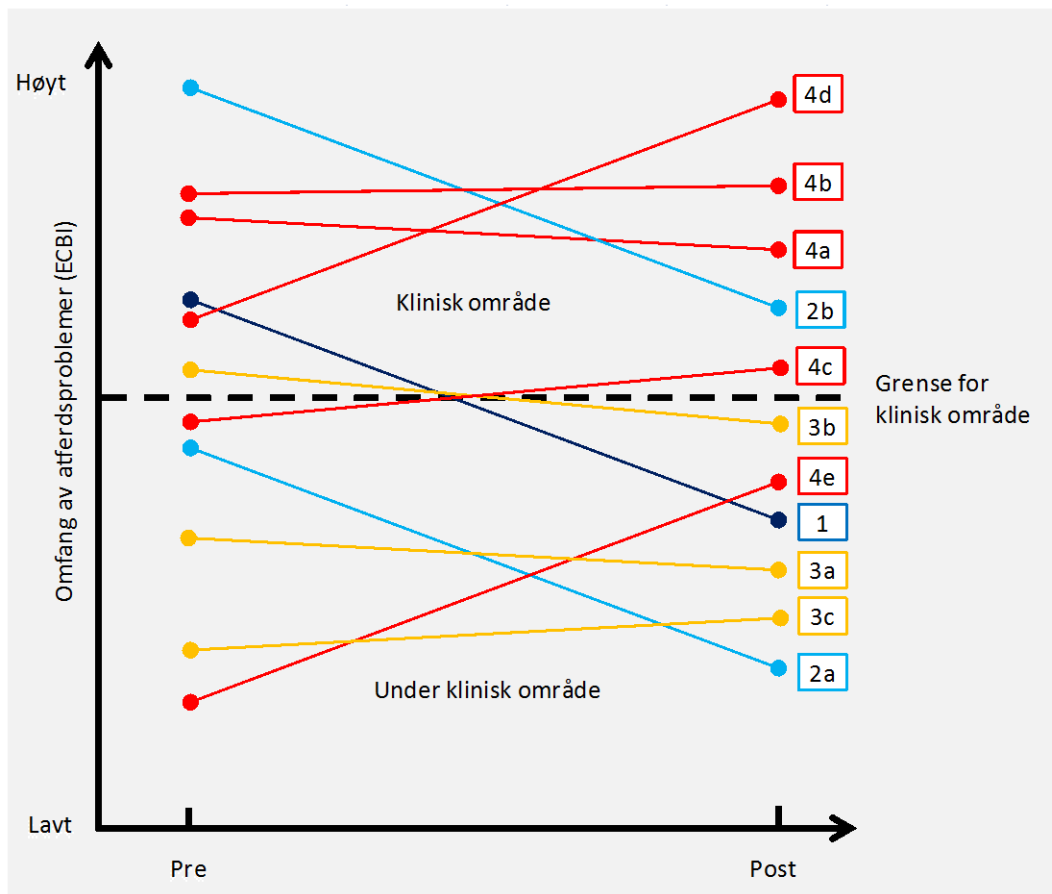
Som tidligere redegjort for i metodekapitlet ble utvalget inndelt i fire grupper. Kriteriene som lå til grunn for inndelingen (presentert i metodekapitlet) ga følgende sammensetning av gruppene, illustrert ved figur 1:

Gruppen med svært positivt resultat (gruppe 1) inneholdt familiene med positiv reliabel endring fra pre til post samtidig som barnets atferd endret seg fra innenfor klinisk område til under klinisk område. Ut fra disse kriteriene bestod denne gruppen av 30 familier.

Gruppen med positivt resultat (gruppe 2) inneholdt familiene med positiv reliabel endring fra pre til post samtidig som barnets atferd var uendret i forhold til klinisk område. Ut fra disse kriteriene bestod denne gruppen av 16 familier. For de fleste av familiene (gruppe 2a, n = 13) innenfor denne gruppen lå barnets atferd under klinisk område ved både pre og post. For disse kan det dermed hevdes at tiltaket var vellykket og tilstrekkelig, da endringen betydde at barnet i mindre grad viste bekymringsfull atferd ved post og at videre skjevutvikling ble forebygget. For et lite mindretall av familiene (gruppe 2b, n = 3) innenfor denne gruppen lå imidlertid barnets atferd innenfor klinisk område ved både pre og post. Selv om atferdsproblemene altså minsket betydelig, kan det hevdes at tiltaket bare var delvis vellykket og ikke tilstrekkelig, da barnet fortsatt viste svært bekymringsfull atferd ved post. Det er grunn til å tro at disse familiene vil kunne ha nytte av mer omfattende hjelpetiltak (for eksempel PMTO-behandling).

Figur 1

Inndeling av gruppene ut fra resultat (reliabel endring og klinisk område).



Gruppe 1: n = 30 (31.6 %)

Gruppe 2 (2a og 2b): n = 16 (16.8 %)

Gruppe 3 (3a, 3b og 3c): n = 32 (33.7 %)

Gruppe 4 (4a, 4b, 4c og 4d): n = 17 (17.9 %)

Totalt: n = 95

Gruppen med nøytralt resultat (gruppe 3) inneholdt familiene uten reliabel endring fra pre til post samtidig som barnets atferd lå under klinisk område ved post. Ut fra disse kriteriene bestod denne gruppen av 32 familier. For de fleste (gruppe 3a, n = 19) familiene innenfor denne gruppen ble det målt en liten positiv, men ikke reliabel endring fra pre til post, samtidig som barnets atferd lå under klinisk område ved både pre og post. For et lite mindretall (gruppe 3b, n = 5) av familiene ble det målt en liten positiv (ikke reliabel) endring, men her gikk barnets atferd fra innenfor klinisk område ved pre til under klinisk område ved post. For et annet mindretall (gruppe 3c, n = 8) ble det målt en liten negativ (ikke reliabel) endring fra pre til post. Felles for familiene i denne gruppen var at endringene som ble målt ikke var store nok til å være reliable. Det er imidlertid ikke grunnlag for å utelukke at tiltaket hadde en positiv virkning, da det kan ha bidratt til å begrense en videre skjevutvikling hos barnet.

Gruppen med negativt resultat (gruppe 4) inneholdt familiene med negativ reliabel endring fra pre til post og/eller familiene der barnets atferd lå innenfor klinisk område ved post. Ut fra disse kriteriene bestod denne gruppen av 17 familier. For de fleste familiene (gruppe 4a, n = 10) innenfor denne gruppen lå barnets atferd innenfor klinisk område ved både pre og post, samtidig som det ble målt en liten positiv (ikke reliabel) endring. For et mindretall (gruppe 4b, n = 4) lå barnets atferd innenfor klinisk område ved både pre og post, samtidig som det ble målt ingen endring eller en liten negativ (ikke reliabel) endring fra pre til post. For én av familiene (gruppe 4c, n = 1) ble det målt en liten negativ (ikke reliabel) endring, samtidig som barnets atferd endret seg fra under klinisk område til innenfor klinisk område. For én annen av familiene (gruppe 4d, n = 1) ble det målt en betydelig (reliabel) negativ endring ved at barnets atferdsproblemer økte i omfang, samtidig som barnets atferd lå innenfor klinisk område ved både pre og post. For én annen familie (gruppe 4e, n = 1) ble det på samme måte målt en betydelig negativ (reliabel) endring, samtidig som barnets atferd lå under klinisk område ved både pre og post. For familiene i denne gruppen kan det dermed hevdes at tiltaket ikke var vellykket eller tilstrekkelig da barnet viste alvorlig problematferd både før og etter tiltaket.

3.3 Variabler knyttet til familiens bakgrunn

Gjennomsnitt, standardavvik (SD) og ANOVA for bakgrunnsvariabler for gruppene er presentert i tabell 4.

Tabell 4

Gjennomsnitt, standardavvik (SD) og variansanalyse (ANOVA) for ulike bakgrunnsvariabler for gruppene.

Bakgrunnsvariabel	Gjennomsnitt (SD)				ANOVA	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	F	p
Barnets alder	7.58 (2.58)	8.04 (2.52)	6.18 (2.24)	7.78 (2.97)	2.84	.042
Forelders alder	34.83 (3.69)	33.75 (5.83)	35.63 (6.33)	38.29 (7.22)	1.99	.121
Antall andre barn i familien	1.33 (.88)	1.19 (.75)	1.13 (1.01)	1.06 (.90)	.42	.740
Antall andre voksne i familien	.80 (.48)	.63 (.50)	.88 (.42)	.52 (.51)	2.47	.067
Forelders utdanning	4.47 (1.07)	3.94 (1.34)	4.19 (1.26)	3.94 (1.39)	.95	.422
Familiens inntekt	636,533 (325,865)	496,563 (242,410)	583,811 (397,103)	471,200 (261,174)	1.48	.225
Familiens inntekt per person	156,666 (70,094)	128,333 (52,922)	148,100 (67,423)	132,836 (56,640)	.91	.438
Kjønn	1.20 (.41)	1.25 (.45)	1.44 (.50)	1.47 (5.14)	2.00	.120
Mottaker av ekstraordinær støtte	1.77 (0.43)	1.69 (.48)	1.72 (.46)	1.65 (.49)	.27	.846
Aleneforeldre	.30 (.47)	.44 (.51)	.19 (.40)	.47 (.51)	1.85	.144

n = 95

3.3.1 Barnets alder

ANOVA viste en signifikant forskjell (.042) mellom gruppene når det gjaldt barnets alder. Den oppfølgende Post-hoc-testen viste imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom gruppene, men det ble funnet en tydelig tendens ved at for familiene i gruppe 3 (nøytralt resultat) var barnet yngre sammenlignet med gruppe 1 (.193), 2 (.112) og 4 (.227). Med andre ord var det altså ingen signifikante forskjeller mellom gruppene med positivt resultat og de andre gruppene på denne variabelen.

3.3.2 Andre bakgrunnsvariabler

Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene ved noen av de andre bakgrunnsvariablene. Når det gjaldt variablene barnets kjønn, forelders alder og antall andre voksne i familien ble det imidlertid funnet noen tendenser som kan antyde forskjeller.

ANOVA viste en tendens (.120) til at familiene med gutter hadde bedre utbytte enn familiene med jenter. Post-hoc-testen viste at det i gruppe 1 var et større antall gutter enn i gruppe 3 (.292) og gruppe 4 (.359). Når det gjaldt forelders alder, ble det funnet en tendens (.121) ved at foreldrene i gruppe 4 var eldre enn i de øvrige gruppene; gruppe 1 (.296), gruppe 2 (.150) og gruppe 3 (7.42). I gruppene med positivt resultat var foreldrene altså noe yngre enn i gruppen med negativt resultat. Ved analyse av variabelen antall andre voksne i familien ble det funnet en forskjell (.067) ved at familiene i gruppe 1 og 3 i gjennomsnitt bestod av flere voksne enn familiene i gruppe 2 og 4. Med andre ord var altså ingen tydelige tendenser mellom gruppene med positivt resultat og de andre gruppene på denne variabelen. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller eller tendenser til forskjeller mellom gruppene i forhold til de andre bakgrunnsvariablene som ble undersøkt; aleneforeldre, familiens inntekt og utdanning, mottaker av barnetrygd, antall søsken, fødeland/morsmål.

3.4 Variabler knyttet til foreldrene

Gjennomsnitt, standardavvik (SD) og ANOVA for skalaene om foreldrepraksis og forelders mentale helse ved pre for gruppene er presentert i tabell 5.

Tabell 5

Gjennomsnitt, standardavvik (SD) og variansanalyse (ANOVA) for de ulike skalaene ved pre for gruppene.

Variabel	Gjennomsnitt (SD)				ANOVA	
	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3	Gruppe 4	F	p
Foreldrerapportert foreldrepraksis						
Streng i forhold til alder (PPI)	18.00 (5.01)	16.13 (7.09)	16.66 (7.29)	18.59 (5.52)	.66	.582
Streng disiplin (PPI)	31.57 (8.33)	32.31 (6.22)	29.59 (7.75)	31.29 (8.94)	.54	.657
Inkonsekvent discipline (PPI)	18.47 (3.22)	17.69 (3.81)	18.84 (5.61)	20.41 (5.23)	1.06	.372
Adekvat discipline (PPI)	71.30 (9.97)	73.88 (10.16)	71.78 (11.82)	71.76 (13.26)	.19	.901
Positiv involvering (PPI)	64.83 (9.89)	67.62 (7.68)	68.41 (9.88)	66.24 (10.85)	.75	.523
Foreldrerapportert atferd hos barnet						
Eyberg intensitetsskala (ECBI)	142.30 (16.48)	122.69 (22.90)	100.94 (20.43)	138.65 (24.31)	24.44	.000
Eyberg problemskala (ECBI)	19.27 (4.65)	16.19 (6.57)	9.56 (6.64)	18.41 (5.91)	16.12	.000
Antisozial atferd (HCSBS)	83.93 (17.61)	70.31 (17.77)	62.47 (14.15)	83.65 (17.31)	10.80	.000
Sosial kompetanse (HCSBS)	96.47 (13.18)	113.38 (15.86)	118.81 (19.38)	98.94 (15.95)	11.80	.000
Angst og depresjon (CBCL)	19.93 (3.99)	20.44 (4.60)	17.63 (4.47)	23.18 (6.86)	4.97	.003
Foreldrerapportert egen mentale helse						
Egen mental helse (SCL)	8.13 (2.60)	8.25 (2.18)	8.22 (3.81)	11.53 (4.27)	4.68	.004

 $n = 95$

3.4.1 Foreldrepraksis

Analysene viste ingen signifikante forskjeller når det gjaldt variablene som omhandlet egenrapportert foreldrepraksis. Det er altså ingen av resultatene som indikerer at foreldrenes utgangspunkt når det gjelder foreldrepraksis ved pre har en betydning for resultatet av PMTO-rådgivningen.

3.4.2 Foreldrenes mentale helse

ANOVA viste en signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt foreldrenes egenrapporterte mentale helse. Post-hoc-testen viste at gruppe 4 rapporterte om signifikant dårligere mental helse i forhold til alle de andre gruppene, 1 (.007), 2 (.034) og 3 (.008), som på sin side hadde nokså samsvarende resultater. Resultatet viser at familiene i gruppen med et negativt resultat skilte seg fra de andre gruppene ved at foreldrene hadde betydelig dårligere mental helse. Denne gruppen bestod av 16 mødre og 1 fosterfar (altså ingen fedre). Likevel er ikke denne sammensetningen signifikant forskjellig fra de andre gruppene da det totalt sett i utvalget er få fedre som er respondenter. Som tidligere nevnt, kan det derfor hevdes at det i hovedsak er mors mentale helse som er målt.

3.5 Variabler knyttet til barnet

Gjennomsnitt, standardavvik (SD) og ANOVA for skalaene om barnets problematferd, sosiale kompetanse og angst/depresjon ved pre for gruppene er presentert i tabell 5.

3.5.1 Barnets atferd og sosiale kompetanse

Foreldrene rapporterte at barna i gruppe 3 (nøytralt resultat) viste signifikant mindre omfang av problematferd (ECBI) ved pre enn i gruppe 1 (.000), 2 (.005) og 4 (.000). Dette resultatet er naturlig siden kriteriet for å komme med i denne gruppen (nøytralt resultat) i utgangspunktet var ingen reliabel endring på ECBI. Barna i gruppe 1 (svært positivt resultat) viste signifikant høyere omfang av atferdsproblemer ved pre i forhold til gruppe 2 (.016) og 3 (.005). Også dette funnet anses som naturlig ettersom denne gruppen kun inneholdt familier med barn som skåret innenfor klinisk område ved pre. Resultatene ga ingen indikasjoner på at barnets omfang av atferdsproblemer og sosial kompetanse ved oppstart hadde betydning for familienes utbytte av tiltaket.

På ECBI problemskala ble det funnet en signifikant forskjell ved at foreldrene i gruppe 3 (nøytralt resultat) opplevde barnas atferd som signifikant mindre problematisk sammenlignet med gruppe 1 (.000), 2 (.003) og 4 (.000). Også dette resultatet anses som naturlig siden denne gruppen skåret lavt på ECBI intensitetsskala ved pre. Ellers ble det ikke funnet signifikante forskjeller.

Foreldrene rapporterte at barna i gruppe 1 (.000) og 4 (.000) viste signifikant høyere omfang av antisosial atferd ved pre i forhold til gruppe 3. Dette resultatet anses som naturlig siden denne skalaen antas å samsvare i stor grad med ECBI, og at omfanget av atferdsproblemer målt (innenfor klinisk område eller ikke) med ECBI var et av kriteriene inndelingen av gruppene.

Foreldrene rapporterte at barna i gruppe 1 viste signifikant lavere sosial kompetanse ved pre i forhold til gruppe 2 (.008) og 3 (.000). På samme måte viste barna i gruppe 4 signifikant lavere sosial kompetanse ved pre i forhold til gruppe 3 (.001), en forskjell (ikke signifikant) som også viste seg i forhold til gruppe 2 (.080). Dette resultatet var forventet ut fra den tidligere redegjørelsen for korrelasjonen mellom vurdering av sosial kompetanse og atferdsproblemer.

3.5.2 Barnets angst og depresjon

ANOVA viste en signifikant forskjell mellom gruppene på variabelen angst/depresjon hos barnet. Post-hoc-testen viste at foreldrene i gruppe 4 rapporterte om signifikant (.002) høyere grad av angst og depresjon hos barna i forhold til gruppe 3. Dette viser at i gruppen med negativt resultat ble barna vurdert som betydelig mer engstelig og deprimert ved pre i forhold til gruppen med et nøytralt resultat. I tillegg var det en tendens til at foreldrene i gruppe 4 rapporterte om høyere grad av angst og depresjon hos barna i forhold til gruppe 1 (.183) og (.656), men her var forskjellene ikke signifikante.

4 Diskusjon

Hensikten med denne undersøkelsen var å isolere variabler ved 1) familien, 2) foreldrene og 3) barnet for å undersøke om noen av disse variablene var relatert til utfallet av PMTO-rådgivning. I tråd med hva som er hovedmålet for tiltaket, ble vurderingen av utfallet definert ut fra graden av reduserte atferdsproblemer hos barnet, kombinert med alvorlighetsgraden av atferdsproblemene (innenfor klinisk område eller ikke) før og etter tiltaket. Utvalget ble delt inn i fire grupper med ulike utfall: 1) Svært positivt resultat, 2) positivt resultat, 3) nøytralt resultat og 4) negativt resultat.

I tråd med flere tidligere studier (Reyno og McGrath, 2006) av forebyggings- og behandlingsprogrammer for foreldre med barn med atferdsproblemer, ble det funnet en signifikant forskjell ut fra foreldrenes (mors) mentale helse før oppstart. Foreldrene med størst omfang av angst/depresjon hadde en betydelig dårligere effekt av tiltaket. Det ble imidlertid ikke funnet signifikante forskjeller ved foreldrepraksis før oppstart, noe som indikerer at tiltaket egner seg for foreldrene innenfor målgruppen, uavhengig av deres foreldrepraksis før oppstart.

Det ble heller ikke funnet signifikante forskjeller ut fra noen av de demografiske variablene ved familiene. Resultatene ga derfor ingen holdepunkter for at sosioøkonomisk bakgrunn (utdanning, inntekt, sivil status) kan predikere utfallet av tiltaket. Selv om det ble funnet tendenser til at familier med gutter og familier med yngre foreldre i større grad reduserte atferdsproblemene hos barnet, er det ut fra resultatene ikke grunnlag for å slå fast at slike variabler henger sammen med utfallet av tiltaket. Det ble også funnet en tendens til at familiene med nøytralt resultat besto av yngre barn sammenlignet med de andre gruppene, noe som på samme måte ikke ga grunnlag for generaliseringer.

Når det gjelder variablene som måler barnets atferd viste det seg som forventet, at graden av antisosial atferd og sosial kompetanse i stor grad samsvarer med vurderingen av atferdsproblemer. Et interessant funn var at resultatene ikke ga indikasjoner på at tiltaket var bedre egnet for mindre grad av atferdsproblemer enn for større eller vice versa. Dette antyder at PMTO-rådgivning er et forebyggende tiltak som familier kan profitere på, uavhengig av omfanget av barnets atferdsproblemer. Resultatene ga imidlertid en indikasjon på at barnets angst/depresjon før oppstart så ut til å påvirke utfallet av tiltaket. I gruppen med negativt

resultat hadde barnet en signifikant større grad av angst/depresjon enn i gruppen med nøytralt resultat (uten endring), en forskjell som også viste seg som en tendens (ikke signifikant) i forhold til gruppene med positivt resultat. Resultatene kan altså sies å gi indikasjoner på at barnets angst/depresjon, på samme måte som foreldrenes, kan ha sammenheng med utfallet av tiltaket. Dette kan indikere at PMTO-rådgivning kan være mindre egnet for barn med atferdsproblemer som i tillegg viser tegn til angst/depresjon (komorbiditet). Disse funnene gjør at det kan stilles spørsmål ved om det kan være hensiktsmessig å tilby disse familiene 1) supplerende tiltak for angst/depresjon eller 2) PMTO-behandling i stedet for PMTO-rådgivning. Her kan det nevnes at Patterson m.fl. (2004) tidligere har vist at familier som forbedret foreldrepraksisen et år etter oppstart av PMTO-behandling også viste en signifikant reduksjon i mødrenes depresjon på det samme tidspunktet.

4.1 Mors mentale helse relatert til familiers utbytte

At dårlig mental helse hos mor er en faktor som reduserer utbyttet av rådgivnings- og behandlingsprogrammer for foreldre med barn med atferdsproblemer, er tidligere funnet i flere studier (Reyno og McGrath 2006). Reyno og McGrath (2006) viser sågar til at dette er den mest betydningsfulle variabelen ved foreldrekarakteristikkene som kan redusere utbyttet av slike programmer. Spesielt viser depresjon hos mødre seg som en betydningsfull variabel. Fordi PMTO-rådgivning stiller krav både til foreldrenes motivasjon og involvering, er det ikke så overraskende at det ble funnet en lignende sammenheng i denne undersøkelsen. Det er naturlig å tenke seg at det er mer krevende å endre sin egen foreldrepraksis jo større grad opplevelsen av egen angst og depresjon er. Reyno og McGrath (2006) viser i den forbindelse til at tidligere forskning viser at økende grad av depressive symptomer reduserer kvaliteten i foreldrenes oppdragspraksis. En slik sammenheng samsvarer med forskningsresultater ved OSLC og SIL-modellen (Patterson, 2002), der det kommer frem at foreldrenes dårlige mentale helse kan ha en indirekte effekt på barnets atferdsproblemer ved at den svekker kvaliteten i foreldrepraksisen. Capaldi m.fl. (2002) viser til at depresjon hos mødre påvirker foreldrepraksisen på flere måter. Deprimerte mødre gir ofte mindre respons på og gjør ofte mindre for å finne ut av hva som ligger til grunn for barnets bekymringer, engasjerer seg ofte mindre i problemløsning sammen med barnet, benytter ofte grensesetting som kan karakteriseres som fiendtlig, og viser i mindre grad atferd som initierer til samarbeid og prososial atferd hos barnet. Mødres depresjon har også vist seg å være relatert til mer

aggressiv atferd hos barnet. Ut fra resultatene i denne undersøkelsen kan det se ut som at betydningen av mødrenes mentale helse i seg selv er såpass sterk at PMTO-rådgivning som tiltak ikke er nok til å endre barnets atferdsproblemer for mødre med angst/depresjon. (Resultatene kan imidlertid ikke gi svar på om mødrenes angst/depresjon påvirker foreldrepraksisen, slik annen forskning har vist, da dette ikke har vært formålet med denne undersøkelsen.)

Reyno og McGrath (2006) viser i denne sammenheng til at det er funnet korrelasjoner mellom depresjon hos mødrene og andre former for psykisk sykdom, lav sosioøkonomisk status, alenemødre og høyt stressnivå. Mødre med depresjon rapporterer om både mer stress og høyere grad av atferdsproblemer hos barnet. I tillegg har dårlig økonomi og lavt utdanningsnivå vist seg å predikere en økning i depressive symptomer. Som det tidligere er redegjort for, viser det seg at slike kontekstuelle risikofaktorer påvirker hverandre og henger årsaksmessig sammen (Capaldi m.fl., 2002). Dette fører også til at sannsynligheten for at barnet utvikler atferdsproblemer og sosiale vansker øker eksponentielt ved hver tilleggsrisikofaktor som er til stede (Coie m.fl., 1993). I denne undersøkelsen er det ikke funnet denne sammenhengen mellom de andre kontekstuelle variablene som er undersøkt og barnets atferdsproblemer. Det kan derimot ikke utelukkes at slike sammenhenger kan finnes, da det ikke er gjort analyser av samspillet mellom flere variabler (se 4.6.2 Analyser av flere variabler).

I tillegg til denne signifikante forskjellen mellom gruppene i utvalget, ble det også funnet en signifikant forskjell ved at foreldrene i gruppen som falt fra underveis hadde høyere grad av angst/depresjon. Dette samsvarer med og underbygger funnet ovenfor.

4.2 Barnets angst og depresjon relatert til familiers utbytte

Resultatene viser at det muligens kan være en sammenheng mellom barnets grad av angst og depresjon og familiens utbytte av PMTO-rådgivning (med andre ord hvordan barnets atferd endrer seg fra pre til post). Selv om det kun ble funnet en signifikant forskjell mellom to av gruppene, var det en klar tendens til at familiene med dårlig utbytte rapporterte om høyere grad av angst og depresjon hos barnet ved oppstart. Som nevnt ovenfor, viser forskning at angst/depresjon hos mor påvirker foreldrepraksisen på flere måter som er betydningsfulle for

barnets utvikling (Capaldi m.fl., 2002). Det er derfor grunn til å tro at dette også kan innvirke på barnets angst/depresjon. Denne undersøkelsen sier likevel ingenting om hvordan slike risikofaktorer innvirker på hverandre (se 4.6.2 Analyser av flere variabler), og gir heller ikke grunnlag for å trekke sikre slutninger om barnets angst/depresjon i seg selv påvirker utfallet av PMTO-rådgivning. I tillegg kan det ikke utelukkes at noe av forskjellen ikke viser til reelle forskjeller i angst/depresjon mellom barna, men i stedet kan tilskrives en biaseffekt (se 4.6.1 Mulige biaseffekter).

4.3 Bakgrunnsvariabler ved familien relatert til familiers utbytte

Ved evalueringen av PMTO som behandlingsmetode viste det seg at familier med barn som var åtte år eller yngre hadde best utbytte (Ogden og Amlund-Hagen, 2008). I denne undersøkelsen var det ikke funnet en slik forskjell, men det ble funnet en tendens til at i familiene med nøytralt resultat var barnet yngre sammenlignet med de andre gruppene. Dette gir samtidig ikke holdepunkter for å hevde at barnets alder har betydning for utfallet av tiltaket. Med utgangspunkt i redegjørelsen ovenfor om sammensetningen av gruppene, kan en nærliggende forklaring på dette funnet være at foreldrene til de yngste barna rapporterte om mindre grad av atferdsproblemer i utgangspunktet, og at det dermed var mindre potensial for positiv reliabel endring. Dette kan også understøttes av det teoretiske grunnlaget for PMTO-rådgivning, som viser at atferdsproblemer ofte er mer alvorlige jo eldre barnet er.

Selv om det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom gruppene ved noen av de andre bakgrunnsvariablene, ble det funnet tendenser til forskjeller når det gjaldt variablene barnets kjønn, forelders alder og antall andre voksne i familien. Det kan dermed stilles spørsmål ved om familiene med gutter hadde bedre utbytte enn familiene med jenter og om eldre foreldre hadde et dårligere utbytte enn yngre foreldre, men siden ingen av forskjellene var signifikante er det ikke grunnlag for å trekke slike konklusjoner ut fra resultatene i denne undersøkelsen.

At det ikke ble funnet signifikante forskjeller i forhold til de andre bakgrunnsvariablene som ble undersøkt, indikerer at ingen av disse variablene alene ser ut til å påvirke familiens utbytte. Dette kan tolkes på en positiv måte ved at det indikerer at familiens utbytte ikke er relatert til deres sosioøkonomiske bakgrunn. Likevel utelukker ikke dette at noen variabler,

når de er til stede sammen med andre variabler, har innvirkning på utbyttet (se 4.6.2 Analyser av flere variabler).

4.4 Foreldrepraksis relatert til familiers utbytte

Resultatene indikerer at foreldrepraksis før oppstart ikke innvirker på familienes utbytte av tiltaket. Dette kan tolkes som et positivt funn ved at det viser at PMTO-rådgivning ser ut til å være et relevant tiltak for foreldrene i målgruppen, uavhengig av hva slags kompetanse de har i forhold til samhandlingen med barnet før oppstart. Målsettingen med PMTO-rådgivning er å bedre foreldrepraksisen, og derigjennom redusere barnets atferdsproblemer. Funnene gir imidlertid ikke grunnlag for å anta at familier med god foreldrepraksis før oppstart har mindre potensial for å minske barnets problematferd.

4.5 Barnets atferd og sosiale kompetanse relatert til familiers utbytte

Når det gjelder variabler ved barna, ga resultatene ingen indikasjoner på at tiltaket var bedre egnet for familier med barn med mindre grad av atferdsproblemer enn for større eller vice versa. Dette står i kontrast til funnene i Reyno og McGraths (2006) tidligere omtalte metaanalyse, som viste at større grad av atferdsproblemer ved oppstart var knyttet til dårligere effekt av tiltakene. Funnet i denne undersøkelsen anses på sin side som positivt ved at det indikerer at PMTO-rådgivning egner seg for familiene i målgruppen, selv om over halvparten av barna skåret innenfor klinisk område på ECBI ved oppstart.

At det ble funnet en signifikant forskjell ved at foreldrene med nøytralt resultat opplevde barnas atferd som signifikant mindre problematisk ved oppstart, viser muligens at de familiene som opplever minst problemer i utgangspunktet også endrer seg minst. Ettersom det er utbyttet rett etter tiltaket som er undersøkt her, kan det imidlertid ikke utelukkes at disse familiene på lengre sikt har utbytte ved at atferdsproblemene ikke vil forverre seg ytterligere (altså at man har forebygget en negativ utvikling mot alvorlige atferdsvansker).

Barnets atferdsproblemer ved oppstart så ut til å være nært knyttet til barnets sosiale kompetanse. Dette resultatet var forventet ut fra den tidligere redegjørelsen for korrelasjonen mellom vurdering av sosial kompetanse og atferdsproblemer. At barna som skåret innenfor

klinisk område ved oppstart også vurderes å ha signifikant dårligere sosial kompetanse, kan derfor forklares ut fra dette.

4.6 Undersøkelsens begrensninger

4.6.1 Mulige biaseffekter

At det er foreldrene, som selv er med i tiltaket, som rapporterer om barnets atferd, kan føre til at positive rapporteringer ved post oppstår som en funksjon av ha vært med i tiltaket (Reyno og McGrath, 2006). Et av målene med tiltaket er at foreldrene skal bli mer oppmerksomme på barnets positive atferd, noe som kan bidra til at det ikke er barnets atferd som har forandret seg fra før oppstart til etter tiltaket, men foreldrenes syn på barnet og hva de fokuserer på. Å benytte foreldrenes rapportering som et mål på atferdsproblemer før og etter tiltaket kan derfor resultere i biaseffekter ved at foreldrene er for optimistiske når det gjelder barnets endring (Kjøbli og Ogden, 2010). I tillegg er det i stor grad mors vurderinger som ligger til grunn som mål på variablene, mens fars opplevelse i liten grad er inkludert. Det er derfor en begrensning ved studien at det ikke er andre målinger av barnets atferd, som for eksempel observasjon, som kunne ha redusert faren for en slik målefeil.

En annen mulighet for en slik biaseffekt er at mødrenes dårlige mentale helse kan ha påvirket deres opplevelse av barnets atferd og mentale helse (Reyno og McGrath, 2006). Webster-Stratton og Hammond (1998) har tidligere funnet at deprimerte mødre oppfatter barnas atferd signifikant mer forstyrrende enn mødre som ikke er deprimert. Reyno og McGrath (2006) viser sågar til at det tidligere er funnet at mødrenes rapporteringer korrelerer høyere med mødrenes egen vurdering av depresjon enn med observasjoner av barnas atferdsproblemer. Det kan derfor ikke utelukkes at en slik sammenheng bidrar til den signifikante forskjellen mellom gruppene i undersøkelsen. Samtidig er forskjellene såpass store at det er lite trolig at en slik mulig sammenheng svekker validiteten i betydelig grad.

4.6.2 Analyser av flere variabler

Denne undersøkelsen har kun analysert sammenhengen mellom isolerte enkeltvariabler og familienes utbytte av PMTO-rådgivningen. Dette utelukker likevel ikke at noen variabler, når de er til stede sammen med andre variabler, har innvirkning på utbyttet (Kaminski m.fl.,

2008). For eksempel kan summen av lav utdanning, lav inntekt og yrke med lav status (SES) sammen kunne påvirke utfallet signifikant, selv om variablene hver for seg ikke viste en slik sammenheng. Det er derfor behov for å undersøke forholdet (interrelationships) mellom flere av variablene som ser ut til å predikere familienes utbytte, for å se hvordan disse påvirker hverandre og om de sammen gir grunnlag for en bedre forståelse av problemområdet eller problemstillingen.

En annen mulighet for feiltolkning kan være at det finnes en variabel som forklarer de andre (confounding variable), og som korrelerer med både den uavhengige og den avhengige variabelen (Coolican, 1999). Derfor kan en signifikant forskjell mellom gruppene knyttet til en undersøkt variabel i denne undersøkelsen, skyldes en skjult og ukjent bakenforliggende variabel og ikke den undersøkte variabelen. Likevel betyr ikke dette at en variabel som kan forklares av en bakenforliggende variabel er uvesentlig.

Slike begrensninger med analysene gjør at det er behov for ytterligere analyser for å kunne trekke sikrere slutninger basert på dataene som foreligger. Uansett kan analysene i denne undersøkelsen anses som et viktig førstesteg mot å øke forståelsen av hvilke variabler som har betydning for familiers utbytte av PMTO-rådgivning.

4.6.3 Langtidsvirkning

Som nevnt innledningsvis, viste Kaminski m.fl. (2008) i deres metaanalyse at samme komponenter er like effektive i forebyggingsprogrammer som i behandlingsprogrammer når det ble målt langtidsvirkningen av disse. Samtidig kunne det se ut som om at forebyggingsprogrammer i noe mindre grad ga umiddelbar effekt i form av reduserte eksterne atferdsproblemer ved post. Det ble foreslått to mulige forklaringer på dette. Den ene gikk ut på at behandlingsprogrammer i større grad ble oppfulgt av direkte øving (behavioral training) med barnet. Den andre forklaringen kunne være at lavere grad av atferdsproblemer ved oppstart, som gjerne er tilfelle ved forebyggingsprogrammer, gir mindre grunnlag for endringer underveis i tiltaket. Kaminski m.fl. (2008) hevder videre at undersøkelser av umiddelbar effekt (pre-post) derfor bare gir svar på en del av spørsmålet om i hvilken grad et program har effekt. Sett i forhold til min undersøkelse er det derfor grunn til å tro at dette kan påvirke hvilke familier som viser seg å ha et positivt utbytte av PMTO-rådgivning eller ikke. Muligens vil derfor kjennetegnene for de som profitterer godt på tiltaket i forhold til de som ikke gjør dette, endre seg noe når familiene følges opp over lengre tid. Det

er derfor behov for ytterligere undersøkelser av de omtalte variablene i denne undersøkelsen knyttet til familienes utbytte av PMTO-rådgivning på lengre sikt.

4.6.4 Skjevheter i utvalgets sammensetning og rapportering

Mange forskere (for eksempel Lavigne m.fl., 2010; Reyno og McGrath, 2006; Reid m.fl., 2001) har vist at det er vanskeligere å rekruttere og beholde (hindre frafall) familier med lav sosioøkonomisk status (i tillegg til at det er vanskeligere å oppnå positiv endring for disse familiene). I denne undersøkelsen hadde familiene som deltok høyere inntekt enn landsgjennomsnittet. I tillegg ble det funnet en signifikant forskjell ved at familiene som gjennomførte tiltaket hadde høyere utdanningsnivå enn de familiene som falt fra underveis. Dette kan ha ført til at utvalget var noe skjevt i forhold til populasjonen ved at familier med lav sosioøkonomisk status var underrepresentert, noe som videre kan ha bidratt til å gjøre det mindre sannsynlig å finne forskjeller i forhold til variablene utdanning og inntekt. Det kan derfor ikke utelukkes at det i realiteten eksisterer forskjeller som ikke kom fram i analysene (det vil si type II-feil ved at en falsk nullhypotese er akseptert).

Antall familier med jenter i undersøkelsen var relativt begrenset ($n = 32$), noe som resulterte i mindre robuste estimater på variabelen kjønn. Årsaken til at det var færre jenter enn gutter skyldes at det er et stort overtall av gutter som viser atferdsproblemer hos barn i alderen 3-12 år (se tidligere redegjørelse). Dermed kreves et langt større utvalg for å sikre et høyere antall jenter, samtidig som utvalget er representativt. I fremtidige undersøkelser bør det likevel tilstrebes å innlemme et høyere antall jenter, slik at det kan trekkes sikrere slutninger i forhold til om det er kjønnsforskjeller knyttet til utbyttet av PMTO-rådgivning.

4.7 Praktiske implikasjoner

Funnene gir indikasjoner på hvilke familier som bør får tilbud om PMTO-rådgivning innenfor målgruppen. Resultatet av undersøkelsen viser at det kan være hensiktsmessig med en noe utvidet kartlegging (i tillegg til å kartlegge barnets atferd) av familiene før PMTO-rådgivning iverksettes som tiltak. For familier der mor rapporterer om høyere grad av angst/depresjon (og barnet viser høy grad av atferdsproblemer) ser tiltaket ikke ut til å gi et like positivt utbytte som hos de andre gruppene. Funnene bidrar også til at det kan stilles spørsmål ved om PMTO-rådgivning gir mindre utbytte for familier med barn som viser tegn til angst/depresjon

i tillegg til atferdsproblemer (komorbiditet). Det kan derfor hevdes at det vil være hensiktsmessig å kartlegge foreldrenes og barnets angst/depresjon før oppstart. For familier som skårer høyt på angst/depresjon hos mor og/eller barnet bør det vurderes om de bør få tilbud om andre hjelpetiltak (for angst/depresjon) i tillegg til PMTO-rådgivning. Alternativt om de i stedet for PMTO-rådgivning bør få tilbud om PMTO-behandling, som gir muligheter for mer helhetlig og langsiktig hjelp. Dette kan underbygges ved at Patterson m.fl. (2004) tidligere har vist at familier som forbedret foreldrepraksisen et år etter oppstart av PMTO-behandling også viste en signifikant reduksjon i mødrenes depresjon på det samme tidspunktet.

Både familier med barn som skårer innenfor og under klinisk område ser ut til å kunne ha et godt utbytte av tiltaket. Funnene indikerer derfor at PMTO-rådgivning er et tiltak som familiene innenfor målgruppen kan profittere på, uavhengig av omfanget av barnets atferdsproblemer før oppstart. I tillegg kan det se ut som at det ikke er nødvendig å kartlegge foreldrenes kompetanse og ferdigheter (foreldrepraksis) ved oppstart, da dette ikke ser ut til å være av betydning for om familier profitterer på tiltaket.

Litteraturliste

Achenbach, T. M. (1991). Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR and TRF profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Thue Berg, E., Christiansen, T., Flock, M. og Launes, E. (2006). Tidlig innsats for barn i risiko. Et kommunalt program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn. Foreldrerådgivning. Oslo: Atferdssenteret.

Befring, E. (2007). Forskningsmetode med etikk og statistikk. 2. utgave. Oslo: Det norske samlaget.

Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G. R. og Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. I Reid, J. B., Patterson, G. R. og Snyder, J. (red.): Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention, 123-146, Washington, DC: American Psychological Association.

Coie, J. D., Watt, N. F., West, S. G., Hawkins, D., Asarnow, J. R., Markman, H. J., Ramey, S. L., Shure, M. B. og Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.

Coolican, H. (1999). *Research methods and statistics in psychology*. 3rd edition. London: Hodder & Stoughton.

Eyberg, S. M. og Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Jacobson, N. S. og Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. og Boyle, C. L. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Abnorm Child Psychology* 36, 567–589.

- Kjøbli, J. og Ogden, T. (2010). A randomized effectiveness trial of Brief Parent Training in primary care settings. Oslo: The Norwegian Center for Child Behavioral Development, Unirand, University of Oslo.
- Kjøbli, J. og Sørli, M.-A. (2008). School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 365–375.
- Kleven, T. A. (2002). Hvordan er begrepene operasjonalisert? –Spørsmålet om begrepsvaliditet. I Kleven, T. A. (red.): *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. Oslo: Unipub forlag.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., og Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 42-52.
- Lavigne, J. V., LeBailly, S. A., Gouze, K. R., Binns, H. J., Keller, J. og Pate, L. (2010). Predictors and Correlates of Completing Behavioral Parent Training for the Treatment of Oppositional Defiant Disorder in Pediatric Primary Care. *Behavior Therapy* 41, 198-211.
- Lundahl, B., Risser, H. J. og Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Merrell, K. W. og Caldarella, P. (2002). *Home and Community Social Behavior Scales: User's guide*. Eugene, OR: Assessment-Intervention Resources.
- Moffitt, T. E. og Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways. *Development and Psychopathology*, 13, 355–375.
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. I Cicchetti, D. og Cohen D. J. (red.) *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation*, 570-598. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Nordahl, T., Sørli, M.-A., Manger, T. og Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge. Teoretiske og praktiske tilnærminger*. Bergen: Fagbokforlaget.

Nordahl, T., Sørli, M.-A., Tveit, A. og Manger, T. (2003). Alvorlige atferdsvansker. Effektiv forebygging og mestring i skolen. Tangen: Læringscenteret.

Nøvik, T. S. (1999). Validity of the Child Behaviour Checklist. Oslo: Centre for Child and Adolescent Psychiatry, University of Oslo.

Ogden, T. (1998). Elevatferd og læringsmiljø: læreres erfaringer med og syn på elevatferd og læringsmiljø i grunnskolen. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet. Hentet 1. november 2010 fra:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/rapporter_planer/rapporter/1998/elevatferd-og-laringsmiljo.html?id=105365

Ogden, T. (2001). Sosial kompetanse og problematferd i skolen. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ogden, T. (2009). Sosial kompetanse og problematferd i skolen. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ogden, T. og Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 4, 607-621.

Patterson, G. R. (1982). A social learning approach: Vol. 3: Coercive family process. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G. R. (2002). The Early Development of Coercive Family Process. I Reid, J. B., Patterson, G. R. og Snyder, J. (red.): *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*, 25-44. Washington, DC: American Psychological Association.

Patterson, G. R., Reid, J. B. og Eddy, J. M. (2002). A Brief History of the Oregon Model. I Reid, J. B., Patterson, G. R. og Snyder, J. (red.): *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*, 3-21. Washington, DC: American Psychological Association.

Patterson, G. R., DeGarmo, D. og Forgatch, M. S. (2004). Systematic Changes in Families Following Prevention Trials. *Journal of Abnormal Child Psychology* 6, 621-633.

- Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., og Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple p system population trial. *Prevention Science*, 10, 1-12.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G. og Mørch, W. T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31-38.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C. og Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in head start: a comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prev.Sci.*, 2, 209-227.
- Reid, J. B. og Eddy, J. M. (2002). Interventions for Antisocial Behavior: Overview. I Reid, J. B., Patterson, G. R. og Snyder, J. (red.): *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*, 65-100. Washington, DC: American Psychological Association.
- Reyno, S. M. og McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99–111.
- Snyder, J. og Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and Coercion Mechanisms in the Development of Antisocial Behavior: The Family. I Reid, J. B., Patterson, G. R. og Snyder, J. (red.): *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention*, 65-100. Washington, DC: American Psychological Association.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. og Duckert, M. 2005, Parent Management Training – Oregon modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587-597.
- Sørli, M.-A. (2000). *Alvorlige atferdsproblemer og lovende tiltak i skolen. En forskningsbasert kunnskapsstatus*. Oslo: Praxis Forlag.
- Sørli, M.-A. og Nordahl, T. (1998). *Problematferd i skolen. Hovedfunn, forklaringer og pedagogiske implikasjoner. Hovedrapport fra forskningsprosjektet «Skole og samspillsvansker»*. Rapport 12a/98. Oslo: Norsk Institutt for oppvekst, velferd og aldring.

Hentet 22. november 2010 fra: http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2009121104008

Sørli, M.-A., Amlund-Hagen og Ogden, T. (2008). Social Competence and Antisocial Behavior: Continuity and Distinctiveness Across Early Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18, 121-144.

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2010a). Folkemengde etter alder og etter fylke per 1. januar. Registrert 2010. Hentet 26. november 2010 fra: <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-105.html>

Statistisk sentralbyrå (SSB) (2010b). Familier i privathusholdninger, etter familietype, fylke, kommune og bydel. 1. januar 2010. Hentet 25. oktober 2010 fra: <http://www.ssb.no/familie/tab-2010-04-08-09.html>

Tambs, K. og Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 364-367.

Tremblay, R. E. (2006). Prevention of youth violence: Why not start at the beginning? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 481–487.

Webster-Stratton, C. og Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 101-124.