

**Parent Management Training (Oregonmodellen) - En
behandlingsmetode for barn med «bare» alvorlige
atferdsvansker?**

*-En studie av PMTOs effekt på familier med barn med antisosial atferd og
kaldhetstrekk*

Elisabeth Ranvik Dyrli



Master i pedagogikk- allmenn studieretning

Pedagogisk forskningsinstitutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2012

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

Parent Management Training (Oregonmodellen) -
En behandlingsmetode for barn med «bare»
alvorlige atferdsvansker?

*-En studie av PMTOs effekt på familier med barn
med antisosial atferd og kaldhetstrekk*

AV:

Elisabeth Ranvik Dyrli

EKSAMEN:

Masteroppgave i pedagogikk

Allmenn studieretning

SEMESTER:

Våren 2012

STIKKORD:

Antisosial atferd, kaldhetstrekk, PMTO

Sammendrag

Problemstillinger og problemområde

Problemstillingene i oppgaven lyder som følger; *Hvilke barn er i risikozonen for å utvikle alvorlig antisosial atferd med og uten kaldhetstrekk (callous- unemotional traits)? Responderer barn med kaldhetstrekk i samme grad på behandlingsmetoden Parent Management Training- Oregonmodellen (PMTO) som barn med alvorlige atferdsproblemer, men uten kaldhetstrekk?*

Barn med antisosial atferd kan identifiseres helt ned i 3-4 års alderen (Ogden, 2010a), og innebærer et vidt spekter av brudd på samfunnets normer og regler (Storvoll, 2004). Kaldhetstrekk (eng: callous- unemotional traits) er en undergruppe av antisosial atferd (Frick & White, 2010), og innebærer blant annet utnyttelse av andre mennesker og mangel på skyldfølelse og empati (Hastings m.fl., 2000). Behandling spiller en viktig rolle for å endre livsmønstrene til barn og unge med alvorlige atferdsvansker, og er den hyppigste grunnen til henvisning til psykiske helsevern i Norge (Solholm, 2004). Foreldretreningsprogrammet Parent Management Training- Oregonmodellen (PMTO) har vist seg å være effektivt i behandling av barn med alvorlige atferdsvansker i hjemmet, og dreier seg om å gi foreldrene redskaper som de bruker i samhandling med barnet. Dette skal være et bidrag til å styrke foreldreferdighetene (Aasebøe, 2006). Til tross for at noen familier profitterer av behandlingsmetoden vil ikke dette si at alle familier gjør det. Det finnes lite forskning på effekten av foreldretreningsprogram og kaldhetstrekk. Det vil derfor være interessant å finne ut om PMTO også fungerer på barn som besitter kaldhetstrekk i tillegg til alvorlige atferdsvansker. Her spiller bakgrunnsfaktorer en rolle i forhold til å finne ut hvilke faktorer som bidrar til utvikling av antisosial atferd, med og uten kaldhetstrekk, og for å finne ut hvor mottakelige barn med kaldhetstrekk er for foreldreferdigheter.

Metode: Kvasi-eksperimentelt to- gruppe design med måletidspunkt før behandlingsstart og etter behandlingsslutt

De statistiske analysene i denne undersøkelsen er foretatt i SPSS versjon 19.

I regresjonsanalysene ble det kontrollert for før behandlings-skår, alvorlige atferdsproblemer, og i tillegg hindrer at den effekten kaldhetstrekk har på avhengig variabel ikke

sammenblandes med den effekten alvorlige atferdsproblemer har på avhengig variabel.

Målsettingen med analysene var å se om kaldhetstrekk, uavhengig av nivået av alvorlige atferdsproblemer, påvirket behandling utfallet.

Data/Kilder

Undersøkelsen i denne oppgaven baseres på en større studie utført av Atferdssenteret i Oslo. Familiene ble rekruttert fra januar 2001 til april 2005, og målingene ble utført før (pre) og etter (post) PMTO- behandlingen. 323 familier deltok i undersøkelsen og rekrutteringen fant sted gjennom barnevernet eller barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) fra alle 5 helseregionene i Norge. I tillegg inneholder undersøkelsen et multiinformant- (foreldre, barn, terapeut og lærere) og multimetode design (observasjon, telefonintervju og spørreskjemaer).

Kildene i studiene var barnets lærere og foreldre. Begge gav informasjon om barnets sosiale kompetanse, eksternalisert- og internalisert problematferd og deres nivå av oppmerksomhetsproblemer. Spørreskjemaene Child Behavior Checklist (CBCL) og Teacher Report Form (TRF; Achenbach, 1991) ble her benyttet for å få en bred vurdering av barns funksjonsområder. I tillegg ble Parent Daily Report (PDR; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982) brukt for å kunne måle barns alvorlige atferdsvansker. Her ble foreldrene oppringt tre ganger før behandlingsstart og tre ganger etter behandlingsslutt for å gi en oversikt over barns problematferd. Årsaken til at spørreskjemaet Social Skills Rating System (SSRS; Gresham & Elliott, 1990) ble inkludert, var for å vurdere barns skolefaglige kompetanse i tillegg til sosiale ferdigheter. Vurdering av strukturerte interaksjonsoppgaver (SIT) ble videre benyttet

for å kode mikrososiale interaksjoner (forelder-barn relasjoner) gjennom videoopptak. Deretter ble videoene skåret av kodere (CI- coders impression) umiddelbart etter skåring av SIT- videobånd (Ogden & Hagen, 2008).

Resultat og diskusjon

Tidligere forskning viser at lave nivå av serotonin kan føre til økt aggresjon, som videre kan føre til utvikling av antisosial atferd hos noen barn (Seligman m.fl., 2001). Dysfunksjon i amygdala spiller også en rolle i forhold til kaldhetstrekk og begrunnes med at amygdala er viktig i forhold til uttrykk som frykt, og barn med kaldhetstrekk har svekkede fryktresponser (Marsh m.fl., 2008). Risikofaktorer for utvikling av antisosial atferd kan også ligge i miljøet. Det kan være vanskelige familieforhold som omsorgssvikt, depresjon hos mor eller lav sosioøkonomisk status (Hagen & Christensen, 2010). For barn med kaldhetstrekk er ikke den antisosiale atferden like sterkt assosiert med svake foreldreferdigheter (Caspi m.fl., 2004; Vidig & Larsson, 2010).

Dette ble også underbygget i analysene som viste at PMTO- behandling var mindre effektivt i behandling av eksternaliserte- og internaliserte problemer, oppmerksomhetsproblemer (CBCL- foreldrerapportert og TRF- lærerrapportert), og sosial kompetanse (lærerrapportert), i de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ ufølsomme før behandlingsstart. Med tanke på at dette resultatet var gjennomtrengende i analysene som ble kjørt, kommer det også tydelig frem at PMTO- behandling ikke fungerer i samme grad for barn med antisosial atferd i forhold til barn med antisosial atferd og kaldhetstrekk.

I forhold til utbyttet av foreldretrening for barn med kaldhetstrekk, overensstemmer resultatene med tidligere publiserte studier som indikerer at kaldhetstrekkene modererer behandlingseffekten av foreldretrening. Hawes og Dadds (2005) hevder at årsaken til at disse barna responderer dårlig på foreldretrening trolig kommer av at barn med høye nivå av kaldhetstrekk er lite mottakelig for komponenten «grensesetting» i behandlingen. Dette kan gjøre at barna ikke endrer atferden sin i tilsvarende grad som andre barn som respons på hvordan foreldrene fungerer i samspillet med dem.

Noen nyere studiers resultater indikerer da også at det er ingen eller svake relasjoner mellom svake foreldreferdigheter, og utvikling av atferdsproblemer hos barn som skårer høyt på kaldhetstrekk. Desto høyere barnet skårer på varme og sensitivitet overfor andre i sosialt samspill, desto mer sannsynlig kan en dermed tenkes at man også vil oppnå bedre utbytte av behandlingen. Dette på bakgrunn av antakelsen om at barn med lave nivå av kaldhetstrekk er mer mottakelig for foreldrekomponentene i PMTO- behandlingen. Hawes og Dadds (2005) viste i deres undersøkelse at barn med høye nivå av kaldhetstrekk hadde dårligere resultat ved oppfølgingsstudie enn barn med lave nivå av kaldhetstrekk. Funnene indikerer at barn med høye nivå av kaldhetstrekk vil være mindre mottakelig for foreldreferdigheter enn barn med lave nivå. Foreldretrening og kaldhetstrekk blir dermed forsterket i denne undersøkelsen, hvor det også her er tydelig at PMTO- behandling ikke fungerer like godt på barn med (høye nivå av) kaldhetstrekk som på de uten. I denne studien er det imidlertid ingen kontrollgruppe som mottar en alternativ behandling eller ingen behandling. Det kan dermed ikke konkluderes med at PMTO er virksomt eller ikke for gruppen med et høyt skår på kaldhetstrekk, bare at av de som mottar PMTO endrer de som skårer lavt på kaldhetstrekk seg mer positivt med hensyn til internaliserte problemer (både i hjemmet og på skolen), eksterne problemer (både i hjemmet og på skolen), oppmerksomhetsproblemer (både i hjemmet og på skolen) og sosial kompetanse (på skolen) enn de som skårer høyt. En randomisert kontroll studie bør være det neste steget for å få en mer grunnleggende kunnskap av hva som fungerer best av behandlingstilbud for denne gruppen barn. I den sammenheng burde det også brukes flere instrumenter til å kartlegge kaldhetstrekk. Det er også mulig at det tar lengre tid før foreldretrening virker for denne gruppen. Behandlingsgruppene bør derfor følges over tid i en kommende studie.

Forord

Ett år med masteroppgaveskriving nærmer seg slutten, og jobbsøkingen har startet. Det har vært krevende og utfordrende år, med både oppturer og nedturer. Ved masterstudiet i pedagogikk, føler jeg at jeg har fått en faglig tyngde innenfor det pedagogiske feltet, med en fordypning innenfor den psykologiske delen av pedagogikken gjennom masteroppgaven, som vil være viktig for meg videre i arbeidslivet.

Først og fremst vil jeg takke min veileder Gunnar Bjørnebekk ved Atferdssenteret i Oslo for god innsikt i problemområdet, tilgang til datamaterialet, veiledning og tilbakemelding underveis i prosessen, i tillegg til hjelp til å kjøre analysene i SPSS. Å få tilgang til et større forskningsprosjekt har vært interessant og lærerikt. Jeg vil også takke Thor Arnfinn Kleven som har vært til hjelp med metode.

En stor takk rettes også til min kjære samboer Steinar som har måttet høre på mye frustrasjon gjennom prosessen og som i tillegg har bidratt med å få formelle krav på plass. Familie og venner som har oppmuntret meg og vist interesse for oppgaven min.

Til slutt en stor takk til mine venninner Ruth, som har bidratt med korrekturlesing og setningsoppbygging, Guro, Ragnhild og min studievenninne Marita som har deltatt med faglige innspill til oppgaven. Uten deg Marita, hadde ikke masteren blitt det samme.

Oslo, mai 2012

Elisabeth Ranvik Dyrli

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens formål.....	2
1.3 Oppgavens pedagogiske relevans	2
1.4 Avgrensing.....	3
1.5 Problemstillinger	4
1.6 Oppgavens oppbygning	4
2. Teori- ulike spekter av antisosialitet	7
2.1 Antisosial atferd som begrep	7
2.2 Utvikling av atferdsforstyrrelse	8
2.3 Psykopatiske trekk.....	9
2.4 Kald, ufølsom og mangel på empati (primær- psykopati).....	10
2.5 Risikofaktorer for utvikling av antisosial atferd, med og uten kaldhetstrekk	12
2.5.1 Genetiske faktorer	12
2.5.2 Kaldhetstrekk og genetikk	13
2.5.3 Miljømessige faktorer	14
2.5.4 Kaldhetstrekk og miljø.....	15
2.5.5 Samspill mellom gener og miljø	17
2.6 Oppsummering	19
3. Teori- behandling	21
3.1 Behandlingsprogrammet «Parent Management Training».....	21
3.1.1 Grunnlaget for PMT-Oregonmodellen.....	21
3.1.2 Deltakerne i behandlingsprogrammet	23
3.1.3 Behandlingens rammer og struktur	24
3.1.4 Foreldreferdighetene som blir utprøvd	24
3.2 Grunnprinsippene i behandlingsmetoden	26
3.2.1 Positiv involvering	27
3.2.2 Oppmuntring av ferdigheter	28
3.2.3 Tilsyn og oppfølging (Monitorering).....	30
3.2.4 Problemløsning	31
3.2.5 Grensesetting.....	32

3.3 Avslutning og oppfølging etter behandling	34
3.3.1 Drop- out	35
3.3.2 Prematur avslutning	36
3.3.3 Behandling som avsluttes grunnet terapeutens ønske	37
3.3.4 Oppfølging	37
3.4 Behandlingsresultat	38
3.4.1 Generelle resultat av behandlingen	38
3.4.2 Effektstudie av PMTO i Norge	39
3.4.3 PMTO- med yngre og eldre barn	40
3.4.4 Foreldretrening og kaldhetstrekk	41
3.5 Har behandlingsresultatene vedvarende effekt?	42
3.5.1 Oppfølgingsstudie ett år etter behandling	42
3.6 Videre utfordringer	43
3.6.1 Kritikk av PMTO	43
3.6.2 Brukermedvirkning	45
3.6.3 Oppdragelse på den amerikanske måten	46
3.7 Kombinerte behandlingstilbud?	47
3.8 Oppsummering	48
4. Metode	49
4.1 Hypoteser	49
4.2 Utvalget	50
4.3 Rekruttering og datainnsamlingsprosedyre	50
4.4 Pretest- posttest design	51
4.5 Måleinstrumentenes reliabilitet og validitet	51
4.6 Måleinstrumenter	52
4.6.1 Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF)	53
4.6.2 Social Scale Rating System (SSRS)	54
4.6.3 Parent Daily Report (PDR)	55
4.6.4 Vurdering av strukturerte interaksjonsoppgaver (SIT)	55
4.6.5 Coders impression (CI)	56
4.7 PMTO behandling	57
4.8 Behandling av datamaterialet	57
4.8.1 Manglende data og avvikende verdier	57

4.9 Statistisk bearbeiding av materialet	58
4.9.1 Regresjonsanalyse	58
5. Resultater	60
6. Diskusjon	70
6.1 Begrensninger ved undersøkelsen	81
Litteraturliste	83

1. Introduksjon

I dette kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema, oppgavens formål, pedagogikkens relevans avgrensning og problemstillinger. Til slutt følger en oversikt over oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Årsaken til at jeg valgte antisosial atferd som tema for prosjektet, var at jeg alltid har hatt interessert for barn og unge med alvorlige atferdsproblemer, og ønsker også å få meg en jobb rettet mot dette temaet etter avsluttet utdanning. Temaet for masteroppgaven ble endelig bestemt etter en forelesning av Torgrim Gjesme i *Pedagogisk Teori*, høsten 2010, hvor han viste til en undersøkelse gjennomført av Gjesme selv og Gunnar Bjørnebekk om antisosial atferd. Behandlingsprogrammet «Parent Management Training- Oregonmodellen» (PMTO) kom inn i bildet etter at jeg hadde bestemt meg for å finne ut av om antisosial atferd kan reduseres ved hjelp av en eller annen form for behandling. Callous- unemotional traits (CU) (Heretter benevnt som kaldhetstrekk) ble inkludert tidlig i oppgaven, siden jeg fant dette temaet veldig spennende. Kaldhetstrekk er ingen diagnose, men er inkludert i enkelte undersøkelser siden barn med antisosial atferd også kan være kalde, ufølsomme og likegyldige.

Jeg ønsket selv Gunnar Bjørnebekk som veileder for oppgaven min, og når dette var i orden ble det raskt avgjort at jeg skulle fokusere på PMTO som behandlingsmetode siden dette var godt implementert i Norge. I tillegg har Atferdssenteret i Oslo (hvor min veileder jobber) samlet inn data om PMTO som behandlingsmetode på antisosial atferd som jeg har vært så heldig å få bruke i mine analyser.

1.2 Oppgavens formål

Behandling spiller en vesentlig rolle for å endre livsmønstrene til barn med alvorlige atferdsvansker. Alvorlige atferdsproblemer er også den hyppigste grunnen til henvisning til psykisk helsevern i Norge. Konsekvensene for disse barna er alvorlige for barnet selv, de nære omgivelsene rundt barnet, og for storsamfunnet (Solholm, 2004). Derfor er det også nødvendig med effektive intervensjoner for å kunne hjelpe denne gruppen med barn og unge. Dette er grunnen til at oppgaven skal gi innsikt i og kunnskap om foreldretreningsprogrammet Parent Management Training, og hvordan denne behandlingsmetoden kan redusere alvorlige atferdsvansker hos barn og unge. Kaldhetstrekk har blitt satt mer i fokus de senere år, men det er foreløpig ikke en diagnose og det er heller ikke klart hvilket behandlingsprogram som gir størst effekt for disse barna. Det ser imidlertid ut til at de negative konsekvensene er større og at denne gruppens atferdsproblemer har en tendens til å utvikle seg til å bli mer alvorlige over tid sammenlignet med en gruppe som skårer lavt på dette trekket. Jeg ønsker å trekke dette inn i oppgaven for å se om Parent Management Training kan utgjøre en forskjell. Nyere relevant forskningslitteratur vil bli brukt som en del av grunnlaget for mine analyser og konklusjoner.

1.3 Oppgavens pedagogiske relevans

Pedagogikk er læren om oppdragelsen og dets midler, metoder og praksis (Bø & Helle, 2008:228).

Barn med antisosial atferd har ofte behov for ekstra ressurser for å redusere/stoppe atferden. Behandlingsprogrammet «Parent Management Training» skal bidra til å styrke foreldreferdigheter, slik at foreldrene er bedre rustet til å oppdra barnet sitt og sosialisere det inn i fellesskapet med andre, og med samfunnet. Prosessen innebærer at barnet tilegner seg fellesskapets og kulturens koder, væremåter og livsmønstre. Styrkede foreldreferdigheter skal bidra til at foreldrene skal kunne gi omsorg, stimulering og påvirkning for å oppnå en personlighetsutvikling i samsvar med visse mål i forhold til (samfunnets) verdier og normer (Bø & Helle, 2008).

1.4 Avgrensning

Antisosial atferd kan betraktes på ulike måter. Psykologer tenderer å se på antisosial atferd som et dimensjonalt fenomen, som innebærer at man har ulik grad av involvering i antisosiale handlinger. Psykiatere derimot heller mot at antisosial atferd er å betrakte som et kategorisk fenomen, som vil si at man enten har antisosial atferd, eller så har man det ikke. Skillet her går oftest ved diagnosen atferdsforstyrrelse (eng: conduct disorder). Forskere som støtter det dimensjonale synet legger vekt på at et sub- klinisk nivå av antisosial atferd, har tilnærmede mønstre av sammenhenger og konsekvenser som diagnosen atferdsforstyrrelse (Moffitt m.fl., 2001; Storvoll 2004). I min oppgave betraktes atferdsforstyrrelsen som en del av antisosial atferd. Det handler altså om barn og unge med ulik grad av involvering i antisosial atferd. Begrepet antisosial atferd vil også bli brukt synonymt med begrepet alvorlige atferdsproblemer gjennom hele oppgaven, da atferdsproblemene som barna i oppgaven har, kan betraktes som alvorlige og vedvarende.

Hovedfokuset i oppgaven ligger på foreldre og relasjonen til barnet med alvorlige atferdsvansker. På grunn av oppgavens omfang har jeg derfor ikke gått nærmere inn på søskenrelasjoner eller familiestruktur, til tross for at søsken ofte involveres i behandlingen. I utgangspunktet kan det også være flere barn i familien som har atferdsvansker, men jeg velger å fokusere på det ene barnet og dets foreldre. Jeg ser heller ikke på kjønnsforskjeller blant antisosiale barn og unge i oppgaven, med bakgrunn i oppgavens omfang.

Foreldrene i analysen kan også innebefatte steforeldre og fosterforeldre og betegnes som de som har ansvaret for den daglige omsorgen. Gruppen i utvalget og teorien generelt er ikke delt inn i ulike minoriteter, og utvalget i analysene inneholder både nordmenn og innvandrere.

Generelt vinkles oppgaven mot Norge siden datamaterialet jeg har, er forskning gjennomført i Norge av forskere på Atferdssenteret i Oslo. Likevel ser jeg paralleller til andre land siden behandlingsteknikkene (teorien) også brukes på tvers av landegrensene. Dette er grunnen til at jeg velger å belyse forskningsresultater som er gjennomført i Norge med teorier også hentet fra andre land, spesielt USA siden mye av forskningen har funnet sted der.

1.5 Problemstillinger

De problemstillingene jeg ønsker å besvare i oppgaven er:

- Hvilke barn er i risikozonen for å utvikle alvorlig antisosial atferd med og uten kaldhetstrekk (callous- unemotional traits)?
- Responderer barn med kaldhetstrekk i samme grad på behandlingsmetoden Parent Management Training- Oregonmodellen (PMTO) som barn med alvorlige atferdsproblemer, men uten kaldhetstrekk?

Spørsmål jeg i teoridelen vil besvare for å utdype problemstillingene vil være:

1. Hvilken rolle spiller gener og miljø inn på antisosial atferd med og uten kaldhetstrekk?
2. Hvordan fungerer behandlingsprogrammet PMTO?
3. Vil behandlingen redusere problematferd gjennom å styrke foreldreferdighetene, som igjen vil bidra til økt familiesamhold og bedre kommunikasjon innad i familien?
4. Har behandlingen større effekt på barn under 8 år?
5. Øker fullført behandling sannsynligheten for vellykket behandlingsresultat?
6. Kan behandlingsresultatet generaliseres fra hjemmet til barnehage og skole?
7. Er det komponenter i behandlingen barn med kaldhetstrekk ikke responderer på?
8. Hvordan forholder PMTO seg til brukermedvirkning?

1.6 Oppgavens oppbygning

For å belyse oppgavens tema, har jeg valgt å ta utgangspunkt i nyere relevant forskningslitteratur som tar for seg antisosial atferd med og uten kaldhetstrekk, og behandling av dette hos barn.

Kapittel 2 vil dreie seg om antisosial atferd som begrep og dets ulike aspekter. Her vil jeg da gå nærmere inn på diverse former for alvorlig antisosialitet. Dette innebærer barn og unge som kan utvikle atferdsforstyrrelse, og psykopatiske trekk, da spesielt en undergruppe av psykopati som innebærer å være kald, ufølsom, likegyldig og har mangel på empati. I oppgaven har jeg valgt å omtale alle trekkene under en betegnelse, kaldhetstrekk. Deretter vil jeg se på barn i risikozonen for å utvikle antisosial atferd, og hvilke påvirkningsfaktorer som kan være utløsende. Her går jeg nærmere inn på genetiske og miljømessige faktorer både i forhold til utvikling av antisosial atferd, men også i forhold til utvikling av antisosial atferd med kaldhetstrekk. Denne delen av oppgaven vil besvares kun teoretisk. I kapittel 3 går jeg inn på hvordan antisosial atferd kan behandles og i den forbindelse viktige elementer ved behandlingsmetoden. Jeg har valgt å fokusere på Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO) som behandlingsmetode for barn i 3-12 årsalderen med antisosial atferd. Barna jeg omtaler gjennom oppgaven vil være i denne aldersgruppen. Årsaken til at jeg har valgt nettopp PMTO, er fordi behandlingsstudier har vist at behandlingsmetoden fører til betydelig reduksjon av atferdsvansker i hjemmet (Espinoza, 2001).

Det antas at rundt 10 % av barn som viser tidlige alvorlige atferdsvansker vil utvikle alvorlige psykososiale vansker i voksen alder. Undersøkelse av voksne i fengsel viser at opp til 90 % av fangene hadde alvorlige atferdsvansker som barn. På grunn av at de ikke fikk effektiv behandling da de var barn, ble heller ikke den antisosiale utviklingen stoppet (Mørch & Drugli, 2011). Dette forteller noe om hvor viktig det er at barn med alvorlige atferdsvansker mottar effektiv behandling.

Med bakgrunn i at PMTO er en omfattende behandlingsmetode, velger jeg bare å se på hovedessensen i behandlingen. Derfor går jeg inn på de 5 viktigste komponentene innenfor behandlingen som innebærer; positiv involvering, oppmuntring av ferdigheter, tilsyn og oppfølging, problemløsning og grensesetting. Et av hovedfokusene i oppgaven ligger i å finne ut om PMTO fungerer like for familier med barn med atferdsvansker som i tillegg har kaldhetstrekk, og de familiene med barn med «bare» har antisosial atferd. Derfor vil det også være relevant å se nærmere på PMTOs videre utfordringer i forhold til om noe burde endres eller fokuseres mer på for eventuelt å øke behandlingseffekt, og i den sammenheng vise til kritiske innfallsvinkler til behandlingsmetoden. Deretter går jeg inn på oppfølgingsundersøkelser for å se om det kan skje en endring i resultatene etter behandlingsslutt.

Med PMTO som veldokumentert behandlingsmetode som grunnlag, vil jeg videre bruke et allerede innsamlet datasett fra Atferdssenteret i Oslo for å se hvilken effekt behandlingsmetoden har på barn med bare antisosial atferd i forhold til barn med antisosial atferd og kaldhetstrekk. I metoddelen (kapittel 4) beskrives blant annet utvalg, type tester, design og en beskrivelse av hvordan behandling ble utført, før jeg statistisk vil besvare antakelsene mine i kapittel 5. Til slutt kommer diskusjon i kapittel 6. Her vil jeg oppsummere og diskutere teori og analyser.

2. Teori- ulike spekter av antisosialitet

I dette kapittelet presenteres teorien, som også vil være en viktig del av grunnlaget for analysene og deretter drøftingen av resultatene. Her vil jeg se nærmere på hvordan antisosial atferd kan oppstå og hvilke faktorer som kan være utløsende.

2.1 Antisosial atferd som begrep

Så tidlig som i 3-4 års alderen kan man identifisere antisosial atferd eller forløpere til denne atferden (Ogden, 2010a). Antisosial atferd er handlinger som representerer brudd på sosiale normer og regler (Abrahamowitz, 1999) og vil ofte også innebære brudd på samfunnets normer og regler. Hvilke forventninger, lover og bestemmelser som gjelder, varierer fra samfunn til samfunn. Til tross for dette, belyser antisosial atferd et vidt spekter av normbrudd. Alt fra mindre alvorlige handlinger som skulking eller sniking på t-banen, til straffbare handlinger som inkluderer innbrudd, bruk av våpen, og kjøp og salg av rusmidler som narkotika (Storvoll, 2004). Følgene av denne negative utviklingen er ofte anholdelser, skoleavbrudd og utvikling av antisosial personlighetsforstyrrelse. Barn med alvorlig antisosial atferd har økt sannsynlighet for å utvikle psykiske lidelser, utøve kriminelle handlinger og generelt få sosiale tilpasningsvansker når de blir voksne (Myers m.fl., 1998). I tillegg er de som viser antisosial atferd allerede i tidlig barnealder den gruppen som utgjør flest lovovertredere, og vil med størst sannsynlighet fortsette den kriminelle stien videre i voksen alder (Smith, 2004).

Frick (1998a) hevder at den antisosiale atferden kan komme til uttrykk på ulike vis. Det skilles mellom åpen og skjult aggresjon på den ene siden, og destruktiv versus ikke-destruktiv atferd på den andre. Åpen ikke-destruktiv atferd, som også kalles opposisjonell atferd kan være sinneanfall, stahet og trass. Åpen destruktiv atferd eller åpen aggresjon inkluderer slåssing og mobbing. Skjult destruktiv atferd derimot, innebærer kriminelle handlinger som stjeling, psykisk trakassering og brannstifting, mens den skjulte ikke-destruktive atferden kan være å rømme hjemmefra, ruse seg og skulke. Hagen og Christensen

(2010) hevder videre at de ulike undergruppene kjennetegnes ved forskjellige risikofaktorer og påvirkes av miljøet på ulike måter. De forskjellige gruppene av atferdsmønstre kan også delvis være betinget av alder og kjønn.

2.2 Utvikling av atferdsforstyrrelse

For å forklare utviklingen av alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge skilles det ofte mellom en utviklingspsykologisk og en medisinsk-diagnostisk retning. Atferdsproblemer kan i et utviklingspsykologisk perspektiv forklares langs en kontinuerlig dimensjon som grader av antisosial atferd (Ogden, 2002). Videre vil en medisinsk-diagnostisk tilnærming skille mellom atferd som faller innenfor det diagnostiske området, og atferd som ikke kvalifiserer for diagnosen. For eksempel vil antisosial atferd som etter en klinisk utredning havner innenfor diagnosekriteriene, omtales som atferdsforstyrrelse (eng. conduct disorder – CD).

Forstyrrelsen innebærer et avgrenset utvalg av antisosiale handlinger (Ogden, 2002).

Atferdsforstyrrelse er enhver atferd som avviker fra det som anses som normalt. Dette gjelder i en bestemt aldersgruppe, i en bestemt kultur, og i tillegg oppleves som uønsket av andre (Bø & Helle, 2002:21). Et vedvarende mønster av antisosial atferd, er referert til som atferdsforstyrrelse og påvirker ulike funksjonsområder i barndommen, og kan ofte videreføres inn i voksen alder (Kazdin m.fl., 1992).

Atferdsforstyrrelsen kan fremtre så tidlig som i 5-6 års alderen og fremtrer sjelden etter man har fylt 16 år. Forskning viser også at utbrudd i barndommen er forbundet med atferdsforstyrrelser som er mer vedvarende og alvorligere enn utbrudd i ungdomstiden (Loeber m.fl., 1995). Utbrudd av tidlig atferdsforstyrrelse kan fremmes av dårlig tilsyn, foreldre som bruker hard fysisk straff som oppdragelsesmiddel og foreldre som viser antisosial atferd. Det har også vist seg å være relatert til lav utdanning hos foreldrene (McCabe m.fl., 2004). Studier viser også at ufølsomhetstrekk og lignende dimensjoner av psykopati (*personlighetsforstyrrelse*, Bø & Helle 2008:250) er assosiert med vedvarende former for antisosial atferd. Utviklingsstudier viser at tidlige tegn til bedrag, manipulering og mangel på skyldfølelse kan bli målt hos barn helt ned til 3-årsalderen. Barna som skårer høyt

på disse karakteristikene viser en tendens til å utvikle svært alvorlige former av atferdsforstyrrelse (Kochanska & Aksan, 2006, Ostrov, 2006).

2.3 Psykopatiske trekk

Barn med psykopatiske trekk har et følelsesløst forhold til voksne og andre barn, med et veldig lavt frustrasjonstoleransenivå. Disse barna har store vansker med å kontrollere sine egne impulser, både seksuelle og aggressive. Dette kan komme til uttrykk øyeblikkelig, impulsivt og uten hensyn til eventuelle konsekvenser som kan finne sted senere. Barn som har disse karakteristikene viser ingen tegn til angst eller skyldfølelse. Den manglende impulskontrollen synes å forsterkes gjennom mangelfull utvikling av samvittighet. Til tross for at disse barnas dømmekraft ofte er dårlig, har de som regel normal intelligens og virkelighetsoppfatning (Hare, 1972).

Wiebe (2003) hevder at antisosialitet representerer en umiddelbar lyst til å oppnå egoistiske mål, til tross for skaden det kan påføre andre. Primær psykopati er assosiert med impulsivitet og aggressivitet. Personer med sekundær psykopati besitter disse karakteristikene og kan i tillegg vise sosial innadvendthet. Lykken (1995) hevder at temperamentsbaserte empiriske studier indikerer at et temperament karakterisert av lav frykt og/eller lav negativ emosjonalitet er assosiert med primær psykopati. I følge Dadds, Whiting og Haws (2006) er dette assosiert med høyt nivå på aggresjon og lav respons om at det kan inntreffe en negativ konsekvens. Dette vil si at barn med primærpsykopati har lav sensitivitet overfor potensielle negative konsekvenser. Normalt vil det være en sensitivitet ovenfor negative konsekvenser som overstyrer drivet mot å gjøre noe galt. Høy sensitivitet ovenfor negative konsekvenser vil dermed kunne forhindre utføring av antisosial atferd. Derimot vil en person med lav reaktivitet i atferdshemningssystemet (BIS) ikke oppleve noe klar negativ effekt i forhold til konsekvensene av antisosial atferd. Årsaken til dette er at aktivitet i BIS medfører maksimal oppmerksomhet rettet mot å analysere miljøstimuli, og spesielt stimuli som signaliser potensiell fare. BIS kan dermed hindre atferd og øke fysiologisk aktivering. Den fysiologiske aktiveringen som er frykt eller angst/negativ affekt, vil ikke bli aktivert i like stor grad hos de som scorer lavt på BIS (Bjørnebekk & Gjesme, 2009). Kombinasjonen av lav angst, høy

impulsivitet og lav empati, er med andre ord forgjengere for psykopati hos barn, og kan medføre et vedvarende livslangt mønster av alvorlig antisosial atferd (Frick & Hare, 2001; Frick & Marse, 2006, i Viding & Larsson, 2010).

2.4 Kald, ufølsom og mangel på empati (primær- psykopati)

For å forstå utviklingen av alvorlig aggressiv og antisosial atferd er det viktig å forstå tilstedeværelsen av trekk som innebærer at man har en kald-, likegyldig-, og ufølsom fremtoning, i tillegg til at man viser mangel på empati (White & Frick, 2010). For å forenkle dette har jeg valgt å slå de ulike trekkene sammen til et samlet begrep som jeg har valgt å betegne som kaldhetstrekk (callous- unemotional traits, CU).

Kaldhetstrekk er viktig for å utpeke en undergruppe av antisosial atferd. Denne gruppen fremviser ofte et spesielt alvorlig og aggressivt mønster av antisosialitet (Frick & White, 2010). Gruppens form for alvorlig atferdsforstyrrelse i barndommen, innebærer blant annet utnyttelse av andre mennesker og mangel på skyldfølelse og empati. Tidlige tegn til dette er assosiert med en alvorlig og vedvarende form for antisosial atferd. Sammenhengen mellom kaldhetstrekk og antisosial atferd fremtrer ikke før i tidlig skolealder (Hastings m.fl., 2000). Likevel er det i følge Dadds m.fl. (2005) funnet en moderat stabilitet hos barn helt ned i 4 årsalderen.

Risikofaktorer som svake foreldreferdigheter, lite foreldrenærhet, kriminelle jevnaldrende eller dårlig nabolag, kan ha innflytelse på utviklingen av atferdsforstyrrelse. I tillegg har de vist seg å ha innflytelse på utviklingen av aggressiv og antisosial atferd. Pardini og Loeber (2007) hevder at utviklingen av atferdsforstyrrelsessymptomer hos barn med kaldhetstrekk, kommer vesentlig av genetiske og neurobiologiske faktorer, mens eksponering for risikofaktorer i miljøet er viktigere for å forstå utviklingen av atferdsforstyrrelser uten kaldhetstrekk.

Livsløpsstudier viser også at kaldhetstrekkene er rimelig stabile over tid fra sen barndom til tidlig ungdomsalder, noe som spesielt fremkommer i studier som har benyttet foreldrerapporter til å måle kaldhetstrekk (Munoz & Frick, 2007). Likevel betyr ikke dette at

disse trekkene er helt uforanderlige. Frick m.fl. (2003a) hevder at til tross for høy stabilitet i trekkene gjennom en 4- års periode med forskning viser det seg å være en signifikant nedgang i kaldhetstrekk over tid. Det var derimot mindre sannsynlig at ungdommene som skåret lavt på disse trekkene i barndommen ville vise samme signifikante endring senere i barndommen og ungdomsårene. Faktorer som kan bidra til endringer i stabiliteten er relatert til barnets nivå av atferdsvansker og foreldrenes sosioøkonomiske status, så vel som kvaliteten på oppdragelsen av barnet. Det betyr med andre ord at det kan forekomme endring i trekkene, men dette avhenger av faktorene i barnets psykososiale miljø.

Kaldhetstrekk har vært knyttet til alvorlig antisosialitet, men studier som undersøker årsakene til utvikling av kaldhetstrekk mangler. Basert på tidligere forskning ble det antatt at angst i barndommen og svake foreldreferdigheter ble knyttet til endringer i kaldhetstrekk over tid. Pardini, Lochman og Powell (2007) gjennomførte en undersøkelse for å se på utviklingen av kaldhetstrekk gjennom en 1- års periode hvor 120 moderat til høyt aggressive barn deltok. I samsvar med tidligere forskning viste det seg at kaldhetstrekk hos barn viste en moderat grad av stabilitet og økning i antisosial atferd over tid. Likevel viste resultatene at nivået av kaldhetstrekk i flere tilfeller ble redusert i løpet av den korte perioden. Endringen viste seg relatert til, visse beskyttende faktorer. Dette gjaldt særskilt de barna som ble utsatt for lavere nivåer av streng disiplinering, og som i tillegg oppfattet foreldrene sine som varme og involverte. Dessuten viste også endringene i disse formene for foreldrepraksis relatert til reduksjon i antisosial atferd generelt. Et lavt nivå av angst var imidlertid relatert til økt nivå av kaldhetstrekk over tid. Dette gjaldt særlig hos barn med foreldre som ga de lite varme og omsorg. Med andre ord innebærer dette at foreldrenærhet og omsorg spiller en viktig rolle for moderering av barnets utvikling av kaldhetstrekk inn i tidlig ungdomsalder.

Frick og White (2008) sammenlignet kaldhetstrekk med andre dimensjoner av psykopati i form av deres relasjoner til atferdsproblemer, aggresjon og lovbrudd. Totalt viste undersøkelsen at kaldhetstrekk ikke var like sterkt assosiert til atferdsrelaterte vansker i forhold til de andre dimensjonene av psykopati, narsissisme (ekstrem selvkjærlighet) og impulsivitet. Kaldhetstrekk syntes imidlertid å være klarest i å utpeke en gruppe antisosial ungdom som viste mer alvorlig aggressivitet og vold. Det er dermed et trekk det er viktig å sette inn effektive tiltak mot i en tidlig utviklingsfase.

2.5 Risikofaktorer for utvikling av antisosial atferd, med og uten kaldhetstrekk

En risikofaktor utgjør enhver faktor som kan linkes til økt sannsynlighet for negative utfall i fremtiden (Durlak, 1995:7-8). Risikofaktorer er hendelser eller forhold som forekommer før barnet har vist tegn til alvorlige atferdsvansker, men samtidig har vist seg å kunne forutsi slik atferdsutvikling. Forskning rundt risikofaktorer er også et viktig grunnlag for forståelsen av utviklingen av atferdsvansker. Aggressiv atferd kan for eksempel være en risikofaktor for alvorlige atferdsvansker (Sørli 2000).

2.5.1 Genetiske faktorer

Det kan være ulike faktorer som setter barn og unges ideelle utviklingsforløp i en risikosone for å utvikle antisosial atferd. Dette kan blant annet være et medfødt anlegg for å utvikle en impulsiv atferd som for eksempel et vanskelig temperament. Brennan, Grekin og Mednick (1999) hevder i deres studie at barn med mødre som har røyket under svangerskapet, har større risiko for utvikling av atferdsforstyrrelser. I tillegg viser det seg at komplikasjoner under graviditeten ga økt risiko for at barnet senere skulle utvikle kriminell atferd. Dette kan også forklare hvorfor barn med alvorlige atferdsvansker viser flere tegn til unormalitet i svangerskapsutviklingen. I følge Brennan, Mednick og Kandel (1991) er et barn som er adoptert bort også i risikozonen for å utvikle voldelig atferd hvis en av dets biologiske foreldre (typisk for far) var domfelt en rekke ganger og dets biologiske mor var antisosial. Dette kan både være en genetisk effekt, men også et resultat av den antisosiale morens dårlige helsetilstand under svangerskapet. Den dårlige helsetilstanden kan være forårsaket av alkohol, narkotika eller dårlig ernæring, som kan endre utviklingen av fosterets hjerne.

Hos mange barn i risikogruppen for antisosial atferd, kan også underliggende neurologiske dysfunksjoner være bakgrunn for deres atferdsproblemer. Fra et biologisk perspektiv kan sårbarhet for forstyrrelsen involvere abnormaliteter i neurotransmittere eller strukturelle defekter i hjernen. I forhold til aggresjon spiller neurotransmitteren serotonin en rolle. Serotonin er et kjemisk signalstoff, en neurotransmitter, som overfører impulser fra en

nervecelle til en annen (Abrahamowitz, 1999). I følge Brunner og Hen (1997) interagerer serotonin med en rekke ulike reseptorer i hjernen. For å avgjøre hvilke effekter aktivering av de ulike (reseptorene) har, kan knock-out teknologi benyttes. I forsøk utført på mus har man slått ut effekten av genet som koder for en bestemt serotonin reseptor, noe som igjen fører til at proteinet som dette genet koder for ikke produseres. Et resultat av dette igjen, har for knock-out musene vist seg å være en utpreget aggressiv og impulsiv adferd.

Selv om det er åpenbare relasjoner mellom serotonin og antisosial aggressiv atferd, kan man ikke si konsekvent at det er kausale årsaker. Lave serotonin-nivåer er også involvert i depresjon. I den sammenheng bidrar kanskje reduksjonen av serotonin til negativt stemningsleie, som igjen kan bidra til å øke aggresjon hos noen barn. Det er likevel vanskelig å vite hvem som er disponert til å bli aggressive grunnet lave nivåer av neurotransmitteren og hvem som ikke er det. Muligens har serotonin en indirekte effekt på aggresjon hos noen, som videre kan føre til utvikling av antisosial atferd. Likevel er det uvisshet om hvordan, og om det finnes en direkte påvirkning på forstyrrelsen (Seligman m.fl., 2001). I tillegg til sammenhengen mellom serotonin og antisosial atferd, er det også påvist at antisosial atferd er forbundet med eksekutivfunksjoner. Disse funksjonene omfatter evnen til vedvarende oppmerksomhet, konsentrasjon, abstrakt tenking, begrepsdannelse og evnen til å være målrettet så vel som å planlegge (Smith, 2004).

2.5.2 Kaldhetstrekk og genetikk

Tvillingstudier viser at psykopatiske trekk har signifikante arvelige innflytelser og genetiske faktorer bidrar også til forholdet mellom psykopatiske personlighetstrekk og antisosial atferd. (Viding & Larsson, 2010). Vinding m.fl. (2007) undersøkte i hvilken grad variasjon i gener kan forklare sammenhengen mellom antisosial atferd og kaldhetstrekk i syvårsalderen.

Funnene viste en sterk sammenheng. I tillegg har også tvillingstudier vist at det er hensiktsmessig å dele inn i ulike undergrupper av antisosial atferd, hvor psykopatiske trekk utgjør en undergruppe av individer med antisosial atferd. Tvillingstudienes resultater indikerer videre at en tidlig start på antisosial atferd er mer arvelig for den gruppen barn med tidlig inntreffende kaldhetstrekk og antisosialitet. Disse funnene er i samsvar med om at

oppfatningen av et bestemt sett gener påvirker utviklingen av psykopatiske personlighetstrekk og antisosial atferd.

Forskningsresultater tyder videre på at lave hvile- nivå av kortisol (som er et hormon involvert i en stressrespons og er en markør for stressreaktivitet hos mennesker og rotter) er en biologisk markør for gutter med kroniske nivåer av voldelig og antisosial atferd og som viser kaldhetstrekk, uavhengig av nivået på atferdsvanskene. Dette indikerer at det skal mer til for denne gruppen barn å aktivere stressresponsen. Noe som kan være et uttrykk for fryktløshet eller lav angst (Loney m.fl., 2006). I tillegg viser forskning at dysfunksjon i amygdala spiller en rolle i forhold til kaldhetstrekk. Dette begrunnes i at amygdala er viktig i forhold til uttrykk som frykt. I tillegg spiller amygdala en rolle i forhold til sosialisering. Barn med kaldhetstrekk har svekkede fryktresponser, sammenlignet med barn som skårer lavt på dette trekket (Marsh m.fl., 2008).

Design som studerer genetikk, for eksempel tvillingstudier, kan gi et sårt tiltrengt perspektiv på den utviklingsmessige opprinnelsen av kaldhetstrekk og heterogenitet innenfor personer med antisosial atferd. Genetisk forskning på antisosial atferd har generelt funnet ut at både tidlig inntredende og vedvarende antisosial atferd viser moderat til stor genetisk påvirkning, samt moderate delte og ikke-delte miljømessige påvirkninger (Moffitt, 2003; Viding m.fl., 2005). Det er videre mulig at genetiske likheter mellom barn med kaldhetstrekk og deres foreldre kommer frem i samhandlingen dem i mellom. Det vil si at foreldre kan være disponert for å reagere uhensiktsmessig på atferden til et barn med kaldhetstrekk, hvis de selv også er karakterisert av slike trekk (Hawes m.fl., 2011). Den høye arveligheten som er funnet for kaldhetstrekkene støtter denne antakelsen (Viding m.fl., 2005).

2.5.3 Miljømessige faktorer

Faktorer som også kan spille inn på barns antisosiale atferd kan være vanskelige familieforhold som omsorgssvikt, depresjon eller lav sosioøkonomisk status. Dette har i en rekke studier vist seg å være sentrale faktorer som påvirker barnets oppvekt på en negativ måte. Den unges antisosiale atferd kan også være et resultat av tett kontakt med jevnaldrende med atferdsproblemer eller at hjemmet ligger i et kriminelt belastet nabolag (Hagen &

Christensen, 2010). Taylor m.fl. (2000) hevder at de skjulte formene for antisosial atferd, blir påvirket av forhold i miljøet og da spesielt forhold i familien. I tillegg er det påvist at det er større arvelighet for tidlig påbegynte atferdsforstyrrelser sammenlignet med dem som først inntreffer i ungdomsalderen.

Når det gjelder psykiske lidelser hos foreldre, er det en viss risiko for at det kan påvirke et barns utvikling negativt. Dette gjelder spesielt, som tidligere nevnt, depresjon hos mor. En undersøkelse med over 1200 mødre og barn som ble fulgt opp fra fødsel og opp til treårsalderen, ble gjennomført av NICHD (Early Child Care Research Network) i 1999. Her undersøkte forskere virkningene av kronisk depresjon rapportert av mødrene selv, så vel som en rekke andre risikofaktorer på samspillsferdigheter og barnas utvikling. Mødrene fylte ut en depresjonsskala og ble videofilmet i hjemmesituasjonen, i tillegg til lek i en laboratoriesituasjon. Utfallet av undersøkelsen ble vurdert da barna var 36 måneder gamle, og dataene viste en sammenheng mellom mødrenes depressive symptomer og andre risikofaktorer som sosioøkonomisk status og grad av sosial støtte. I tillegg var mødrene mindre sensitive ovenfor barna desto mer kroniske symptomene var. Alvorlig depresjon hos mødrene, ser videre ut til å predikere en utviklingsvei preget av eksternaliserte atferdsproblemer hos barna. Til tross for dette, er ikke barnets temperament relatert til senere atferdsvansker når mødrene ikke har sterke depressive symptomer i denne studien. Hvis barnet tidlig i livet viser et vanskelig temperament, i tillegg til at de har en irritabel og depressiv mor, ser kombinasjonen ut til å være i stor risiko for utvikling av en uheldig gjensidig påvirkning (Radke-Yarrow m.fl., 1998; Smith, 2004).

2.5.4 Kaldhetstrekk og miljø

Flere forskningsstudier indikerer at for barn med antisosial atferd som i tillegg viser kaldhetstrekk, er ikke deres antisosiale atferd like sterkt assosiert med svake foreldreferdigheter som for barn uten kaldhetstrekk, men med antisosial atferd (Lynam, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2008; Oxford, Cavell, & Hughes, 2000; i Viding & Larsson, 2010). Wootton, Frick, Shelton og Silverthorn (1997) viser i sin undersøkelse at barn med kaldhetstrekk viste høye nivå av atferdsproblemer, uavhengig av foreldrenes

oppdragelsesferdigheter. Det var med andre ord ingen samsvar mellom ineffektive foreldreferdigheter og barnets skårer på kaldhetstrekk. Regresjonsanalysen viste snarere en svak negativ relasjon. Dette kan tyde på at svake foreldreferdigheter ikke er det som driver utviklingen av atferdsproblemer hos barn som er karakterisert ved kaldhetstrekk. I følge Caspi m.fl. (2004) viste undersøkelser at av 2254 tvillingpar mellom 7 og 12 år hadde tvillinger som hadde vokst opp i familier preget av lav foreldrenærhet og foreldre som brukte streng disiplin som virkemiddel i en alder av 7, større risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser enn tvillinger vokst opp i familier med høy foreldrenærhet og bruk av mildere former for disiplin. De samme relasjonene ble ikke funnet hos barn med kaldhetstrekk. Til tross for at det fantes en relasjon mellom svake foreldreferdigheter og utvikling av kaldhetstrekk, viste ikke undersøkelsene en miljømessig effekt av ulike former for streng disiplin på kaldhetstrekk hos tvillingene. Funnene kan forklares ved at forholdet mellom foreldrenes foreldreferdigheter og kaldhetstrekk hos barn kan reflektere passivitet og/eller gen-miljø korrelasjon, som ikke kommer frem i et design som bare fokuserer på et ikke-delt miljø. Med andre ord viser dette at inn i tidlig ungdomsalderen, var svake ferdigheter til å disiplinere på en god måte en risikofaktor for antisosial atferd for tvillinger i et ikke-delt miljø. Dette gjaldt imidlertid ikke for gruppen antisosiale som også var kjennetegnet ved kaldhetstrekk (Caspi m.fl., 2004; Viding & Larsson, 2010).

Hipwell m.fl. (2007) viser i deres studie av 990 jenter fra 7-8 år at de som erfarer en overdreven streng oppdragelse hvor det blir brukt fysisk avstraffelse også har en tendens til å skåre høyt på, atferdsproblemer når de samtidig skårer moderat eller lavt på kaldhetstrekk. Derimot viste studien en lav relasjon mellom streng oppdragelse og utvikling av atferdsproblemer hos de som skåret høyt på kaldhetstrekk.

Forskning fra 1960-1970- tallet viste at svake foreldreferdigheter spilte en viktig rolle for barns utvikling av psykopati (kaldhetstrekk). Her generaliserte man at psykopatiske trekk kunne linkes til en forstyrrelse i familieforholdet. Dette kunne for eksempel være depresjon, rus eller manglende grensesetting i oppdragelsen. Gregory (1958) hevder at barn som mistet en av foreldrene hadde større risiko for å bli psykopatiske eller antisosiale. Greer (1964) støttet opp under denne konklusjonen, som viser til at 60 % av 79 psykopater i undersøkelsen, hadde mistet en av foreldrene i tidlig alder (mesteparten før femårsalderen) (i; Rutter 1972). Tilsvarende materiale viser også at jo mer alvorlig den psykopatiske atferden er, desto større sannsynlighet er det for at en av foreldrene har en klinisk depresjon (Craft, Stephensen & Granger 1964). Når det gjelder antisosialitet, viser undersøkelser at også kriminell atferd

henger sammen med inkonsekvent oppdragelse med disiplineringsvansker blant foreldrene (Andry 1960, Bennet 1960, McCord & McCord 1964; i Rutter 1972). Edens m.fl. (2008) rapporterte i deres undersøkelse at streng og inkonsekvent grensesetting var assosiert med høyere nivå av atferdsvansker hos ungdom i en undersøkelse med 76 ungdomskriminelle. Assosiasjonen var imidlertid kun signifikant for ungdom som skåret lavt på kaldhetstrekk. Det var kun kaldhetstrekk av underdimensjonene av psykopati som modererte relasjonen mellom foreldreferdigheter og utvikling av atferdsproblemer.

Til tross for flere undersøkelser som hevder at foreldreferdigheter ikke er knyttet til høye nivå av kaldhetstrekk, kommer ikke dette frem i studiet av Sadeh m.fl. (2010). Forskning viser at personer med antisosial, aggressiv og impulsiv atferd kan ha en «svekket» versjon av genet for serotonin (5-hydroxyindoleacetic syre; 5-HT). I denne studien det ble sett på sammenhengen mellom serotonin, antisosial atferd og sosioøkonomisk status. Undersøkelsen (hvor det ble tatt spyttprøve fra munnhulen) viste at yngre ungdom med gen-type l/l (altså lik variant av serotonin-transportør genet på begge allel; et nedarvet fra far og et fra mor), og som i tillegg var oppvokst i en familie med lav sosioøkonomisk status, var den gruppen som utgjorde de med høyest nivå av kaldhetstrekk. Disse ungdommene med l/l genotypen tilhører den enden av emosjonsspekteret som er preget av ufølsomhet og likegyldighet. I den andre enden av spekteret finnes de som har serotonin-transportør gen-typen s/s, og som har økt risiko for utvikling av antisosiale avvik bestående av for eksempel humørsvingninger (Sadeh m.fl., 2010). Denne studien er en av de første i sitt slag som knytter l/l genotypen opp mot et svekket følelsesliv hos barn oppvokst i et lavt-fungerende miljø, og slik viser arv og miljø sin påvirkning på antisosial atferd.

2.5.5 Samspill mellom gener og miljø

Moffitt, Caspi og Rutter (2005) hevder at barn med visse typer gensammensetninger er i større risiko for å utvikle atferdsforstyrrelser enn barn uten slike gensammensetninger hvis de har blitt mishandlet av foreldrene. Det kan dermed se ut til at enkelte barn har en medfødt økt sannsynlighet for å utvikle antisosial atferd på grunn av skadelige oppvekstbetingelser. Likevel har genetisk forhold liten direkte innvirkning på aggresjon og antisosial atferd fordi

gener virker hovedsakelig inn på temperamentstrekk som impulsivitet, irritabilitet og spenningssøking. Derfor vil barn som vokser opp med slike temperamentdisposisjoner ofte også ha foreldre med lignende temperamentstrekk. Dermed vil genenes innflytelse på utviklingen av antisosial atferd skje på en indirekte måte, ved at barnets vanskelige temperament og foreldrenes måte å oppdra barnet på virker sammen. Coon m.fl. (1992) hevder at et vanskelig temperament alene ikke predikerer atferdsproblemer, men at de først er i risiko ved uheldig omsorgsutøvelse. En studie gjennomført av 720 barn i Amerika viste også en interaksjon mellom genetisk disposisjon for antisosial atferd og en streng og kald oppdragerstil i utviklingen av alvorlige atferdsproblemer. Barn som var genetisk disponerte ble i større grad i denne studien påvirket av foreldrenes oppdragerstil. Dersom foreldrene viser varme og omsorg er barnet i følge undersøkelsen i lav risiko for å utvikle antisosial atferd. Dette gjaldt også for de med sårbare gener. Hvis foreldrene derimot viser svake foreldreferdigheter er det større sannsynlighet for at barna også kan utvikle antisosialitet (Ørstavik, 2007).

Genetikken kan man ikke gjøre noe med, men derimot å styrke foreldrefungeringen kan være mulig. Flere studier viser at en konsekvent foreldrestil, varme og omsorg kan kompensere for sårbare gener (Bohmann, 1996; Tienari m.fl., 1994; i Berg-Nielsen, 2010). De ulike forskningsresultatene blir også underbygget med Hawes og Dadds (2007) teorier, som hevder at spesifikke foreldrepraksiser kan hjelpe impulsive, aggressive og fryktløse barn, fra å utvikle psykopati. Barn med lav frykt har for eksempel liten sensitivitet for negative konsekvenser som dermed gjør dem ekstra utsatt for å utvikle en kald og ufølsom atferd. Til tross for dette, kan varme og omsorgsfulle foreldre ha en innvirkning på barn med lav frykt. Varme og omsorg kan hindre disse barna fra å utvikle lav varme, lav empati, lav frykt og lite sensitivitet for negative konsekvenser (Kochanska, 1997; Pardini, Lochman, & Powell, 2007). Når man ser på disse funnene sammen, tyder det på at interaksjonen mellom miljø og nevrobiologiske faktorer, kan være viktig for å forstå tidlige psykopatiske trekk, så vel som endringer i disse over tid (Loeber m.fl., 2009).

En årsak til at barna til tross for ulike risikofaktorer, unngår å utvikle antisosial atferd kan være at problemene i hjemmet eller på andre arenaer fanges opp. Dette kan være av enten barnehagen, skolen eller en person i nær omkrets eller familie. Personen må være i stand til å følge opp den unge og gi han/hun den stabiliteten og faste strukturen i hverdagen som innebærer både grensesetting og omsorg, spesielt hvis en av foreldrene ikke er i stand til å møte disse behovene til barnet. Hvis dette finner sted, kan man også i beste fall unngå å

omplassere den unge på institusjon hvis foreldrene ikke er i stand til å ta seg av barnet. Til tross for at barnet kan unngå å utvikle antisosial atferd, er det likevel en mulighet for at dette kan skje hvis flere risikofaktorer finner sted samtidig. Dette kan være miljøfaktorer alene eller i kombinasjon med biologiske faktorer. Hvis dette skjer, kan man trenge ekstern hjelp for å redusere eller fjerne problemene.

Forskning viser at plassering av unge på institusjon kan bidra til å øke risikoen for å videreutvikle alvorlige atferdsproblemer. I tillegg viser også forskningen at arbeid med familien er det mest effektive for å endre de viktigste risikofaktorene som bidrar til utviklingen av atferdsproblemer (Hagen og Christensen, 2010). I følge disse forskningsresultatene tilsier det med andre ord at barna har størst mulighet for å gjennomføre en vellykket og vedvarende behandling i samarbeid med foreldrene og eventuelt andre familiemedlemmer. Derfor har jeg valgt å fokusere på Parent Management Training-Oregonmodellen (PMTO) som tar utgangspunkt i nettopp behandling av antisosial atferd i hjemmet med familien.

2.6 Oppsummering

Som vi har sett i kapittel 2 er antisosial atferd brudd på et samfunns normer, som ofte innebærer kriminelle handlinger. Et vedvarende mønster av antisosial atferd refereres til som en atferdsforstyrrelse og påvirker ulike funksjonsområder. Tidlige tegn på kaldhetstrekk linkes også til utvikling av atferdsforstyrrelse. Kaldhetstrekk er en undergruppe av antisosial atferd og innebærer blant annet utnyttelse av andre mennesker og mangel på skyldfølelse og empati. Utbrudd i barndommen er også knyttet til en mer alvorlig og vedvarende form for antisosial atferd. Antisosialitet innebærer en umiddelbar lyst til å oppnå egoistiske mål til tross for skaden det kan påføre andre. En person med lav reaktivitet i BIS vil heller ikke oppleve noen negative følelser i forhold til tanker rundt konsekvensene av antisosial atferd.

Risikofaktorer for utvikling av antisosial atferd kan være av biologiske faktorer, som for eksempel et medfødt vanskelig temperament, som videre kan føre til utvikling av antisosial atferd hos noen barn. Det kan også ligge miljømessige faktorer til grunn, som omsorgssvikt, lav sosioøkonomisk status eller depresjon, særskilt hos mor. Det kan også være et samspill

mellom gener og miljø i forhold til at barn som vokser opp med temperamentdisposisjoner alene, predikerer ofte ikke antisosial atferd. Er de i en uheldig omsorgsutøvelse i tillegg, øker derimot risikoen. Flere undersøkelser viser at foreldreferdigheter mest sannsynlig ikke spiller en stor rolle for barn med høye nivå av kaldhetstrekk.

3. Teori- behandling

Denne delen av oppgaven består av et innblikk i behandlingsmetoden PMT(O) og dets ulike komponenter. I tillegg vil jeg vise til behandlingsresultater rett etter behandlingsslutt og oppfølgingsstudier av behandlingen ett år etter behandlingsslutt.

3.1 Behandlingsprogrammet «Parent Management Training»

Behandlingsprogrammet startet formelt i 1960 årene i USA, men først i 1998 ble det bestemt at det skulle implementeres i alle norske helseregioner. Parent Management Training (PMT) er et strukturert behandlingsprogram for foreldre som har barn med atferdsvansker, og en intervensjon hvor foreldrene blir opplært i ulike ferdigheter for å endre barnets atferd. PMT foregår primært med foreldrene de som implementerer prosedyrene de lærer i hjemmet. Programmet er beregnet på barn fra 3-12 år og varer fra 12 til 16 uker hvor hver økt varer fra 45 minutter til 1 time. Behandlingen er utviklet for foreldre og barn som ligger innenfor en vid, men et normalt spekter av kognitive ferdigheter. På grunnlag av at behandlingen stiller visse krav til deltakerne, er dette nødvendig. Barn med ulike psykisk utviklingshemming blir derfor normalt sett tilbydd andre behandlingstilbud. Tilbudet blir ikke anbefalt gitt til familier med barn som har blitt seksuelt misbrukt av familiemedlemmer, da deres tilstedeværelse i familien kan være en risiko (Hagen m.fl., 2011).

3.1.1 Grunnlaget for PMT-Oregonmodellen

Antisosial atferd har tradisjonelt blitt brukt om aggressiv og kriminell atferd hos ungdom, og voksne. Patterson (1982) har imidlertid argumentert for å omtale barns aggressive og utagerende atferd som antisosiale handlinger fordi det ofte beskriver forløpere til alvorlig antisosial atferd. Definisjonen forutsetter likevel at hendelsene både er aversive og betingede

(forutsigbar) (eng. contingent). En aversiv hendelse inntreffer for eksempel når barn skriker, roper og/eller slår, og disse hendelsene utløses (eller betinges) ofte av andre familiemedlemmers atferd. De fleste barna lærer seg at det er lønnsomt å være prososial enn antisosial fordi foreldrene og andre oppmuntrer denne type atferd, mens de gir sanksjoner på negativ atferd. For barn med antisosial atferd blir ofte den positive atferden oversett, mens imidlertid den negative eller aversive atferden blir gitt flere fordeler. Disse barna viser tidlige tegn på motorisk uro og impulsivitet og har vansker med å tilpasse seg regler og voksnes autoritet som gjør de vanskeligere å oppdra. Dermed er oppdragerkompetanse og involvering i barnets liv avgjørende for hvilken vei utviklingen tar (Ogden, 2002). Utvikling av alvorlige atferdsvansker kan derfor ses på som en gradvis prosess som begynner gjennom tidlige erfaringer i familien og videreutvikles i kontakt med andre personer i barnets omgivelser som for eksempel venner og medelever. Videre utvikles dette gradvis i negativ retning i samsvar med Pattersons sosiale interaksjons læringsteori som beskriver hvordan risikofaktorer i et samspill resulterer i atferdsvansker (Patterson, 2002). Teorien forklarer hvordan antisosial atferd utvikles gjennom en gjensidig læringsprosess mellom foreldre og barn som er preget av «the coercive family process» eller «tvingende samspillsmønstre» som kan beskrives som en fastlåst og tvangspreget familieprosess med hyppige foreldre-barn konflikter (Patterson, 1982). Barnet lærer at foreldrene ofte gir seg når det utsettes for motangrep i form av raserianfall eller høylytte protester, og dermed er det barnet som også ofte får det siste ordet og foreldrene gir opp (Patterson & Forgatch, 2000). Samhandling preget av «tvingende samspill» fører til at foreldrene eller andre i relasjoner med barnet unngår konflikter eller setter seg i motangrep i håp om å få overtaket. Dette kan videre føre til at foreldre og barn forsøker å unngå hverandre. Her vil også den antisosiale atferden forsterkes hvis foreldrenes tilsyn svekkes, spesielt i fra 10-årsalderen hvor barn begynner å bli mer mobile (Ogden, 2010a).

Den viktigste drivkraften bak barns avvikende atferd ligger, i følge Patterson, i foreldrenes manglende eller uegnede foreldreferdigheter. I oppveksten påvirkes også atferden av dårlige vennerelasjoner og manglende mestring av skolegang (Ogden, 2010a). Men siden Patterson (1982) hevder at antisosial atferd er lært, og kan derfor også avlæres eller forebygges gjennom læringsbasert behandling av foreldre og barn, dvs. gjennom 'parent management training'. PMTO bygger på forskningen til Gerald Patterson og hans kollegaer ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA gjennom de siste 30 årene. Problemstillingene som var utgangspunktet for Gerald Pattersons teori og metode var, "hva forårsaker barns antisosiale

atferd?” og “hva kan gjøres for å hjelpe familier til å endre denne typen problematferd?”. Metoden er under kontinuerlig utvikling, utprøving og evaluering. PMTO dreier seg om å gi foreldre noen redskaper som de bruker i samhandling med barnet. Dette skal være et bidrag til å styrke foreldrekraften, som igjen kan være en viktig faktor når man forsøker å endre barnets atferd i en positiv retning. Har foreldrene gode foreldreferdigheter i forhold til å oppdra barnet, demper det også påvirkningen av uheldige miljøfaktorer (Aasebøe, 2006). Hensikten med intervensjonsprogrammet er å hjelpe foreldre til å bryte med fastlåste samspillsmønstre preget av frustrasjon og aggresjon, samt erstatte dette med samspillsmønstre som fremmer samarbeid og trivsel. For å mestre dette har foreldrene behov for å trenes i noen enkle og klart definerte foreldreferdigheter. Derfor er det viktig at terapeuten lærer bort disse intervensjonene på en mest mulig effektiv måte og i en bestemt rekkefølge (Duckert, 2004). PMT og PMTO bygger på de samme prinsippene, siden PMTO er en versjon av PMT. På grunnlag av at de har samme utgangspunkt og bygger på det samme fundamentet, velger jeg å bruke prinsippene om hverandre videre i oppgaven.

3.1.2 Deltakerne i behandlingsprogrammet

Det laveste antall deltakere inneholder behandlingsprogrammet en terapeut og en forelder. Barnet deltar på noen av timene, så vel som gjennomgang av programmet for å sikre at barnet forstår programmet. Terapeuten er ansvarlig for behandlingen, og fungerer som en trener og veileder for enten én eller begge foreldrene. Et annet familiemedlem eller en person som deltar aktivt i barnets hverdag kan også delta i programmet (Kazdin, 2005). Adesso og Lipson (1981) hevder at noe forskning har sett på betydningen av om behandlingen er mer effektiv hvis begge foreldrene er involvert. Utfallet tilsier at behandling med bare en forelder fungerer godt. Hvis begge foreldrene er involverte, betyr ikke dette at behandlingsresultatet blir bedre, enn hvis kun en forelder deltar. Til tross for dette viser det seg i følge Bagner og Eyberg (2003) og Webster-Stratton (1985), at ett år etter behandlingen, er vedlikehold av barnets prososiale atferd bedre hos barn hvor begge foreldrene har deltatt i behandlingen. Kazdin (2005) hevder at dette trolig har lite å gjøre med fordelene av fars deltakelse i behandlingen. Han begrunner dette videre med at barn med begge foreldrene involverte, kan skille seg ut på mange andre områder fra barn fra familier med bare en forelder. For eksempel kan dette være

relatert til alvorligheten av psykiske problemer hos barnet eller forelderen, sosioøkonomisk status, økonomiske ressurser i familien og barnets IQ kan også være faktorer som påvirker opprettholdelse av behandlingens utfall, og kan forklare eller telle for effekten assosiert med fars deltakelse (Kazdin, 2005).

3.1.3 Behandlingens rammer og struktur

Behandlingen starter med en kartleggingsrutine. Starten på behandlingen innebærer å kartlegge barnets og familiens vansker, ressurser og behov, i tillegg til å gi foreldrene informasjon om behandlingsprogrammet. I den første behandlingstimen skal foreldrene og terapeuten etablere en samarbeidsrelasjon. Her er det viktig at terapeuten og foreldrene etablerer et felles fokus på hva målet for behandlingen skal være. Terapeutens utgangspunkt ligger i forståelsen av foreldrenes problem, men ut fra forståelsen av problemene sett ut ifra et PMTO- perspektiv. Den første timen avsluttes ved at familien får en hjemmeoppgave til neste gang og en perm hvor alt skriftlig materiale knyttet til oppgaven befinner seg. Materialet i permen består av «huskelapper» i forhold til definisjoner knyttet til kjennetegn ved begreper og fenomener, samt beskrivelser av prosedyrer, idé-ark i forhold til tiltak, verbale og visuelle illustrasjoner av terapeutiske poenger og ulike observasjons- og registreringsskjema. Permen bygges ut for hver gang et nytt tema starter (Solholm m.fl., 2005).

3.1.4 Foreldreferdighetene som blir utprøvd

The social interaction learning model (SIL- Modellen) hevder at barns atferd er direkte påvirket av foreldrenes måte å oppdra barnet på. Gjennom programmet blir foreldrene trent i å endre dysfunksjonelle strategier gjennom økt bruk av positive læringsstrategier for prososial atferd (Ogden & Hagen, 2008). Målet er å øke sentrale foreldre ferdigheter som grensesetting, tilsyn og oppfølging, problemløsning, positiv involvering og oppmuntring av ferdigheter (Forgatch & DeGarmo, 1999). Forgatch m.fl. (2005) hevder at problemløsning hjelper

familiemedlemmer å forhandle om uenigheter, etablere husregler og i tillegg spesifisere konsekvenser for regler som blir brutt. Dette gjenspeiler også foreldrenes ansvar og omsorg for barnet. I følge Patterson (2005; Ogden & Hagen, 2008) er grensesetting spesielt viktig for å kunne predikere atferdsproblemer hos utagerende barn.

Samarbeidet mellom terapeut og foreldre i behandlingen har som mål å føre til en grunnleggende endring i hvordan foreldrene håndterer og uttrykker sine reaksjoner og følelser på i forhold til barnet sitt. For å mestre dette trenger foreldrene å trenes i noen enkle og tydelig definerte foreldreferdigheter. Terapeutens oppgave ligger her i å lære bort disse ferdighetene i en bestemt rekkefølge og på en best mulig effektiv måte. Her er det viktig at terapeuten skaper en god atmosfære for læring og i tillegg er i stand til å formidle komponentene på en slik måte at foreldrene har mulighet for å ta dem i mot, trene på dem og etter hvert kan internalisere dem. For å gjennomføre dette er det viktig at terapeuten er oppmuntrende, lyttende til hva familien sier, så vel som være i stand til å skreddersy komponentene til hver enkelt familie. Dette er nødvendig for at familien ikke skal føle seg belært eller kritisert, men trygge og komfortable. Noe som er en forutsetning for at læring skal finne sted (Aasebøe, 2006).

Den kanskje mest utfordrende delen i arbeidet ligger i å endre følelsesuttrykk og å være oppmerksom i kommunikasjon med barnet. For å gjennomføre og vedlikeholde dette, er det nødvendig med høy motivasjon og utholdenhet. I denne prosessen er det viktig at terapeuten støtter foreldrene. Foreldrene skal bli møtt med samme respekt og positive involvering fra terapeuten, som terapeuten ønsker at foreldrene skal utøve i forhold til barnet. Derfor vil "samarbeid" være et nøkkelord på dagsordenen for å skape en felles forståelse som innebærer en ny måte å tenke på. Her kan også oppmuntring være en viktig komponent. For å opprettholde en positiv atferd er det viktig at rosen skjer konsekvent og systematisk, og for at dette skal skje er det nødvendig å trene på hvordan og i hvilke situasjoner de kan gjøre det. I timene legges det stor vekt på å lære foreldrene å fortelle barnet på en positiv måte hvilken atferd de ønsker og forventer fremfor hva de ikke ønsker. Her kommer rollespill inn som en viktig bidragsyter, hvor foreldrene selv inntar barneperspektivet og får kjenne på hvordan det føles å bli kritisert og snakket nedsettende til (Aasebøe, 2006).

I tillegg til arbeidet som gjøres med både terapeut og foreldre til stede, gis det også oppgaver til foreldrene mellom hver terapitime. Det innebærer at hver uke skal foreldrene trene på den aktuelle foreldrekomponenten i de situasjonene som oppstår i hjemmet. Oppgavene i hjemmet

danner grunnlaget for hva som skal skje under neste terapitime. Fokuset her ligger i hva foreldrene mestret og i tillegg hva som hindret dem i å beherske en situasjon. Barnet blir involvert i behandlingen ved at foreldrene alltid forbereder og informerer dem om hva som skjer i forhold til de ulike komponentene i behandlingen. Noe av det man ønsker å oppnå er jo nettopp at foreldrene skal bli mer forutsigbare og konsistente i forhold til barnet. Barnet får også tilbud om å delta i timene etter behov, men det er likevel foreldrene som er endringsagentene (Aasebøe, 2006). Dersom barnet blir med i timen, skal terapeuten og foreldrene ha blitt enige på forhånd hva de skal gjøre sammen med barnet og hvordan timen skal legges opp. Det er viktig å involvere foreldrene i dette planleggingsarbeidet, slik at ansvaret ikke bare overtas av terapeuten og dermed svekker foreldrenes opplevelse av autonomi. Poenget med at barnet tas med i timen er å gjøre det lettere for foreldrene å følge opp treningen hjemme, så vel som å danne et grunnlag for å mestre det selvstendig. Når barnet deltar i timene, har også terapeuten mulighet for å instruere foreldrene i settinger, hvor de selv trener med barnet. En annen måte er at terapeuten selv trener med barnet, slik at foreldrene kan observere og se at det er mulig å få barnet til å samarbeide. Etter at barnet har lært innholdet i prosedyrene er det også viktig at foreldrene mestrer prosedyrene i timen, slik at det best mulig kan sikre overføring til hjemmesituasjonen. Dette kan også trenes på i hjemmet for å gjøre overføringen enklere (Duckert, 2004).

3.2 Grunnprinsippene i behandlingsmetoden

Temaene som det jobbes med i terapitimen har sin bakgrunn i forskningsbasert kunnskap om hva foreldrene kan gjøre for å redusere barnets atferdsproblemer, så vel som bedre deres utviklingsmuligheter (Aasebøe 2006). Sekvensene er ikke tilfeldig inndelt, men konstruert for at foreldrene skal lære å fremme prososial atferd før grensesetting introduseres (Schjelderup m.fl., 2005). Noen viktige komponenter vil jeg nå gå nærmere inn på.

3.2.1 Positiv involvering

Positiv involvering ligger til grunn for en sunn psykologisk utvikling helt fra barnets fødsel, og er viktig for kvaliteten på det langsiktige forholdet mellom foreldre og barn. Når foreldre er positivt involverte i barnets liv, vil også de fleste barn søke naturlig nærhet til sine foreldre for å bli emosjonelt ivaretatt, oppmuntret og veiledet. I familier med barn med atferdsvansker er den positive involveringen sjelden til stede, eller helt fraværende. Når man kan se at det oppstår vedvarende brudd i dialogen og alvorlige vansker i relasjonen mellom foreldrene og barnet, kan man se betydningen av mangelfull positiv involvering (Askeland, 2004). Barn med atferdsproblemer har ofte utviklet et negativt forhold til foreldrene, og foreldrene retter ofte mer og mer oppmerksomhet mot det negative barnet foretar seg. Barn med alvorlige atferdsproblemer er ikke i stand til å snu dette negative mønsteret. Foreldrene kan derimot endre dette, blant annet gjennom å involvere seg på en positiv måte i barnets hverdag. Dette er viktig for å hindre videre negativ utvikling (Atferdssenteret, 2012).

For å kunne oppnå positiv involvering i barnets liv benytter terapeuten ulike komponenter som foreldrene skal bruke i samhandling med barnet. Foreldrene trenes blant annet i hvordan de kan snu en negativ kommunikasjon til å bli positiv uten at de vender tilbake til negative samspillsmønstre. Her må foreldrene være psykisk til stede, være aktivt lyttende, avventende og bekreftende, gi barnet sin fulle oppmerksomhet og vise at de bryr seg. Foreldrene må også være oppmuntrende, i den forstand at de motiverer barnet til nye og utfordrende ferdigheter med ros og små belønninger (Askeland, 2004).

Positiv involvering handler også om å ha økt oppmerksomhet mot hva barnet foretar seg i hjemmet, men også utenfor hjemmet. For at foreldrene skal være i stand til å holde oversikt over barnets aktiviteter, kreves det gode kommunikasjonsferdigheter slik at foreldrene har mulighet for å innhente informasjon fra barnet selv, barnets venner og vennenes foreldre og andre viktige personer i nærmiljøet. Gode kommunikasjonsferdigheter er også en nødvendighet for å kunne løse konflikter, forebygge problemer og lage planer for fremtiden.

Problemløsningsmodellen åpner for å innøve positive kvaliteter som humor, fleksibilitet og hjelpsomhet (Askeland, 2004).

3.2.2 Oppmuntring av ferdigheter

Barn trenger konkrete og positive tilbakemeldinger på god oppførsel, så vel som oppmuntring når de skal tilegne seg nye ferdigheter og opprettholde en allerede eksisterende god atferd. Det innledende målet i behandlingen er å endre foreldrenes atferd, og dette målet inkluderer å fremme for eksempel bruk av ros. Ros, oppmuntring og belønning blir brukt i behandlingen for å forsterke atferd eller lære inn nye ferdigheter. Belønningsskjema og andre oppmuntringssystem som for eksempel bruk av symboler er innført i Parent Management Training for å motivere barnet til å lære rutiner og god atferd. Erfaringer med belønningssystem viser seg å være positive. Grunnlaget for belønningssystemet i behandlingen er realistiske i forhold til barnet, og barnet er selv med på å utvikle, gjennomføre og evaluere systemet. Til tross for dette, kan det være slitsomt å gjennomføre et belønningssystem fordi det er tid- og energikrevende (Solholm m.fl., 2005).

Definisjon av forsterkning og belønning; *Positiv forsterkning er stimuli eller hendelser som inntreffer etter en respons har vært utført, som øker sannsynligheten for atferden de følger.* Ordet positiv betyr her i hovedsak noe som er presentert. Positive hendelser her, betyr i dagliglivet belønninger. Men man må likevel skille mellom positiv forsterkning og belønning. En positiv forsterkning er definert av effekten den gjør med atferden. Hvis en konsekvens følger atferden, og sannsynligheten er stor for at atferden øker i fremtiden, er konsekvensen en positiv forsterker. Et eksempel på positiv forsterkning i hverdagslivet kan være et barn som gråter ved leggetid, fordi det ikke vil legge seg. Å la barnet få være lengre oppe, kan være en positiv forsterker. Hvis en konsekvens ikke øker atferden som følger, er det ikke en positiv forsterker. Belønning derimot, er noe som er gitt eller mottatt for å gjøre noe. Belønning øker ikke nødvendigvis sannsynligheten for atferden som følger. Dette innebærer dermed at positiv forsterkning ikke er synonymt med belønning (Kazdin, 2005:49-50).

Å lære gjennom oppmuntring gjør at foreldre retter oppmerksomheten mot barnets positive atferd. Man utvikler muligheten for å få et mer positivt forhold til barnet. Voksne kan ofte overse positiv atferd fordi de tar det for gitt at barnet skal oppføre seg ordentlig. Forskning viser imidlertid at ikke å gi positiv oppmerksomhet på positiv atferd, kan gi en økning av negativ atferd. Derfor er det viktig ikke å gi oppmerksomhet på negativ atferd, men snarere fokusere på å gi positiv oppmerksomhet på positiv atferd for å forsterke denne atferden. På

grunnlag av dette er det nødvendig å lære foreldrene å oppmuntre positiv atferd gjennom oppmerksomhet, men også andre motivasjonskilder (Pettersen 2004).

Målet ved bruk av ros og oppmuntring handler først og fremst om å skape et bedre samspillsmønster mellom barn og foreldre, i tillegg til trygghet og forutsigbarhet for barnet. Gjennom oppmuntring lærer barnet også å tenke: «Jeg klarer det!». Ros og oppmuntring brukes for å lære barn nye ferdigheter, og særlig med tanke på at barn med atferdsvansker har behov for å lære mange nye ferdigheter. Atferden som barnet skal lære deles inn i små, spesifiserte, oppnåelige trinn som barnet skal gjennomføre og trene på. Barnets små fremskritt roses og belønnes for å forsterke atferden, så vel som å gjøre barnet motivert nok til å gjennomføre oppgaven. Det er også viktig at barnet får den opptjente belønningen selv om det har gjort noe galt etterpå, siden opptjente belønninger ikke skal inndras som straff for noe barnet har gjort galt. Dette er et viktig prinsipp i PMTO (Pettersen, 2004).

De mest brukte oppmuntringssystemer i PMTO er belønningsskjema og oppmuntringstegn. Belønningsskjema brukes i forhold til rutinesituasjoner, hvor atferden deles inn i ulike trinn. Her mottar barnet belønning for hvert trinn som er oppnådd. Dette skjemaet er nyttig å bruke i rutinesituasjoner eller atferd som skjer daglig, som for eksempel morgensituasjoner, lekserutiner, holde orden på rommet, eller kveldsrutiner. Det er viktig at barnet blir introdusert til systemet, og lagt til rette for at barnet skal lykkes. I tillegg er det nødvendig at foreldrene finner belønninger som motiverer barnet til å gjennomføre gjøremålet (Pettersen, 2010:40). Klistermerker, stjerner eller ballonger kan bidra til for eksempel å rydde rommet. Hver dag må rommet sjekkes, og klistermerket påføres arket/tavla hvis oppgaven er utført. Har flere oppgaver blitt utført, må også flere oppmuntringer gis. Når man har nådd målet, kan man opprettholde atferden med ros eller tilbakemeldinger som faller mer naturlig inn i settingen. Oppmuntringsprogrammene varierer i kompleksitet, og kvaliteten og mengden på forsterkningen (belønningen) er viktig. Ved programmets slutt burde foreldrene være i stand til å utvikle programmene selv, hvis negativ atferd oppstår (Kazdin, 2005).

Oppmuntringstegn kan brukes på atferd som er vanskelig å dele opp i flere trinn, atferd som ikke forekommer hver dag, eller atferd som trenger umiddelbar forsterkning. Dette kan være barne-penger, klinkekuler eller små figurer. Siden de er lette å ta med seg, kan de også gis umiddelbart etter ønsket atferd. Atferden man ønsker kan være å snakke hyggelig, følge en gitt beskjed eller følge regler når man befinner seg i butikken. Her er det viktig å finne bestemte steder eller situasjoner utenfor hjemmet hvor barnet oppfører seg dårlig, for å endre

atferden på at aktuelle stedene. Dette kan være i bilen, på restaurant eller på besøk hos venner/slektninger. Prinsippet tilsier bruk av oppmuntring umiddelbart etter ønsket atferd (Pettersen, 2010).

3.2.3 Tilsyn og oppfølging (Monitorering)

Undersøkelser gjennomført ved Oregon Social Learning Center (OSLC) viser at foreldre som utsettes for ulike stressfaktorer som for eksempel arbeidsløshet, sykdom, økonomiske problemer eller andre daglige belastninger, sliter med å ha kontroll på barnet sitt. Noen foreldre ser ikke hvor viktig det er med et tett tilsyn med barnet, mens andre ikke vil se problemene barnet havner i, og later derfor som alt er bra. Foreldrene kan også ha vært utsatt for dårlige rollemodeller i sin oppvekst, og fører dette videre over til sitt barn (Christiansen, 2004).

Poenget med å lære foreldrene om tilsyn er å få de til å forstå at tilsyn sikrer trygghet for barnet, og i tillegg er tilsyn med på å forebygge psykiske og fysiske skader som barnet kan bli påført ved å utsette seg for farer. Her skal foreldrene bidra til en gunstig utvikling av ferdigheter som vil være med på å gjøre barnet rustet til å klare seg i samfunnet. Dette innebærer blant annet å vite hvem barnet er sammen med, hvor barnet befinner seg og å vite hvilke påvirkninger det utsettes for, for å unngå negativ sosial påvirkning. For å oppnå de manglende ferdighetene må de voksne trenes i å være involvert i barnet på en måte som fremmer positiv utvikling. Videre er det viktig å være oppmerksom på hva som preger samhandlingen mellom familiemedlemmene for å bedre tilsynet i familien. Dette kan gjøres ved å gi foreldrene hjemmeoppgaver knyttet til de problemene som foreldrene viser til i PMTO- timene. Eksempler på ulike kartleggingsoppgaver kan være at foreldrene skal finne ut hvor mye tid barnet bruker på dataspill. I tillegg skal barnet lære forelderens å bruke det, og legge seg til merke hva som er positivt og negativt ved spillet for barnet. En annen oppgave kan være å finne ut hva som er favorittprogrammet til barnet på TV. Her skal forelderens se programmet sammen med barnet og diskutere hva som skjer i programmet, hvilke holdninger som formidles i forhold til ulike verdier som kjønnsroller, seksualitet eller rusmidler. Tilsyn vil her være viktig for de eldre barna. For de yngre barna vil det dreie seg mer om

tilrettelegging (Christiansen, 2004). Slik vil foreldrene lære seg å følge opp barnet, så vel som å ha bedre tilsyn med hvilke aktiviteter barnet foretar seg og om disse aktivitetene bidrar til positiv utvikling.

3.2.4 Problemløsning

Å kunne løse problemer skaper økt fleksibilitet i familiesamspillet ved at familiemedlemmene blir i stand til å se ulike måter å håndtere en vanskelig situasjon på. I tillegg forebygger det å mestre problemløsningsstrategier konflikter, fordi de lærer seg en ny strukturert måte å takle konfliktene på. Gjennom problemløsningsstrategier kan barnet oppleve at det kan påvirke avtaler og regler som blir satt i familien, og reglene vil være så klare at alle familiemedlemmene vet hva som forventes av dem. Forutsigbarhet i hverdagen gjør det enklere for barn med atferdsvansker å tilpasse seg, og dermed reduseres konflikter og aggresjon. Slik vil også den positive involveringen øke. Forskning fra Oregon Social Learning Center viser også at familiefungeringen bedres over tid når familiemedlemmene lærer seg å beherske problemløsningsstrategier (Apeland, 2004).

Som et hjelpemiddel til å styrke foreldreferdighetene, kan foreldrene benytte problemløsning blant annet ved å lage husregler, løse individuelle problemer, fremme evnen til å samarbeide eller løse uenigheter innad i familien. Problemløsningsmodellen kan også brukes til å fremme et positivt samspill mellom foreldrene og skape en god samarbeidsallianse. I PMTO kjennetegnes problemløsning som et sett av ferdigheter som kombinerer kognitive strategier med mellommenneskelige samspillsferdigheter. Den kognitive strategien beskriver målet som å være positiv, konkret og tenke fremover, så vel som å skrive avtaler og vurdere løsninger. Samspillsferdighetene innebærer blant annet at man skal følge beskjeder, arbeide mot et felles mål, lytte til hva andre sier, vente på tur og bidra til en positiv atmosfære (Apeland, 2004).

3.2.5 Grensesetting

Grensesetting er en prosess hvor foreldrene formidler, etablerer og fastsetter regler for barnets atferd. Reglene håndheves ved hjelp av konsekvenser, hvor formålet er å regulere barnets atferd. Målet med grensesetting er å skape faste, trygge rammer rundt barnet, så vel som å sikre utviklingen av egenkontroll gjennom å lære dem forskjellen på hensiktsmessig og uhensiktsmessig atferd. I PMTO brukes (negative) konsekvenser for å stoppe eller forhindre negativ atferd. Her er det viktig å gripe inn så tidlig som mulig for å unngå konflikter og sikre seg at foreldrene forholder seg bestemt. Et viktig prinsipp i behandlingen er at konsekvensene skal være milde til moderate i intensitet (Launes & Solholm, 2010).

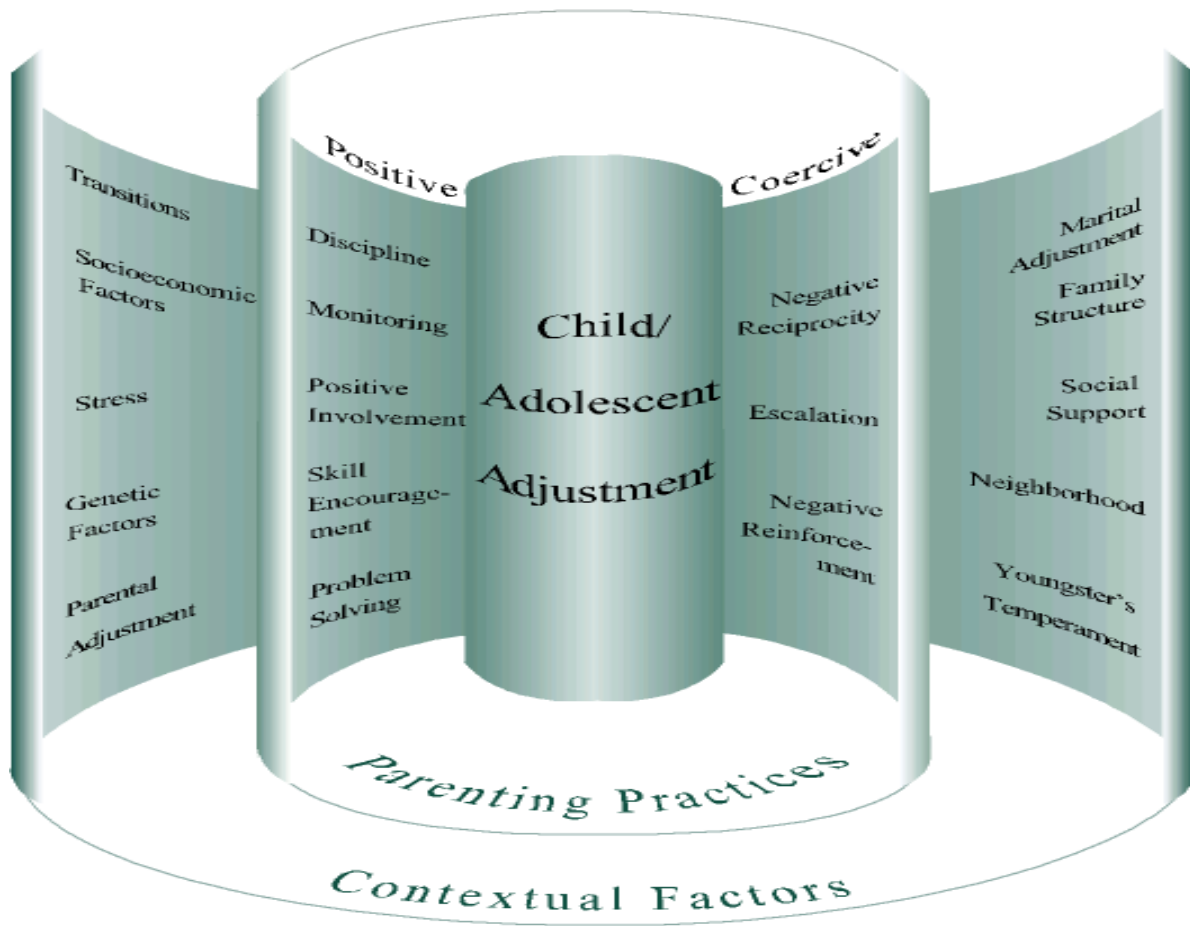
Straff brukt i hjem som sliter med at barna har alvorlige atferdsproblemer, er ofte for streng og inkonsekvent. Eksempler kan være ris eller slag. Disse kan forverre eller skape forstyrrende atferd. Som en del av opplæringen av metoden blir foreldrene trent i å bruke andre typer grensesetting som ikke framprovoserer aggressiv atferd hos barnet (Kazdin, 2005). Her er det også viktig at foreldrene lærer seg å sette grenser på en mest mulig emosjonell nøytral måte og ikke når de er i affekt. Konsekvensene skal gis rolig og ikke følges opp av anklager, trusler eller begrunnelser. I tillegg må konsekvensene være kjent for barnet, så vel som frivillige i den forstand at barnet kan velge å samarbeide eller ikke (Aasebøe, 2006).

Pausetid er den mildeste formen for konsekvens, som finner sted ved ulydighet, munnbruk, roping og skriking, søskenkrangling eller lignende (Launes & Solholm, 2004). Grensesetting som pausetid (time-out) fra forsterkningen, kan være veldig effektivt, og er den mest brukte grensesettingen i behandlingsprogrammet. Dette innebærer å fjerne barnet fra en positiv forsterker for noen minutter. Barnet blir plassert på en stol en plass i et rom hvor det ikke foregår noe barnet synes er spennende. Refs eller irettesettelse spiller ingen sentral rolle i behandlingen, men det spiller ofte en viktig rolle hos foreldre. Formaninger og roping endrer ikke atferd særlig godt. Til tross for dette, kan også pausetid fra forsterkningen være vanskelig av ulike årsaker. Ett av dem kan være barnets mangel på forståelse av hvorfor det går inn i time-outen. Det er derfor viktig å forklare barnet årsaken. I tillegg bør pausetid bli supplert med ros for motsatt atferd, som for eksempel å rose barnet når det leker fint sammen med jevnaldrende. Ros vil her øke effekten av pausetiden (Kazdin, 2005).

Ved alvorligere regelbrudd som å komme for sent hjem, lyving, vise aggressiv atferd, eller regelbrudd utenfor hjemmet som nasking eller ødelegge noe som tilhører andre, brukes ofte tidsavgrensede oppgaver, som barnet må gjennomføre. Dette kan være å støvsuge rommet, vaske badet eller lignende. Ekstraoppgavene som benyttes skal være avtalt på forhånd og være tilpasset barnets alder og mestringsnivå i tillegg til regelbruddets alvorlighetsgrad. Etter at barnet har utført oppgavene skal foreldrene godkjenne at de har blitt utført slik de skal. Oppgavene som brukes som ekstraoppgaver, skal ikke være oppgaver som barnet vanligvis utfører hjemme. I tillegg må ekstraoppgavene være presentert for barnet før de kan utføres, slik at barnet vet hva som forventes når det får en oppgave (Launes & Solholm, 2004).

Tap av et gode anvendes som regel dersom barnet ikke samarbeider om reaksjonene pausetid eller ekstraoppgaver, men kan også noen ganger være en direkte konsekvens på problematferd. Misbruk av telefonen, kan for eksempel føre til direkte tap av telefontid. Tap av goder er den sterkeste reaksjonen innenfor behandlingsmetoden. Eksempler på tap av andre goder kan være, tap av TV- tid, tap av spilletid på data, inndragning av leker eller leketid ute (Launes & Solholm, 2004).

Figur som viser en oversikt over foreldreferdigheter og kontekstuelle faktorer.



Figur 1. Forklarer forholdet mellom kontekstuelle faktorer og foreldreferdigheter (Forgatch & Martinez, 1999).

3.3 Avslutning og oppfølging etter behandling

Både amerikanske og norske tall viser at ca. to tredeler av behandlingene avsluttes etter enighet mellom terapeut og foreldre. Selv om programmet avsluttes, betyr ikke dette at foreldrene har tilegnet seg alle nødvendige ferdigheter, eller at barnet er kvitt atferdsproblemene. Likevel, bør atferdsproblemene være på et nivå der foreldrene føler de kan håndtere disse ved hjelp av de tiltak de har lært seg, så vel som de rutiner og strukturer som er etablert rundt barnet i løpet av behandlingsperioden. En avslutning er sjelden et problem hvis foreldrene er positive og barnet har vist en klar reduksjon i problematferd, så vel som en økning i prososial atferd. I tilfeller hvor dette finner sted, kan det likevel være viktig med en

telefonsamtale etter en tre måneders tid, for å se om den positive utviklingen er stabil. I andre saker hvor statusen i behandlingen ikke er så entydig, kan det også være aktuelt å avslutte behandlingen hvis foreldrene og barnets kapasitet gjenspeiler betingelsene som allerede er til stede. Her kan det i tillegg være mulig å gjenoppta behandlingen etter en viss periode, eller gjøre en avtale om ulike former for oppfølgingskontakt (Flock & Solholm, 2004).

Andre ganger derimot, kan endringene hos barnet og foreldrene være for svake til at situasjonen normaliseres i tilstrekkelig grad. Dette kan for eksempel skyldes at utgangspunktet har vært vanskeligere enn vanlig. For et best mulig resultat av behandlingen, er det viktig at man aktivt arbeider med å operasjonalisere og tydeliggjøre kravene til atferdsendring og foreldreferdigheter for å unngå at terapeut og foreldre sitter igjen med motstridende oppfatninger av hvor en står i prosessen. Her kan opplysninger fra skole og barnehage bidra til å redusere usikkerheten på hvor store endringer som har skjedd (Flock & Solholm, 2004).

Til tross for at terapeuten arbeider aktivt gjennom behandlingen på å forberede foreldrene på en avslutning av prosessen, er det stor variasjon på hvor klare og forberedte familiene er. En avslutningsfase kan gå over flere behandlingsmøter og gi foreldrene spillerom til å jobbe mer på områder de er usikre på. Generelt beskriver terapeuten utviklingen frem til i dag, så vel som å la foreldrene gi tilbakemelding på hvordan de har opplevd prosessen, hva de har hatt mest utbytte av, hva som var vendepunkter for dem i behandlingen og hva de er mindre fornøyd med (Flock & Solholm, 2004).

3.3.1 Drop- out

I enkelte tilfeller kan foreldrene oppleve at behandlingen føles feil i forhold til at det er barnet det er noe galt med, og dermed er det barnet som burde behandles og ikke de selv. Andre foreldre kan være uvillig til å investere tid og ressurser som må til for å fortsette med behandlingen. En annen grunn for at foreldrene slutter i behandlingen, kan være at de ikke har motivasjon, grunnet at de i utgangspunktet følte seg tvunget til behandlingen for eksempel gjennom barnevernet. For andre kan forbedringene skje for langsomt i forhold til hva de hadde sett for seg i utgangspunktet, eller at de føler at de ikke lever opp til kravene om

selveksponering og ferdighetstrening. I andre saker kan det dreie seg om andre problemer som må håndteres før foreldrene er i stand til å fungere stabilt i behandlingsopplegget. Dette kan være boligforhold, parforhold, psykiske problemer eller rusproblemer (Flock & Solholm, 2004).

Drop- out kan også skyldes terapeutens væremåte eller arbeidsmåte. Her kan man undres over om foreldrene har fått tilstrekkelig informasjon om behandlingsopplegget eller om det har vært praktiske hindringer som det ikke har vært vist nok hensyn til. I drop- out situasjoner bør det vurderes hvorvidt en kan gjøre endringer som kan øke sannsynligheten for at familien vil gjenoppta behandlingen. Noen ganger vil ikke dette være mulig på grunn av at familien ikke fyller de krav til deltakelse som stilles, mens andre ganger kan endring i møtested, reisekostnader, kontakthypighet eller lignende føre familien tilbake til behandling (Flock & Solholm, 2004).

3.3.2 Prematur avslutning

En prematur avslutning skjer ofte ved at foreldrene uteblir fra avtaler, avlyser eller utsetter avtaler med kort forvarsel. Det kan også innebære at hjemmeoppgavene ikke blir utført eller at de uttrykker ulike former for misnøye eller motstand i kontakt med terapeuten. En annen årsak kan være at foreldrene føler at “det går så bra nå”, og derfor ønsker de å avslutte behandlingen. Forskning tyder også på at en del familier avbryter behandlingen når man kommer til komponenten grensesetting. Det kan være fordi dette punktet er det som vekker mest motstand i behandlingen. Likevel viser det seg at hos de foreldrene som mestrer denne komponenten, bedres også prognosen for barna. (Flock & Solholm, 2004).

Når en prematur avslutning har funnet sted er det allerede kontakt mellom terapeut og familie, dermed er også en del av innholdet i behandlingen presentert. Det er viktig at terapeuten aldri tar foreldrenes motivasjon for gitt. Det å ha et barn med alvorlige atferdsvansker er tungt, og foreldrenes motivasjon kan variere, særlig dersom de opplever fremgangen som liten. Dersom familien velger å avslutte behandlingen før den i utgangspunktet er ferdig, er det viktig med åpenhet rundt dette slik at avslutningen blir planlagt. Dette kan også bidra til at veien tilbake til behandlingen blir enklere for foreldrene. I tillegg er det viktig at terapeuten gir sine

vurderinger til familien ved en prematur avslutning, slik at foreldrene er bevisst på hvilke problemer og utfordringer som kan oppstå. Dessuten kan foreldrene få tilbud om telefonkontakt som alternativ oppfølging hvis de ønsker det, selv om det er viktig at dette ikke blir en erstatning for en reell behandling (Flock & Solholm, 2004).

3.3.3 Behandling som avsluttes grunnet terapeutens ønske

Ved enkelte tilfeller ønsker terapeuten å avslutte behandlingen, mot foreldrenes ønske. Dette kan være på grunn av at foreldrene har begynt i en annen behandling som interfererer med PMTO. Det kan også være aktuelt med en pause eller avslutte, dersom foreldrene ikke klarer å samarbeide om behandlingen. Hvis dette er tilfellet, er det i så fall viktig at terapeuten er behjelpelig med å henvise familien til en ny behandling. En annen årsak til at terapeuten ønsker å avslutte behandlingen, kan være at terapeuten vurderer foreldrene til å være i stand til å håndtere barna fullt ut selv. Til tross for dette, kan foreldrene likevel ikke føle seg klare, og er engstelig for å tape kontakten med terapeuten. Her er det viktig med en gradvis avtrapping av kontakt, som ofte kan avhjelpest via telefonkontakt. At foreldrene ikke ønsker å avslutte behandlingen kan også skyldes at de har et svakt eller ikke-eksisterende sosialt nettverk, og spesielt alenemødre er en utsatt gruppe. Dermed kan kontakten med terapeuten bli en slags erstatning for alminnelig sosial støtte og kontakt. Her kan det være viktig for terapeuten å utvide det sosiale nettverket som en del av behandlingen, fordi man kan risikere tilbakefall dersom terapeuten insisterer på å avslutte prosessen (Flock & Solholm, 2004).

3.3.4 Oppfølging

I Norge er det begrenset med erfaring når det gjelder oppfølging av enkeltsaker ut over den intensive behandlingsperioden. Likevel tyder forskning fra USA på at familier har nytte av ulike former for oppfølging etter at behandlingsperioden er over. Dette til tross for at for mange familier vil en intensiv behandlingsperiode være tilstrekkelig og det vil ikke være

behov for ytterligere kontakt mellom terapeuten og foreldrene. Dette kan være viktig fordi foreldrenes evne til holde ferdigheter og opplegg ved like kan variere, og i enkelte saker kan oppfølgingskontakten være av mer personlig karakter som oppmuntring og støtte. Mulig oppfølgingskontakt kan være telefonkontakt, krise-timer, timer for gjenoppfriskning, foreldregrupper for vedlikehold av ferdigheter eller en ny behandlingsperiode (Flock & Solholm, 2004).

3.4 Behandlingsresultat

3.4.1 Generelle resultat av behandlingen

De sterkeste behandlingsresultatene innenfor PMT ligger i følge Kazdin (2005), i behandlingen av opposisjonelle, aggressive og antisosiale barn. Behandlingen har vært evaluert i flere randomisert- kontrollerte studier og enkelt- kasus eksperiment design. Kazdin (2005) hevder også at PMT har ført til markerte endringer hos barn med atferdsforstyrrelser, og vedlikeholdt behandlingsresultatet i flere studier, 1-2 år etter behandling. Stor oppmerksomhet har blitt gitt for å identifisere faktorer som påvirker behandlingsresultatet og kan identifisere hvem som responderer godt eller dårlig på behandling. Mange av faktorene henger sammen, og i de fleste studier er bare et fåtall av dem inkludert samtidig. Faktorer som kan påvirke resultatet kan være hvis barnet har dårlige leseferdigheter eller fungerer dårlig på skolen, både sosialt og akademisk. Hos foreldrene kan faktorer ligge i stress, uønsket barneoppdragelse som innebærer hard straff, dårlig oppfølging og tilsyn. Lav familieinntekt kan også være en påvirkningsfaktor, så vel som dårlige oppvekstvilkår med nedslitt nabolag og lite boareal. Dessuten kan også foreldre-stress spille inn på utfallet av behandlingen. Stor stressbelastning i starten av behandlingen er assosiert med lavere endring som følge av behandlingen. Årsaken til stresset kan ligge i barnets atferdsvansker eller ha relasjon til lav sosioøkonomisk status. Hvordan stress påvirker behandlingsresultatet er i følge Kazdin (2005) enda ikke klart. Likevel betyr ikke dette at alle familier hvor flere av risikofaktorene er til stede, ikke responderer på behandlingen. (Kazdin, 2005).

Til tross for at behandlingsmodellen understreker gode resultater blant familier som har fullført behandlingen, viser det seg likevel at forskere advarer mot for stor optimisme i

arbeidet med alvorlige atferdsproblemer, fordi prognosen for barn med antisosial atferd er heller dårlig (Smith, 2004). Årsaken til den dårlige prognosen, ligger i at antisosialitet er et av de vanskeligste problemene å behandle (Hagen & Christensen, 2010). En grunn for at antisosial atferd er vanskelig å behandle og problematferden opprettholdes, kan være at foreldrene ikke har klart å tilegne seg foreldreferdighetene som det blir trent på i PMTO, eller opprettholdelse av en vennekrets som bidrar til antisosial atferd etter endt behandling, slik at det kan være lettere å falle tilbake i ”gamle spor”. Bør man derfor heller forvente seg at den alvorlige problematferden skal reduseres i stedet for å kureres? Dette med bakgrunn i at noen unge med antisosial atferd vil opprettholde sin negativt ladet atferd også etter at de har gjennomgått en vellykket behandling. Forskning viser at en reduksjon i antisosial atferd på 50 prosent er blant de mest lovende resultatene (Norsk Tourette Forening, lastet ned 10.03.11). Atferdsvansker er også en av de mest vanlige henvisningsgrunner innenfor det psykiske helsevernet for barn og ungdom. Til tross for dette, tilsier likevel forskningsresultater at Parent Management Training er et godt dokumentert fungerende behandlingsprogram med langtidseffekt. Programmet er også det mest aktuelle for å redusere problematferd blant barn gjennom å styrke foreldrekraften og samhandlingen i hjemmet.

3.4.2 Effektstudie av PMTO i Norge

Resultatene fra en randomisert kontrollert studie, gjennomført av Terje Ogden og Kristine Amlund Hagen (2008) viser at barn med foreldre som har mottatt PMTO viser større sosial kompetanse rapportert fra lærere, og færre foreldre rapporterte utagerende problem enn barn som mottok vanlige tjenester. I tillegg viste studiet at foreldre som deltok i PMTO var blitt flinkere til grensesetting ved etterbehandling enn foreldre som deltok i vanlige tjenester. Resultatet av studiet støtter også tanken om at arbeidet med foreldrene i fokus skal forbedre prognosen for barn med atferdsproblemer. I tillegg viser resultatet at det kan generaliseres til en viss grad fra hjemmet til skole- og barnehagesetting.

Deltakelsen i PMTO predikerer bedre grensesettende ferdigheter hos foreldrene.

Behandlingseffekten holdt uavhengig av barnets alder og beregninger, viste en middels effekt på utfallet, som er et bemerkelsesverdig funn i effektstudier. Funnet har spesielt stor

betydning med tanke på hvilken rolle foreldre- grensesetting spiller i behandlingen av atferdsvansker (Patterson 2005, Patterson m.fl. 1992; i Ogden & Hagen, 2008).

3.4.3 PMTO- med yngre og eldre barn

Spesielt de yngste barna i undersøkelsen viste seg å ha spesielt godt utbytte av PMTO. Foreldrene med yngre barn som deltok i PMTO skåret lavere på lærer-rapporterte skalaer i forhold til atferdsproblemer enn de yngste barna som mottok vanlige tjenester. Disse forskjellene kom ikke frem hos de eldre barna (Ogden & Hagen, 2008).

På enkelte viktige utfall i undersøkelsen viste det seg at resultatet var bedre for barna under 8 år enn for barna fra 8- 12 år. Klare effekter fra tidligere studier viser også at behandlingen har størst effekt på yngre barn (Dishion, 1984; Patterson, Dishion, & Chamberlain, 1993; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Ogden og Hagen (2008) viser til Dishion (1984), som i en studie av PMTO behandlingsstudie av 87 klinisk henviste barn, viste at 63,2 % av de yngre barna (3- 6,5 år) skåret innenfor normalområdet ved behandlingsslutt sammenlignet med 29,6 % av de eldre barna (6,5- 12 år). Årsaken til at de eldre barna er mindre mottakelige for behandlingen, kan være at de har en lengre historie i å nedkjempe foreldrene i konfrontasjoner, som igjen kan gjøre det vanskeligere å bryte den onde sirkelen. Her kan også interaksjonsmønstrene i familien vokst seg enda mer dysfunksjonell, som dermed også kan føre til at foreldrene og barnet støtes lengre unna hverandre i hverdagen. I slike situasjoner er det også mindre foreldretilsyn. Situasjoner som dette kan skape større avstand desto eldre barnet blir, og barnet tilbringer også mer tid med jevnaldrende og andre personer utenfor hjemmet, som igjen kan bidra til eller opprettholde antisosial atferd. I tillegg blir forventningene både akademisk og atferdsmessig større desto eldre barnet blir, som igjen kan forverre allerede eksisterende problematferd (Ogden & Hagen, 2008).

3.4.4 Foreldretrening og kaldhetstrekk

Hawes og Dadds (2005) gjennomførte en undersøkelse fra april 2002 til oktober 2003. I undersøkelsen så de på kaldhetstrekk og behandlingsutfall i et 10 ukers atferdsrettet foreldretreningprogram med 56 gutter fra 4 til 8 år med atferdsvansker. Kaldhetstrekkene ble assosiert med alvorligere atferdsvansker før behandling og mindre endring av dem ved oppfølgingsstudiet 6 måneder senere. Dette støtter antakelsen om at barn med kombinasjonen kaldhetstrekk og atferdsproblemer kan være vanskeligere å behandle enn barn med bare alvorlige atferdsproblemer. Brestan og Eyberg (1998) hevder at foreldretrening er sett på som en veldig effektiv behandling av atferdsproblemer, særlig hvis behandlingen inntreffer tidlig, og familien ikke har store sosiale problemer. Utviklingsstudier indikerer imidlertid som tidligere nevnt at foreldretrening ikke er så sentral i utviklingen av alvorlige atferdsproblemer hos barn med kaldhetstrekk. Wootton, Frick, Shelton, og Silverthorn (1997) hevder at dårlige foreldreferdigheter bare er assosiert med atferdsvansker hos gutter som skårer lavt på kaldhetstrekk. I følge Oxford m.fl. (2003) er disse funnene også replikert i undersøkelser med jenter.

Det spekuleres også i om kaldhetstrekk kan påvirke behandlingsprosessen. Barn med alvorlige atferdsvansker og høye nivå av kaldhetstrekk er ofte også belønningsorienterte og lite sensitive for negative konsekvenser. Laboratorieforskning viser at disse barna har en redusert sensitivitet når det kommer til straff når en belønningsorientert respons reduserer reaktivitet til truende og følelsesmessig belastende stimuli (Blair, 1999). Høye belønningsorienterte nivå- og lave fryktnivå-karakteristikker på disse barna, tilsier at sammenlignet med barn uten kaldhetstrekk, men med atferdsvansker, responderer de godt på belønningsbaserte komponenter av foreldretreningen. Dette kan for eksempel være symbolbruk eller ros. I forhold til grensesetting som for eksempel pausetid eller tap av gode, er barn med kaldhetstrekk lite mottakelige (Hawes & Dadds, 2005).

For å undersøke effekten av behandlingsutfallet på kaldhetstrekk, ble det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse. Det ble beregnet korrelasjoner mellom kaldhetstrekk og foreldrenes rangeringer av den totale effekten av belønningsstrategier og pausetid. Undersøkelsen viste at foreldrenes rangeringer for ineffektivitet ved pausetid korrelerte med høye nivå av kaldhetstrekk, men ikke med belønningssensitivitet hos barn. Belønningssensitivitet så ikke ut til å være relatert til nivå av kaldhetstrekk. Som antatt viste

også analysen at barn med høye nivå av kaldhetstrekk hadde dårligere resultat ved oppfølgingsstudiet enn barna med lave nivå av kaldhetstrekk. Disse funnene indikerer at barn med høye nivå av kaldhetstrekk vil være mindre mottakelig for foreldreferdigheter enn barn med lave nivå av kaldhetstrekk (som tidligere nevnt) (Hawes & Dadds, 2005).

At pausetid er ineffektivt for barn med kaldhetstrekk og atferdsproblemer, underbygger også Haas m.fl. (2011) i deres undersøkelse. På grunn av negativ atferd under pausetiden, gir den også dårligere effekt. Et barn med bare atferdsvansker derimot, vil i større grad oppføre seg mer hensiktsmessig i løpet av pausetiden, som dermed kan tyde på at grensesetting er effektivt for barn med bare atferdsvansker, men ikke for de med kombinasjonen atferdsvansker og kaldhetstrekk. White (2008) hevder i tillegg at Parent Management Training- Oregon modellen, ikke tar hensyn til at det kan finnes ulike undergrupper av antisosial atferd som kan trenge ulike tilnærminger til behandlingen. Dermed er det i følge Eyberg m.fl., (2008) heller ingen overraskelse at behandlingene som identifiseres som effektive for alvorlige atferdsvansker i dag er multi- komponent behandlinger som ikke er laget for en bestemt lidelse, men som inkluderer flere komponenter som blir skreddersydd til en bestemt lidelse og til den enkelte pasient som lider av sykdommen (Remschmidt, 2003).

3.5 Har behandlingsresultatene vedvarende effekt?

3.5.1 Oppfølgingsstudie ett år etter behandling

Med bakgrunn i at atferdsvansker som særlig inntreffer tidlig har en dårlig prognose, er det viktig å undersøke om behandlingen har noen gunstig effekt over et lengre tidsrom (Smith, 2004).

I en randomisert kontrollert studie ett år etter behandling av PMTO, deltok familier med til sammen 112 norske barn, hvor 75 av dem var deltakende ved oppfølgingsstudiet. Hypotesen innebar at familier som mottok PMTO ville vise større endring i eksternalisert atferd og sosial kompetanse i hjemmet og på skolen enn barn som mottok vanlige tjenester. Utfallet av kovariansanalysen med alle familiene viser at familiene i PMTO gruppen hadde en signifikant reduksjon av observert aversiv atferd mot hverandre. I tillegg barna i PMTO som hadde

mottatt mer enn to timer behandling sine sosiale ferdigheter og reduserte sin eksternaliserte problematferd på skolen fra start til ett år etter behandlingsslutt, mer enn hva barna som mottok vanlige tjenester gjorde. Oppfølgingsstudiet viste også signifikant effekt av behandling for barn av PMTO-foreldrene som skåret høyere på grensesetting og økte deres familiesamhold fra før til etter endt behandling, enn hva foreldre som mottok vanlige tjenester gjorde. Til tross for flere positive endringer i oppfølgingsstudiet kan den generelle effekten av behandlingen sies å være beskjeden. Hvorfor responderer enkelte familier på behandlingen, mens andre ikke? I Ogden og Hagens (2008) studie av effektene rett etter behandlingsslutt var det også enkelte familier som ikke responderte på PMTO-behandlingen, og noen barn endret atferd bare marginalt. Fremtidige undersøkelser på hvorfor noen familier ikke har utbytte av PMTO burde være en forskningsprioritet. Kazdin (2000) hevder at for at behandlingseffekten skal vedvare over tid, må foreldrene vedlikeholde sine foreldreferdigheter. Reyno og Mcgrath (2006) hevder at tidligere studier indikerer at faktorer som psykiske lidelser og stress hos foreldre, så vel som negative livserfaringer, familie splid og sosial bakgrunn, kan moderere behandlingsutfallet.

3.6 Videre utfordringer

3.6.1 Kritikk av PMTO

Noen kritikere av PMTO påstår at metoden ikke behandler de dypere liggende årsakene til barnets atferdsproblemer. De begrunner påstanden med at modellen fokuserer på barnet alene, i stedet for å hjelpe barnet og foreldrene til å forstå hvordan problemene oppstår og reflektere over dem. Med bakgrunn i dette hevder kritikerne at intervensjonen ikke tar utgangspunkt i det enkelte barn og dets familie, som igjen har ulike forutsetninger. Videre blir metoden kritisert for å styres gjennom PMTO-manualen, som derfor vil gjøre det vanskelig å gi rom for individuelle tilnærminger. Kritikerne mener at manualen binder terapeuten og gir for lite spillerom. Oppfatningen ligger i at manualen er som «å lese opp en tekst» som ikke tar hensyn til familiens og barnets egne temaer, eller hvor de befinner seg i behandlingsforløpet (Christiansen, 2005). I følge Christiansen (2005) sitter mange igjen med den oppfatningen om at manualen, eller håndboken til PMTO, fastlåser behandlingstimen til detaljnivå, hvor alt

som skal gjøres og sies med familiene er forhåndsbestemt. Dette stemmer imidlertid ikke, metoden kan isteden kalles prinsippbasert.

Jeg har tidligere i oppgaven gått igjennom de viktigste komponentene av behandlingen. Hvor omfattende hvert tema behandles avhenger av hver enkelt familie, og hvor omfattende atferdsvanskene er. Behandlingen krever også terapeutferdigheter, og pedagogiske metoder må beherskes. Behandlingsmetoden i seg selv avhenger av en terapeut som kan etablere et tillitsforhold til familien. Kritikerne hevder at det tar lang tid for en terapeut å perfektionere seg slik. Er ikke terapeutferdighetene på et tilfredsstillende nivå, vil dette lett skinne igjennom ved at de vil ha mindre sjanse for å lykkes i endringsarbeidet. PMTO- terapeuten har fire hovedpunkter han eller hun må beherske; kunnskap om virksomme foreldreferdigheter, generelle terapeutferdigheter, særskilte pedagogiske ferdigheter og evnen til å holde en struktur, samtidig som balansen mellom PMTO- manualens retningslinjer og familiens situasjon ivaretas (Christiansen, 2005).

Ekperimentelle studier ved OSLC har vist at det er en sammenheng mellom behandlingsintegritet og effekt av behandlingen. Dette viser at positiv effekt knyttes til terapeutens optimisme, engasjement, støtte og oppmuntring i tillegg til at det kreves at terapeuten tar fatt i problemene. Kritikerne hevder at når noe virker, kan det være lett å tro at det kan virke mot alt. PMTO bygger på mange allmenne oppdragelsesprinsipper som ros, oppmuntring, milde negative konsekvenser og positiv involvering, men samtidig ikke absolutt lydighet. Barn vil alltid teste ut grenser, og man kan regne et barn som lydig når det hører etter sju av ti ganger. Derfor vil det være enklere å avdekke om barnet er i oppdragelssystemer som er for strenge. På grunn av at metoden bygger på gjenkjennelige og aksepterte oppdragelsesprinsipper, kan det medføre at man benytter metoden overfor andre vanskelige områder som kan gjøre skade i en situasjon hvor den ikke er ment å brukes i. For eksempel at metoden blir brukt ovenfor atferd som ikke er alvorlig. Dette kan for eksempel være bruk av grensesettingsprinsipper i en situasjon hvor man ikke burde bruke det (Christiansen, 2005).

3.6.2 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er mottakeren av en tjeneste som selv aktivt medvirker til løsning av problemer eller utfordringer og tar beslutninger i forhold som angår ham/henne.

Brukermedvirkningen gjelder særskilt i forhold hvor brukeren er klient og gjør seg nytte av offentlige tjenester, spesielt innen helse- og sosialvesen (Bø & Helle, 2008:42).

Brukermedvirkning kan innebære:

1. Mulighet til å legge fram erfaringer og syn
2. Mulighet til å gå i dialog med den andre parten
3. Beslutningsmyndighet eller brukerstyring

(Slettebø m.fl., 2010).

Det første nivået omfatter bare deltakelse fra brukerens side. Det andre nivået kan åpne opp for innflytelse, fordi en inngår i forhandlinger og dialog. Det tredje nivået innebærer at brukeren har makt til å ta beslutninger (Slettebø m.fl., 2010).

I følge Slettebø m.fl. (2010) hevder PMTO- terapeutene at det er uvisst om det er barna som er brukere av tjenesten. Uklarhet om hvem som er brukere åpner for at brukermedvirkning kan praktiseres forskjellig, og at utøvelsen kan bli personavhengig og tilfeldig, i tillegg til at det da ikke er en felles praksis for brukermedvirkning. Fagfolkens rolle og funksjon kan fremstå som utydelig i møtet med brukerne og samarbeidspartnere, når målgruppen ikke er klart definert. Slettebø m.fl. (2010) hevder videre at i følge PMTO- terapeutene var om lag halvparten enige i at det fantes rutiner for barns medvirkning, mens den andre halvparten var uenige i dette.

Foreldrenes medvirkning går ut på deltakelse og innflytelse på møter som avholdes, som for eksempel inntaksmøte, sluttmøte, ansvarsgruppemøte og evalueringsmøte. Med trykk på at evalueringsmøtene og avslutningsmøtene var der hvor brukergruppen hadde størst mulighet for å påvirke det generelle tjenestetilbudet. Til tross for dette synes ikke brukermedvirkning å

være et sentralt tema i beskrivelsen av tiltakene, til tross for at PMTO benytter seg av tilbakemelding fra foreldrene. Barnets grad av medvirkning innebærer at terapeutene lytter til barnets synspunkter ved oppstart, og barnet kan trekkes med ved senere hjemmebesøk og behandlingstimer. Likevel har barn i PMTO liten innflytelse på tiltakene, og effektevalueringene er rettet mot sentrale behandlingsmål. Barns muligheter for medvirkning er uklart og det er store variasjoner i hvordan modellen praktiseres. I informasjonsbrosjyren til PMTO står det at *barna blir aktivt involvert og fortalt om tiltakene* (Slettebø m.fl., 2010). I følge Slettebø m.fl. (2010) hevder flere terapeuter at barns medvirkning i behandlingen foregår indirekte. Man forsøker å få foreldrene til å lytte mer til barna sine og få barna til å komme med forslag til belønninger og regler hjemme. I tillegg mente mange av terapeutene at barnas deltakelse var avhengig av barnets alder og modenhet. Til tross for at brukermedvirkning inneholder en liten del av PMTO, hevder Hennem (2006) at siden PMTO er et evidensbasert tiltak, kan det heller ikke fravike behandlingsmanualen som videre kan gjøre brukermedvirkningen enda vanskeligere å gjennomføre.

3.6.3 Oppdragelse på den amerikanske måten

Forsker Lars Wichstrøm ved NTNU (Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet) savner mer forskning på hvor godt PMTO er tilpasset norske forhold. Han hevder at i USA har foreldre ofte et større trykk på hvordan barn skal oppføre seg, og legger større vekt på disiplin enn hva vi er vant med i Norge. Wichstrøm hevder videre at dette kan medføre at barn og voksne enklere havner i konfrontasjon, som igjen kan eskalere i en ond sirkel som kan resultere i at foreldrene gir opp og trekker seg. Han legger også vekt på at amerikanske metoder bygger på belønning når barna oppfører seg bra, og mener at dette sitter lenger inne for skandinavere. Wichstrøm skulle gjerne sett at Norge prøvde ut egenutviklede tiltak som ikke var en kopi av de amerikanske. Solholm m.fl. (2005), hevder også at tydelige kulturforskjeller mellom Norge og USA har gjort det ekstra nødvendig å tilpasse metoden etter norsk virkelighet og tradisjon. Problemer med oversettelse av sentrale begreper og ord har vært mer komplisert enn antatt. Terje Ogden garanterer for at PMTO er hundre prosent tilpasset norske forhold, og hevder at man tar utgangspunkt i foreldrenes bekymring og

tilbakemeldinger fra barnevern og politi. Ogden sier videre at norske problemer løses på norske vis (Viggen, 2012).

3.7 Kombinerte behandlingstilbud?

Modererende effekter av enkelt tiltak med foreldre, barn eller lærer, kan tyde på at behandlingstiltak burde kombineres og anvendes i flere risikoområder (Lösel & Beelmann, 2003; Taylor & Biglan, 1998; i Kjøbli, 2009). I følge Kazdin, Siegel og Bass (1992), var kombinasjonen av parent management training og barnetrening (eng: child training) mer effektivt enn behandlingene hver for seg. Barnetrening er viktig når foreldrene ikke kan eller vil delta i parent management training grunnet kontekstuelle faktorer som stress, arbeidskonflikter eller familieproblemer. Webster-Stratton m.fl. (2004) gjennomførte en undersøkelse med 159 familier med barn fra 4- 8 år. I følge undersøkelsen viste det seg at en kombinasjon mellom foreldretrening og barnetrening eller lærertrening (eng: teacher training) gav det beste resultatet for barn med gjennomgripende atferdsvansker. Hvis barnets atferdsvansker bare fremtrer i hjemmet, kan parent management training være det beste alternativet til behandling. Barnetrening eller lærertrening kan være tilleggskomponenter hvis barnets vansker også fremtrer i forhold til jevnaldrende og i klasserommet. Basert på dette har EICR- modellen (Early Interventions for children at Risk for Developing Behavioral Problems) som mål å forebygge og behandle atferdsvansker hos barn og unge. Modellen bruker en strategi der tiltak tilbys og kombineres basert på barns ulike behov. Modellen består av fem intervensjoner på ulike nivå avhengig av barnets grad av atferdsproblemer fra moderat til alvorlig. Intervensjonene foregår i ulike settinger som i hjemmet, på skolen og i barnehagen (Kjøbli, 2009).

Når det gjelder behandling rettet mot psykopati er det i følge Harris & Rice (2006) ingen forskning som gir noe klart svar på spørsmålet om hvilken behandling som er mest effektiv, til å redusere vold og kriminalitet. De viser likevel til at de mest effektive intervensjonene, bruker læringsprinsipper hentet fra sosiallæringsteori og er programmer rettet mot endring av atferd.

3.8 Oppsummering

Parent Management Training er beregnet på barn fra 3- 12 år og programmet varer fra 12- 16 uker, hvor hver økt varer fra 45 minutt til 1 time. Viktige komponenter i behandlingen består av å gi foreldre noen redskaper som de bruker i samhandling med barnet for å styrke foreldrekraften. Dette vil igjen være viktig for å endre barnets atferd i en positiv retning. Målet er å øke sentrale foreldreferdigheter som positiv involvering, oppmuntring av ferdigheter, tilsyn og oppfølging, problemløsning og grensesetting. Avslutning av behandling er ikke i alle tilfeller like enkelt, og kan avsluttes før den i utgangspunktet var ment å gjøre det fra foreldrenes side. Dette kan forekomme enten ved drop- out eller prematur avslutning. Andre ganger mener terapeuten at en avslutning bør finne sted, mens foreldrene ikke føler seg klare for det. Videre kan også oppfølging være et viktig bidrag for å opprettholde behandlingsresultatet, eller som støtte og oppmuntring. I forhold til kaldhetstrekk viser forskning at disse barna har en redusert sensitivitet ovenfor grensesetting i forhold til barn med bare atferdsvansker. Til tross for dette responderer barna godt på belønningsorienterte komponenter av behandlingen.

Behandlingsresultatene er i følge Kazdin sin gjennomgang (2005) gode for behandling av antisosialitet, med det advares likevel mot for stor optimisme. Dette siden prognosen for antisosiale barn og unge er heller dårlig. Til tross for dette viser det seg at barn under 8 år har størst utbytte av behandlingen. Forskningsresultater viser at behandling hvor begge foreldrene deltar har størst effekt. Dette understreker også en undersøkelse som viser at gruppen som mottok PMTO hadde signifikant nedgang i atferdsvansker. Sosiale ferdigheter økte også mer i PMTO gruppen. Til tross for at PMTO er en godt dokumentert behandlingsmetode, rettes det også kritikk mot at en håndfast behandlingsmanual gir for lite spillerom og at terapeuten kan bli for detaljstyrt. I tillegg ønskes det mer forskning på hvor godt tilpasset metodene er til norske forhold. Det er heller ikke klart hvorvidt bare foreldretrening er den beste løsningen for alle barn med alvorlige atferdsvansker. Forskning viser at kombinerte behandlingstilbud kan være mer optimalt for barn som har atferdsvansker på ulike arenaer og ikke bare i hjemmet. Her kan foreldretreningen kombineres med barnetrening eller lærertrening. Likevel viser forskning rettet mot psykopati, at behandling som bygger på sosiale læringsprinsipper er de mest effektive intervensjonene for å redusere antisosial atferd.

4. Metode

I dette kapitlet vil jeg ta for meg de metodiske aspektene ved undersøkelsen. Jeg har vært så heldig å få bruke Atferdssenteret sitt allerede innsamlede datasett for å kunne gjennomføre analysene. Siden innsamlingen av data går over flere år, ville det ikke vært mulig for meg å gjennomføre en slik undersøkelse selv i løpet av masteroppgavens tidsrom.

For å besvare problemstillingen og hypotesen i undersøkelsen har jeg valgt en kvantitativ tilnærming. Med teoridelen som grunnlag, vil jeg starte med et fremlegg av hypotesen. Videre går jeg inn på utvalget, og hvordan familiene ble rekruttert til behandlingsprogrammet. Deretter går jeg nærmere inn på designet og måleinstrumentene jeg skal bruke, før resultatet av analysene legges frem.

4.1 Hypoteser

Hypotese er en antakelse om sammenhenger mellom fenomener som etterprøves empirisk. Ved hjelp av hypoteser kan vi på forhånd danne oss et bilde av hva vi forventer oss å finne gjennom en undersøkelse (Johannessen m.fl., 2004:47-48).

Basert på målsettingene for PMTO, og tidligere studier og evalueringer av behandlingsmetoden, vil forventninger til undersøkelsen være relatert til:

1. PMTO vil fungere bedre for familier med barn med alvorlige atferdsproblemer uten kaldhetstrekk, enn for de familiene som har barn med både alvorlige atferdsproblemer og kaldhetstrekk.

4.2 Utvalget

Studien består av 323 familier med barn i alderen 4-12 år, og i dette studiet deltok ett barn per familie. Alle familiene mottok PMTO gjennom Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og barnevernet fra alle 5 helseregionene i Norge. Årsaken til deltakelsen i programmet grunnet i barnets atferdsvansker og hvor foreldrene selv hadde kontaktet, eller blitt kontaktet av BUP eller barnevernet. Barn ble ikke inkludert i behandlingen hvis de var som tidligere nevnt; diagnostisert med autisme, vært utsatt for seksuelle overgrep, mentalt tilbakestående eller hadde foreldre med alvorlige psykiske problem og/eller mentalt handicap. Blant alle deltakerne var 26,9 % jenter. Gjennomsnittsinntekten til familien lå på 415 440 NOK, som i Norge ligger på et middels inntektsnivå (Statistisk sentralbyrå, 2009). Gjennomsnittsalderen på foreldrene lå på 37,7 år, og 42,2 % av foreldrene rapporterte at barnet bodde hos begge sine biologiske foreldre. 20,3 % var gift eller samboende, mens 37,5 % av foreldrene var single (separert, skilt eller aldri vært gift). 29,9 % av utvalget rapporterte at de hadde høyskole eller høyere universitets grad. 52,2 % av foreldrene hadde fullført videregående skole, mens 18 % hadde fullført barne- og/eller ungdomsskolen. Dette viser at foreldrene i undersøkelsen var forholdsvis høyt utdannet (Statistisk sentralbyrå, 2009). I forhold til etnisitet, var 94 % av deltakerne nordmenn.

4.3 Rekruttering og datainnsamlingsprosedyre

Familier ble rekruttert til behandlingsprogrammet fra januar i 2001 til april i 2005, gjennom vanlige behandlingsrutiner i de ulike helseregionene. De kvalifiserte familiene ble informert om behandlingen hvor de som deltok også ble tilbudt å delta på intervju og observasjon både før behandlingsstart og etter behandlingsslutt. Som en bekreftelse på deltakelsen, signerte familien på et samtykkeskjema. Barnets lærere ble også involverte i undersøkelsen hvis foreldrene godtok dette. Deres oppgave var å fylle ut skjemaer angående barnets atferd. Foreldrenes oppgave var å fylle ut skjemaer angående familiedemografi og barnets atferd, i tillegg til andre faktorer som påvirker familiefunksjonen. Dette innebar å bli observert i en oppgaveløsningssituasjon, i tillegg til telefonintervju tre ganger før behandlingsstart og 3

ganger etter behandlingsslutt. Den forelder som tilbrakte mest tid sammen med barnet, ble spurt om å rangere barnets atferd, mens den andre forelder ble spurt om å fylle ut spørsmål om familie støtte og bakgrunn. Som en kompensasjon for tidsbruken og deltakelsen, mottok foreldrene 300 NOK og lærerne 100 NOK (Kjøbli & Ogden, 2009).

4.4 Pretest- posttest design

Designet jeg skal bruke er et pretest- posttest design, hvor forsøkspersonene ikke er tilfeldig fordelt på grupper (Kleven, 2002b:153). Dette designet inkluderer manipulerte variabler som i mitt tilfelle er PMTO behandling (Lund, 2002). Grunnen til at jeg bruker et pretest- posttest design, er fordi uten det er det vanskelig å studere en eventuell endring. Ved sammenligning av de to gruppene er det dessuten avgjørende å kontrollere for pre-skår siden disse gruppene ikke nødvendigvis er like når de kommer til behandling og de ikke er fordelt tilfeldig inn i gruppene.

Undersøkelsen inneholder heller ikke en kontrollgruppe, som mottar en annen form for behandling. Derfor mangler det også eksperimentell kontroll på ett eller flere områder, som igjen gjør det mer sårbart for trusler mot indre validitet. Indre validitet innebærer at man kan konkludere med at variablene påvirker hverandre, og at denne konklusjonen er gyldig (Kleven, 2002b).

4.5 Måleinstrumentenes reliabilitet og validitet

Instrumentet som benyttes for måling skal gi informasjon om de variablene man ønsker å undersøke. Derfor avhenger verdien av undersøkelsen av kvaliteten på måleinstrumentet som brukes. Ved empiriske undersøkelser stilles det krav til reliabilitet og validitet. Reliabilitet dreier seg om hvor nøyaktig eller konsistent en test måler det den er ment å måle. Hvis målingene er konsistente innebærer dette at samme person vil få tilnærmet samme resultat ved gjentatte målinger, så lenge personen ikke har forandret seg i mellomtida (Kleven, 2002a).

Reliabiliteten bestemmes også av hvordan målingene som fører fram til tallene i datamatriksen ble utført (Hellevik, 1991). I tillegg har reliabilitet med å gjøre i hvilken grad en empirisk indikator inneholder tilfeldige målingsfeil (Sullivan & Feldman, 1979). Kleven (1995) hevder at reliabilitet kan defineres som «relativt fravær av tilfeldige målingsfeil». Tilfeldige målingsfeil innebærer da feil som kan komme til å jevnes ut i det lange løp for samme individ. Når data foreligger i form av numeriske skårer, tilsier dette at det er nullkorrelasjon mellom feilskårer ved én måling, så vel som feilskårer ved en annen måling. Reliabilitet har liten betydning uten forbindelse med spørsmålet om validitet. Reliabilitet har med andre ord bare betydning fordi det er en nødvendighet for å oppnå validitet. I følge Kleven (2002a) er reliabilitet viktig fordi dårlig reliabilitet svekker begrepsvaliditeten.

Validiteten avhenger av hva som blir målt og om dette er de egenskapene problemstillingen gjelder. Med andre ord betegner validiteten datas relevans for problemstillingene i forskningen (Hellevik, 1991). Begrepsvaliditeten kan regnes som den overordnede validiteten ved måling av instrumentene, og kriteriet på gode måleresultater (Kleven, 2002b), og kan betegnes som grad av samsvar mellom begrepet slik det er definert teoretisk og begrepet slik vi lykkes med å operasjonalisere det gjennom de indikatorene som benyttes (Kleven, 2002a).

4.6 Måleinstrumenter

For å teste måleinstrumentenes reliabilitet, beregner man indre konsistens ved hjelp av Cronbach's alpha. I denne sammenhengen betyr indre konsistens i hvilken grad alle spørsmålene på en skala måler det samme. På grunnlag av dette gir Cronbach's alpha et mål på i hvilken grad det er mulig å generalisere fra resultatet på spørsmålene som skalaen inneholder, og videre til alle spørsmålene som skal dekke det området som skalaen er ment å måle. Siden Cronbach's alpha måler spørsmålenes samsvar, vil det dermed være passende med en verdi som verken er for høy eller for lav. Er verdien for høy, innebærer det at spørsmålene innenfor skalaen i for stor grad måler det samme fenomenet. Hvis verdien er for lav derimot, vil skalaen ikke være nok enhetlig til å kunne sies å dekke hele området eller begrepet som skal måles (Kleven, 2002b).

Psykososial fungering er i denne studien kartlagt med spørreskjemaene Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher's Report Form (TRF), og lærer- og foreldreversjonen av Social Skills Rating System (SSRS).

For å rangere nivå av kaldhetstrekk ble det innhentet informasjon fra kodere inntrykk av observasjonsdata. Barnet ble av kodere kodet fra 1- veldig kald, og opp til 5- varm, og fra 1- ikke sensitiv til 5-sensitiv overfor andre.

4.6.1 Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher Report Form (TRF)

CBCL og TRF er mye brukt for å vurdere barnets tilpasning og atferd, og er gjennomført av henholdsvis foreldre og lærere (Achenbach, 1991). Henholdsvis Nøvik (1999) og Lurie (2006), har standardisert og validert dem i studier med norske barn. I tillegg er de velkjente og pålitelige skalaer som måler brede dimensjoner av barnets problematferd. Utagering, oppmerksomhetsproblemer og aggresjon er eksempler på subskalaer i instrumentene. I denne studien har jeg valgt å fokusere på problemskalaene: eksternaliserte og internaliserte vansker og oppmerksomhetsproblemer. Eksternalisert atferd innebærer utagerende atferd som omfatter aggresjon, kranling, impulsivitet og ulydighet. For å tappe eksternalisert atferd (CBCL og TRF), ble items som «får raseriutbrudd eller heftig sinne», «uvanlig bråkete», «banner eller bruker stygge ord» og «kranler mye». Internalisert atferd innebærer underskalaene sosial tilbaketrekking, ensomhet, depresjon og angst. Eksempler på items som ble brukt for å tappe internalisert atferd (CBCL og TRF) var «ulykkelig, trist eller deprimert», «tilbaketrukket, engasjerer seg ikke med andre», «vil heller være alene enn sammen med andre» og «bekymrer seg». Oppmerksomhetsproblemer CBCL og TRF ble tappet ved itemene «kan ikke konsentrere seg, være oppmerksom lengre tid av gangen», «kan ikke sitte stille, er urolig eller overaktiv», «er impulsiv, handler uten å tenke» og «gjør skolearbeidet dårlig» (Achenbach, 1991).

Elementer blir rangert på en 3-poengsskala (0= aldri/sjelden, 1= av og til, 2= ofte/alltid), hvor høyeste skåre representerer høyeste antall symptomer. Alpha-koeffisientene ved pre- og postvurderinger ble funnet å være innenfor en akseptabel rekkevidde (fra .73 til .96). Av de 323 familiene som var med fra pretest, manglet det på CBCL- eksternalisert atferd, oppmerksomhetsproblemer og internalisert atferd, 8 familier ved pretest og 113 familier ved

posttest. På lærerrapporterte skjemaer (TRF) manglet det på 44 familier på eksternalisert atferd, oppmerksomhetsproblemer og internalisert atferd ved pretest. Ved posttest manglet det 119 familier.

Item-eksempler til å tappe «conduct problems» var «mobber, plager eller er slem mot andre», «ødelegger familiemedlemmers eller andres ting», «kommer ofte i slagsmål», «går løs på andre fysisk», og «truer andre». Cronbach's alpha ble funnet å være .71 ved pretest (Pardini m.fl., 2006).

4.6.2 Social Scale Rating System (SSRS)

Instrumentet Social Scale Rating System (SSRS; Gresham & Elliot, 1990) måler sosiale ferdigheter hos barn og unge. Eksempler på sosiale ferdigheter er å dele med andre, å hjelpe andre, så vel som å gi andre komplimenter. Slike ferdigheter er nødvendige for å utvikle vellykkede relasjoner til andre mennesker. Barn med dårlige sosiale ferdigheter, kan ofte oppleve å ha negative relasjoner til voksne og jevnaldrende (Gresham & Elliot, 1990). I følge Gresham m.fl. (1999) har barn med eksternaliserte og/eller internaliserte problemer og ofte dårligere sosiale ferdigheter enn barn uten slike vansker.

SSRS har både en lærerversjon og en foreldreversion. Høyere skår indikerer økt sosial kompetanse målt ut i fra rapportene. Foreldreskalaen 38 items på (item eksempel «mottar kritikk på en god måte») og en lærerskala med 30 items (item eksempel «inviterer med andre på aktiviteter»). Pre- og post Cronbach's alpha på instrumentene var på .87 og .89. Pre- og post alpha på lærerinstrumentet ble på .86 og .86. Ved pretest manglet det svar fra 16 familier og lærere av totalt 323 i undersøkelsen, og det manglet svar fra 100 familier og lærere ved posttest.

Skolefaglig kompetanse ble målt av lærernes rangeringer på en 9- items skala. Her ble kompetansen målt gjennom lærernes vurderinger av elevenes leseferdigheter, matematiske kunnskaper, generelle kognitive fungering og motivasjon. Her ble elementene målt på en 5-poengskala hvor lærerne rangerte studentene (1= laveste, 2= nest lavest, 3= middels, 4= nest høyest, 5= høyest). Her var alpha .87 ved pretest og .88 ved posttest. Ved pretest manglet det

78 svar av de totalt 323 deltakende i undersøkelsen og ved posttest 135 svar. I motsetning til lærerne som fylte ut skjema på akademisk kompetanse, fylte førskolelærerne ut skjema på sosial kompetanse.

4.6.3 Parent Daily Report (PDR)

Den daglige foreldrerapporten har vist seg å være et valid rapporteringssystem hvor foreldrene observerer barnets utagerende atferd (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982). De deltakende foreldrene ble oppringt tre ganger før behandlingsstart og igjen tre ganger etter behandlingsslutt hvor foreldrene måtte svare “ja” eller “nei” på spørsmål angående spesifikke typer problematferd barnet har vist i løpet av de siste 24 timene. Spørsmålene foreldrene ble spurt om inkluderte alvorlige overtredelser som å stjele, eller om barnet har sparket eller slått andre mennesker, til mindre alvorlige former for problematferd som det å banne.

Oppringingen ble utført av en forskningsassistent, og sum- skåren for hver påfølgende dag ble summert opp i en total skåre for alle tre dagene Reliabilitetskoeffisienten var akseptabel; alpha på .75 ved pretest og .78 ved posttest. Av foreldrerapporteringskjemaene manglet det 20 svar ved pretest og 112 svar ved posttest.

4.6.4 Vurdering av strukturerte interaksjonsoppgaver (SIT)

Den dagen observasjonene ble gjort ble familiene gitt instruksjoner på hvor de skulle sitte, gitt informasjon om oppgavene som skulle utføres, og ble i tillegg gitt muligheten til å stille spørsmål. Mikrososiale interaksjoner, altså forelder- barn relasjoner, ble kodet ved å bruke Family and Peer Process Code (FPPC). Koden er skåret i sanntid og koder initiativtakeren, mottaker, rekkefølge, atferdsmessig innhold og varighet av interaksjoner. Strukturen og lengden på oppgavene (SIT) ble tilpasset barnets utviklingsnivå, også oppgavene ble noe annerledes for familier med barn yngre enn og eldre enn 8 år. Oppgavesituasjonen varte i 30 minutter for barna eldre enn 8 år, og 25 minutter for barna yngre enn 8 år. Begge

aldersgruppene inkluderte en problemløsningsoppgave hvor familien måtte løse en identifisert kilde til konflikter i familien. I tillegg fikk begge aldersgruppene en evalueringsoppgave hvor familien måtte diskutere hvor godt de hadde samarbeidet under oppgaven i laboratoriet. Familiene med barn under 8 år deltok også i fri- lek og ryddeprosedyrer og en vente- oppgave. Familiene med barn under 8 år brukte mer tid på problemløsningsoppgaver enn barna over 8 år. I tillegg ble familiene med barn under 8 år, bedt om å planlegge en gøy familieaktivitet den kommende uken (Ogden & Hagen, 2008).

4.6.5 Coders impression (CI)

Videoene ble skåret av kodere (terapeut) som var trent i å utføre kodingene i ca.10 måneder. Koderne jobbet ca. 10 timer i uken, så det tok om lag 400 timer før de ble pålitelige. Hver koder skåret om lag 3 videobånd i uken. Koderne ble regelmessig kontrollert under treningen, og uenigheter i skåringen ble diskutert i ukentlige møter. Av videobåndene ble 20 % tilfeldig utvalgt til reliabilitetssjekk hvor koderne ble sjekket (Ogden & Hagen, 2008).

Instrumentet består av et spørreskjema utfyllt av koderen umiddelbart etter skåring av SIT videobånd. Koderen skal få et inntrykk av sesjonen, i hvilken grad foreldrene behersker de fem foreldredimensjonene innenfor PMTO, grensesetting, problemløsning, tilsyn, positiv involvering og oppmuntring til læring av nye ferdigheter. Alle ble skåret ved hjelp av underskalaer til dette måleinstrumentet. Instrumentet har vært brukt i tidligere randomiserte studier, og har vist seg og være sensitiv for endring og ha konvergent validitet (DeGarmo m.fl., 2004). I denne studien ble det lagt til item som «ser ikke ut til å ha skyldfølelse etter å ha gjort noe galt» for å tappe kaldhetstrekk. Itemene «for redd eller engstelig» og «har for sterk skyldfølelse» ble brukt for å trekke fra angst.

4.7 PMTO behandling

Behandlingsmanualer fra Oregon Social Learning Center (Forgatch, 1994; Forgatch & Rains, 1997) ble oversatt og tilpasset til norske forhold av implementeringsteamet på Atferdssenteret i Oslo (Askeland, Christiansen, & Solholm, 2005). PMTO terapeuter måtte gjennom 18 måneder med trening. Vurdering av i hvilken grad terapeuten fulgte protokollen til PMTO var basert på PMTO spesialisters evaluering av segmenter av videofilmede terapitimer. PMTO terapeutene ga generelt tilfredsstillende behandling. Familiene ble behandlet individuelt, og en typisk terapitime inneholdt rollespill av nye ferdigheter, øvelser, gjennomgang av gamle øvelser og problemløsning, i tillegg til å diskutere nye hjemmeoppgaver. Mellom terapitimene, ble foreldrene kontaktet per telefon for en mulighet til å stille terapeuten spørsmål om noe var uklart eller vanskelig (i; Hagen m.fl., 2011).

4.8 Behandling av datamaterialet

4.8.1 Manglende data og avvikende verdier

I undersøkelsen ble manglende data estimert til hva personen antakeligvis ville ha svart på de aktuelle spørsmålene. I følge Graham, Cumsille og Elek-Fisk (2003) er det to ulike varianter av manglende data. Den ene er karakterisert av at respondenten er med i undersøkelsen, men av en eller annen årsak ikke svarer på noen av spørsmålene. Den andre varianten av manglende data er at respondenten ikke er med i alle delene av undersøkelsen. En rekke forklaringer er i et slikt tilfelle mulig for de manglende verdiene.

Manglende data i undersøkelsen ble erstattet med estimerte data fra forventet maksimiseringsprosedyre (EM). EM er en metode hvor en gjentakende prosedyre finner sted for å passe de mest objektive verdier. Årsakssammenheng blir bare fremvist på manglende element, og derfor blir hele skalaer som mangler utelatt. A missing completely at random (MCAR) test ble tatt ut for hver enkelt EM, og hvis denne testen feilet ble det brukt regresjonsanalysen for å sette inn manglende verdier. Avvikende verdier ble identifiserte og kontrollerte ved både pre- og posttest. De avvikende verdiene viste seg å ha liten innflytelse på det opprinnelige gjennomsnittet og ble derfor ikke endret. Alle skalaene viste seg å være

innenfor et akseptabelt spekter av skjevhet, og det ble derfor ikke gjennomført transformering av variabler.

4.9 Statistisk bearbeiding av materialet

De statistiske analysene i denne undersøkelsen er foretatt i SPSS versjon 19.

4.9.1 Regresjonsanalyse

Regresjonsanalyse er en statistisk metode som brukes til å undersøke sammenhengen mellom flere variabler. I tillegg brukes analysen til å finne et tilnærmet uttrykk for hvordan en variabel endrer seg som funksjon av de andre variablene (Store norske leksikon, 1988:401). I denne undersøkelsen brukes hierarkisk multippel lineær regresjon for å kunne analysere den avhengige variabelen i lys av mange uavhengige variabler samtidig. Å kunne se nettopp den avhengige variabelen i lys av flere uavhengige kalles en multivariat regresjonsanalyse (Skog, 1998). Her estimeres effekten av en X- variabel på Y, og det kontrolleres for effekten av andre X- variabler. Å kontrollere for effekten, betyr å «rendyrke» den effekten som de uavhengige variablene har på den avhengige variabelen (Eikemo & Clausen, 2007). I min analyse vil det inkludere uavhengige variabler som å kontrollere for pre-skårer, alvorlige atferdsproblemer, hindre at den effekten kaldhetstrekk har på avhengig variabel ikke sammenblandes med den effekten alvorlige atferdsproblemer har på avhengig variabel. Målsettingen med denne analysen er å se om kaldhetstrekk, uavhengig av nivået av alvorlige atferdsproblemer, påvirker behandlingsutfallet.

R squared change benyttes i analysen for å se hva den enkelte uavhengige variabelen eller trinnet betyr alene, men også i forhold til den neste uavhengige variabelen. En uavhengig variabel er relevant dersom den påvirker den avhengige variabelen (Skog, 1998). R squared change gir også statistiske endringer i prosenttall. Hierarkisk- multippel- lineær- regresjon ble brukt for å sette de uavhengige variablene inn i forhåndsbestemte blokker. På denne måten kan det predikere noe om hvor mye av variansen i den avhengige variabelen i hver blokk forklarer, etter at det har blitt kontrollert for effekten av de tidligere blokkene (Heimdal m.fl,

2008). Hensikten med å bruke F- testen er å sjekke ut om modell 2 er signifikant bedre enn modell 1 (Eikemo & Clausen, 2007). Årsaken til at det i oppgaven ble brukt regresjon som metode var at det ble brukt én intervensjon. I regresjon blir hele skalaen for hvordan de skårer tatt med. I tillegg er som oftest den avhengige variabelen kontinuerlig, og en kontinuerlig variabel alltid benyttes som en kontinuerlig variabel (Skog, 2004). I min oppgave er avhengig variabel kontinuerlig, og derfor ble det brukt lineær regresjon.

5. Resultater

I dette kapitlet presenteres resultater som er relevante for oppgavens problemstillinger og hypoteser.

I tabellene er ulike regresjonskoeffisienter inkludert som B, ustandardisert koeffisient for å vise sammenhengen mellom to faktorer med den måleenheten som benyttes for hver av faktorene. SE B som er standardfeilen til B, som igjen er standardavviket til parameteret. Standardfeilen er et mål på spredningen av utvalgsfordelingen til parameteret, og er dermed en indikasjon på den predikerte verdiens forventede gjennomsnittlige avvik fra korrekt parameterverdi. I tillegg er Beta (β) inkludert i tabellen. Beta er en standardisert regresjonskoeffisient for å kunne sammenligne styrken på effektene av de ulike uavhengige variablene; pre-skår av måleinstrumentet, alvorlige atferdsproblemer (CP), kaldhetstrekk (observert) og kaldhetstrekk (foreldrerapportert). Endring i R^2 er forklart varians, som er et mål på hvor god modellen er. R^2 viser hvor mange prosent av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares ved hjelp av de uavhengige variablene. R^2 går fra 0 til 1, og desto høyere R^2 er, desto bedre er modellen (Eikemo & Clausen, 2007).

Tabell 1. Hierarkisk regresjon av foreldrerapportert eksternalisert problematferd etter behandlingsslutt som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foreldrerapporterte kaldhetstrekk.

En regresjonsmodell hvor pre-skår eksternalisert problematferd, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk er uavhengige variabler (se tabell 1) forklarer en statistisk signifikant andel av variansen til foreldrerapporterte eksternaliserte problemer etter avsluttet PMTO behandling, $F(4, 185) = 27.77$, $p < .000$, $R^2 = .375$.

Step	Variabel	B	SE B	β	Endring i R^2
1	Eksternalisering CBCL	.63	.06	.59**	.350
2	Eksternalisering CBCL	.59	.09	.56**	.025
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	.13	.38	.03	
	Kaldhetstrekk (observert)	-1.55	.58	-.16**	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	.15	.46	.02	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Skår før behandlingsstart svarer for 35 % av variansen på trinn 1 og CP, og kaldhetstrekk svarer for ytterligere 2,5 % endring i variansen på trinn 2.

Det er imidlertid kun observerte kaldhetstrekk som gir et signifikant unikt bidrag til endring av eksternalisert problematferd etter avsluttet behandling, (t 1, 185 = - 2.67, p < .01, β = -.16). PMTO behandling ser ut til å være mindre effektivt i behandling av eksternaliserte problemer i de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ ufølsomme før behandlingsstart. Dette grunnet i rangeringene av kaldhetstrekk.

Tabell 2. Hierarkisk regresjon av PDR- daglig foredrer rapportert problematferd etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår PDR, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foredrer rapporterte kaldhetstrekk.

I følge resultatene presentert i tabell 2, viser regresjonsanalysen at preskår PDR- Parent Daily Report, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk som uavhengige variabler, forklarer en statistisk signifikant andel av variansen til Parent Daily Report etter avsluttet PMTO behandling, F 4, 180 = 16.20, p < .000, R^2 = .265.

Step	Variabel	B	SE B	B	Endring i R ²
1	PDR- Parent Daily Report	.46	.06	.50**	.249
2	PDR- Parent Daily Report	.44	.06	.48**	.016
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	.57	.36	.12	
	Kaldhetstrekk (observert)	-.49	.74	-.04	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	.01	.60	.00	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Skår som inntreffer før behandlingsstart svarer for 24,9 % av variansen på trinn 1. I tillegg svarer CP og kaldhetstrekk videre for 1.6 % endring i variansen på trinn 2. Årsaken til endringen i variansen her, til tross for ingen signifikant endring på noen av de uavhengige variablene, kan være at CP ligger nærmest en signifikant endring.

I tabell 2 er det ingen av de tre rapporterte uavhengige variablene (CP og kaldhetstrekk) som gir et signifikant bidrag på endring av PDR- foreldrerapportert problematferd fra før til etter avsluttet behandling. Det ser dermed ut til ikke å være noen signifikant forskjell mellom de som skårer høyt og de som skårer lavt på disse variablene.

Tabell 3. Hierarkisk regresjon av CBCL- foreldrerapportert internalisert problematferd etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foreldrerapporterte kaldhetstrekk.

I følge tabell 3, viser regresjonsanalysen at pre-skår internalisert problematferd, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk som uavhengige variabler, forklarer en statistisk signifikant andel av variansen til internalisert problematferd etter avsluttet PMTO behandling, $F(4, 185) = 36.11, p < .000, R^2 = .438$.

Step	Variabel	B	SE B	β	Endring i R ²
1	Internalisert CBCL	.65	.06	.63**	.401
2	Internalisert CBCL	.60	.07	.59**	.037
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	.55	.25	.15*	
	Kaldhetstrekk (observert)	-1.33	.46	-.16**	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	-.43	.41	-.08	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Skår før behandlingsstart svarer for 40 % av variansen på trinn 1. CP og kaldhetstrekk svarer videre for 3,7 % endring på trinn 2.

I tabell 3, gir observerte kaldhetstrekk som gir et signifikant bidrag på endring av internalisert problematferd etter avsluttet behandling. $T_{1, 185} = -2.88$, $p < .01$, $\beta = -.16$. PMTO behandling ser ut til å være mindre effektivt i behandling av internaliserte atferdsproblemer i de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ ufølsomme før behandlingsstart. I forhold til foreldrerapportert CP, viser regresjonsanalysen en signifikant endring på .05 nivå. Dette tilsier dermed at disse barna har fremdeles alvorlige atferdsproblemer etter behandlingsslutt. Kaldhetstrekk- angst ser imidlertid ikke til å ha noen innvirkning på dette behandlingsresultatet.

Tabell 4. Hierarkisk regresjon av CBCL- foreldrerapporterte oppmerksomhetsproblemer etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foreldrerapporterte kaldhetstrekk.

Regresjonsmodellen hvor pre-skår foreldrerapporterte oppmerksomhetsproblemer, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk er uavhengige variabler, (se tabell 4) forklarer en statistisk signifikant andel av variansen til foreldrerapporterte oppmerksomhetsproblemer problemer etter avsluttet PMTO behandling. $F_{4, 185} = 40.69$, $p < .000$, $R^2 = .468$.

Step	Variabel	B	SE B	β	Endring i R ²
1	Oppmerksomhet CBCL	.72	.06	.67**	.445
2	Oppmerksomhet CBCL	.70	.06	.65**	.023
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	.03	.11	.02	
	Kaldhetstrekk (observert)	-.59	.21	-.15**	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	.07	.17	.02	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Skår før behandlingsstart svarer for 45 % av variansen på trinn 1, og CP og kaldhetstrekk svarer ytterligere for 2,3 % av variansen på trinn 2.

Det er imidlertid kun observerte kaldhetstrekk som gir et signifikant unikt bidrag på endring av oppmerksomhetsproblemer etter avsluttet behandling. $T(1, 185) = -2.76, p < .01, \beta = -.149$. PMTO behandling ser ut til å være mindre effektivt i behandling av oppmerksomhetsproblemer i de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ ufølsomme før behandlingsstart. Foreldrenes rapportering av alvorlige atferdsproblemer (CP) eller kaldhetstrekk ser imidlertid ikke til å ha noen innvirkning på dette behandlingsresultatet.

Tabell 5. Hierarkisk regresjon av foreldrerapportert sosial kompetanse etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foreldrerapporterte kaldhetstrekk.

I følge resultatene presentert i tabell 5, viser regresjonsmodellen at pre-skår sosial kompetanse, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk som uavhengige variabler, forklarer en statistisk signifikant andel av variansen til sosial kompetanse ved posttest av PMTO behandling. $F(4, 194) = 38.98, p < .000, R^2 = .446$.

Step	Variabel	B	SE B	B	Endring i R ²
1	Foreldrerapportert SSRS	.73	.06	.66**	.441
2	Foreldrerapportert SSRS	.70	.06	.64**	.004
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	-.23	.35	-.04	
	Kaldhetstrekk (observert)	.47	.70	.04	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	-.25	.57	-.03	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Sosial kompetanse skår som inntreffer før behandlingsstart svarer for 44 % av variansen på trinn 1. CP og kaldhetstrekk svarer kun for 0,4 % endring i variansen på trinn 2.

På trinn 2 er det ingen av de tre rapporterte uavhengige variablene (CP og kaldhetstrekk) som gir et signifikant bidrag på endring av SSRS- foreldrerapportert sosial kompetanse etter avsluttet behandling.

Tabell 6. Hierarkisk regresjon av lærerrapportert internalisert problematferd (TRF) etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foreldrerapporterte kaldhetstrekk.

Regresjonsmodellen i tabell 6 viser at pre-skår lærerrapportert internalisert problematferd, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk som uavhengige variabler forklarer en statistisk signifikant andel av variansen til internalisert problematferd etter avsluttet PMTO behandling. $F(4, 168) = 25.98, p < .000, R^2 = .382$.

Step	Variabel	B	SE B	β	Endring i R^2
1	Internalisert TRF	.62	.07	.59**	.351
2	Internalisert TRF	.61	.07	.58**	.031
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	.51	.21	.16*	
	Kaldhetstrekk (observert)	-.86	.45	-.12	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	-.32	.36	-.06	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Lærernes rapportering av internaliserte problemer før behandlingsstart svarer for 35,1 % av variansen på trinn 1. Videre svarer CP og kaldhetstrekk for 3,1 % for endring i variansen på trinn 2.

Det er imidlertid bare alvorlige atferdsproblemer (CP) som gir en unik signifikant endring (.16) på .05 nivå. Resultatet tilsier at barn som skårer høyt på CP fremdeles har alvorlige atferdsproblemer etter behandling. Dette kan komme av at det ikke var noen internaliserte problemer å behandle i utgangspunktet. Observerte kaldhetstrekk viser en marginal signifikans på .05 nivå, ved .058, mens foreldrerapporterte kaldhetstrekk- angst ser imidlertid ikke til å ha noen innvirkning på dette behandlingsresultatet.

Tabell 7. Hierarkisk regresjon av TRF- lærerrapportert eksternalisert problematferd etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foreldrerapporterte kaldhetstrekk.

Tabell 7 er en regresjonsmodell hvor pre-skår eksternalisert problematferd, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk er uavhengige variabler (se tabell 1) som forklarer en statistisk signifikant andel av variansen til lærerrapporterte eksternaliserte problemer etter avsluttet PMTO behandling, $F(4, 168) = 30.67$, $p < .000$, $R^2 = .422$.

Step	Variabel	B	SE B	B	Endring i R ²
1	Eksternalisert TRF	.63	.06	.62**	.387
2	Eksternalisert TRF	.60	.06	.59**	.035
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	.27	.42	.04	
	Kaldhetstrekk (observert)	-2.74	.88	-.19**	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	.25	.71	.02	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Skår før behandlingsstart svarer for 38,7 % av variansen på trinn 1, og CP og kaldhetstrekk svarer for ytterligere 3,5 % endring i variansen på trinn 2.

Det er imidlertid kun observerte kaldhetstrekk som gir et signifikant unikt bidrag på endring av eksternalisert problematferd etter avsluttet behandling, $t_{1, 168} = -3.13, p < .01, \beta = -.19$). PMTO behandling ser ut til å være mindre effektivt i behandling av eksternaliserte atferdsproblemer i de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ufølsomme før behandlingsstart. Foreldrenes rapportering av alvorlige atferdsproblemer (CP) eller kaldhetstrekk ser imidlertid ikke til å ha noen innvirkning på dette behandlingsresultatet.

Tabell 8. Hierarkisk regresjon av TRF- lærerrapporterte oppmerksomhetsproblemer etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foredrerapporterte kaldhetstrekk.

Resultatet fra tabell 8 viser at pre-skår lærerrapporterte oppmerksomhetsproblemer, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk som uavhengige variabler kan forklare en statistisk signifikant andel av variansen til oppmerksomhetsproblemer etter avsluttet PMTO behandling. $F_{4, 168} = 24.08, p < .000, R^2 = .364$.

Step	Variabel	B	SE B	β	Endring i R^2
1	Oppmerksomhet TRF	.61	.07	.58**	.331
2	Oppmerksomhet TRF	.57	.07	.54**	.034
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	.43	.25	.12	
	Kaldhetstrekk (observert)	-1.05	.53	-.13*	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	.36	.42	.06	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Skår som inntreffer før behandlingsstart svarer for 33,1 % av variansen på trinn 1. CP og kaldhetstrekk svarer for ytterligere 3,4 % endring i variansen på trinn 2.

Det er imidlertid kun observerte kaldhetstrekk som gir et signifikant unikt bidrag på endring av lærerrapporterte oppmerksomhetsproblemer etter avsluttet behandling, $t(1, 168) = -2.00$, $p < .05$, $\beta = -.13$). PMTO behandling ser også med hensyn til lærerrapporterte oppmerksomhetsproblemer ut til å være mindre effektivt i de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ ufølsomme før behandlingsstart. Foreldrenes rapportering av alvorlige atferdsproblemer (CP) eller kaldhetstrekk ser heller ikke her ut til å ha noen innvirkning på dette behandlingsresultatet.

Tabell 9. Hierarkisk regresjon av SSRS- lærerrapporterte sosial kompetanse etter avsluttet behandling som en funksjon av pre-skår, alvorlige atferdsproblemer (conduct problems), observerte og foreldrerapporterte kaldhetstrekk.

Resultatet i tabell 9 viser at pre-skår lærerrapportert sosial kompetanse, alvorlige atferdsproblemer (CP) og kaldhetstrekk som uavhengige variabler, kan forklare en statistisk signifikant andel av variansen til oppmerksomhetsproblemer etter avsluttet PMTO behandling. $F(4, 159) = 24.25$, $p < .000$ $R^2 = .379$.

Step	Variabel	B	SE B	β	Endring i R ²
1	Lærerrapportert SSRS	.56	.06	.58**	.336
2	Lærerrapportert SSRS	.49	.07	.51**	.043
	Alvorlige atferdsproblemer (CP)	-.28	.30	-.07	
	Kaldhetstrekk (observert)	1.51	.64	.15*	
	Kaldhetstrekk (foreldre)	-1.01	.53	-.14	

*Signifikant på .05-nivå (to-halet test). **Signifikant på .01-nivå (to-halet test).

Skår som inntreffer før behandlingsstart svarer for 33,6 % av variansen på trinn 1. CP og kaldhetstrekk svarer for ytterligere 4,3 % endring i variansen på trinn 2.

I denne regresjonsanalysen er det også kun observerte kaldhetstrekk som gir et signifikant unikt bidrag på endring av lærerrapportert sosial kompetanse etter avsluttet behandling, ($t_{159} = 3.34, p < .05, \beta = 1.5$). PMTO behandling ser ut til å være mindre effektivt i behandling av sosial kompetanse i skolen hos de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ ufølsomme før behandlingsstart. Foreldrenes rapportering av alvorlige atferdsproblemer (CP) ser ikke ut til å ha noen innvirkning på behandlingsresultatet. Foreldrerapporterte kaldhetstrekk- angst viser en marginal signifikans på .056, som kan tyde på at det er en lavere fremgang i sosial kompetanse sammenlignet med de som ikke skårer høyt på kaldhetstrekk.

6. Diskusjon

I kapittel 1 viste jeg til følgende problemstillinger som jeg ville besvare i oppgaven:

- Hvilke barn er i risikozonen for å utvikle alvorlig antisosial atferd med og uten kaldhetstrekk (Callous- unemotional traits)?
- Responderer barn med kaldhetstrekk i samme grad på behandlingsmetoden Parent Management Training- Oregonmodellen (PMTO) som barn med alvorlige atferdsproblemer, men uten kaldhetstrekk?

Formålet med oppgaven har vært å kunne trekke frem ulike faktorer som bidrar til antisosial atferd og kaldhetstrekk, og hvordan dette best mulig kan behandles med utgangspunkt i en godt dokumentert behandlingsmetode spesielt med tanke på at kaldhetstrekk kan påvirke behandlingsutfallet. Grunnen til at bakgrunnsfaktorene ble inkludert i oppgaven var for å se på årsakene til utviklingen av antisosial atferd og kaldhetstrekk. Dette ble tatt med for å kunne se om foreldreferdigheter spiller en viktig rolle både i forhold til antisosial atferd, men også for de barna som i tillegg har kaldhetstrekk med tanke på at behandlingen bare retter seg i mot å styrke foreldreferdigheter.

Vi har sett i kapittel 2 at antisosial atferd er brudd på sosiale normer og regler, så vel som brudd på et samfunns normer og regler, og kan oppstå så tidlig som i 3-4 års alderen (Ogden, 2010a). Dette kan medbringe alvorlige atferdsmessige vansker i tidlig barnealder og videre inn i voksen alder. Forskning viser også at mulige årsaker for et vedvarende mønster av antisosial atferd (atferdsforstyrrelse) kan komme av dårlig tilsyn, hard fysisk straff og foreldre som viser antisosial atferd (McGabe m.fl., 2004). Kaldhetstrekk (primær- psykopati) er en undergruppe av psykopati, som igjen er assosiert med mer ekstreme tilfeller av antisosial atferd hos barn (Frick & White, 2010). Kombinasjonen av antisosial atferd og kaldhetstrekk innebærer altså en mer vedvarende og alvorlig form for antisosial atferd.

I følge Pardini, Lochmann og Powells (2007) undersøkelse viste barn med foreldre som ga lite varme og omsorg, lave nivå av angst og økte kaldhetstrekk over tid. Derimot viste det seg å være en nedgang i kaldhetstrekk der hvor barna var utsatt for lavere nivåer av straff, og i tillegg opplevde foreldrene som varme og involverte. Frick m.fl. (2003a) understrekte denne undersøkelsen ved hevdelsen om at kaldhetstrekkene er foranderlige ved endringer i barnets psykososiale miljø. Pardini & Loeber (2007) på en annen side, hevder at kaldhetstrekk

vesentlig kommer av genetiske og neurobiologiske faktorer. Forskning viser at tidlig start på antisosial atferd er mer arvelig for den gruppen barn med tidlig inntreffende kaldhetstrekk og antisosialitet. Sadeh m.fl. (2010) hevder på sin side at ungdom med gen-type 1/1, som i tillegg er oppvokst i en familie med lav sosioøkonomisk status, hadde de høyeste nivåene av kaldhetstrekk. Gen-typen fører til mangel på serotonin som kan gi økt risiko for utvikling av antisosiale avvik preget av ufølsomhet og likegyldighet. På en annen side kan sosioøkonomisk status og depresjon hos mor utløse atferdsvansker, særskilt hvis barnet har et medfødt vanskelig temperament (Smith, 2004). I tillegg spiller dysfunksjoner i amygdala en rolle i forhold til denne gruppens lave frykt (Loney, m.fl., 2006). I forhold til miljømessige faktorer viser forskningsresultater at svake foreldreferdigheter er sterkt assosiert med atferdsvansker uten kaldhetstrekk. Det er imidlertid ingen enighet om hvilken rolle foreldreferdigheter spiller for kaldhetstrekkets relasjon til utvikling av alvorlige atferdsproblemer.

Ut i fra de foregående teoriene viser det seg å være noe endring i forskningen. Tidligere hevdet man at foreldrerelasjoner og foreldreferdigheter spilte en rolle i forhold til barnets utvikling av kaldhetstrekk (primær- psykopati) og dets relasjon til utvikling av alvorlige atferdsproblemer. Senere forskning viser derimot at foreldreferdighetene ikke er noen sterk bidragsyter til barnets antisosiale atferd hos de som besitter kaldhetstrekk. Foreldreferdigheter har imidlertid stor innvirkning på utvikling av antisosialitet hos barn med lave nivåer av kaldhetstrekk. Dette tyder dermed på at barn med høye nivåer av kaldhetstrekk ikke vil få samme utbytte av PMTO som barn med lave nivå.

De ulike undersøkelsene viser med andre ord at det er uenighet på feltet i hvilken grad kaldhetstrekkene kan reduseres ved hjelp av styrkede foreldreferdigheter som blant annet inkluderer varme og omsorg. Likevel ser det ut til at hovedtyngden av forskningen jeg viser til i oppgaven hevder at gode foreldreferdigheter er nødvendig for å redusere antisosial atferd med lave nivå av kaldhetstrekk. Det kan dermed se ut som at nettopp gode foreldreferdigheter er et viktig grunnlag for å kunne redusere/stoppe denne type atferd. Mye tyder også på at samspill mellom gener og miljø spiller inn på utviklingen av antisosial atferd. Har man disponible gener er man i større risiko for å utvikle antisosial atferd på grunn av skadelige oppvekstbetingelser.

For å legge til rette på best mulig måte for disse barna, er det som tidligere nevnt avgjørende å kunne redusere/stoppe en antisosial utvikling. Dette bør skje på et tidligst mulig tidspunkt i barnets liv, fordi muligheten for å redusere/stoppe atferdsvansker er størst tidlig i

utviklingsforløpet. I følge tidligere forskning viser Parent Management Training-Oregonmodellen seg å være effektivt for barn med alvorlige atferdsvansker (Ogden & Amlund Hagen, 2008). Det ville derfor være grunn til å anta at PMTO ville være effektivt også for barn med kombinasjonen antisosial atferd og lave nivå av kaldhetstrekk, siden disse barna påvirkes av foreldreferdigheter. I tillegg var det også interessant å se om behandlingsmetoden ville være like effektivt på barn som viser høye nivå av å være kalde, ufølsomme og viser mangel på empati.

Effektstudien av PMTO med eldre og yngre barn viser at barn som har mottatt PMTO viser større sosial kompetanse enn barn som har mottatt vanlige tjenester. Foreldrene som har mottatt PMTO viser også bedre grensesettingskompetanse i forhold til foreldre som har mottatt vanlige tjenester (Ogden & Hagen, 2008).

Når det gjelder effekten av behandlingen, viser tidligere studier at de yngste barna er de med størst utbytte. Dette kommer særlig frem i lærerrapporterte skjema, hvor de yngste barna var de som skåret lavest på atferdsvansker etter behandling i forhold til de som mottok vanlige tjenester. Dette resultatet kom ikke frem hos de eldre barna (Ogden & Hagen, 2008). Årsaken til at det ikke kom frem kan være at de eldre barna har en lengre historie i å nedkjempe foreldrene, og man kan muligens se et klarere mønster av «tvingende samspill» som Patterson (1982) hevder er drivkraften i utviklingen av antisosial atferd. Dette kan videre føre til at foreldrene ønsker å unngå konflikter, og velger den enkleste utveien ved å gi etter for barnets vilje, kanskje fordi barnet kommer med kraftfulle angrep mot foreldrene som kan innebære slag, spark eller roping. Hvis foreldrene velger å la barnet få sin vilje med en slik atferd, betyr også det at man forsterker den negative atferden, slik at barnet vet at det lykkes med å få sin vilje gjennom en slik atferd. En annen mulighet kan være at foreldrene svarer hardt tilbake til barnet for å gjenvinne kontroll. Dette kan medføre at familien vokser seg enda mer dysfunksjonell og dermed støtes foreldrene og barnet enda lenger fra hverandre, som kan medføre at de oppholder seg på forskjellige steder til forskjellige tider, som igjen fører til mindre foreldretilsyn og oppfølging. En årsak til det kan være at barnet tilbringer mer tid utenfor hjemmet med andre jevnaldrende, som kanskje bidrar til en opprettholdelse av den antisosiale atferden. I tillegg blir forventningene til barnet større desto eldre barnet blir, både atferdsmessig og akademisk, som igjen kan forverre den allerede eksisterende problematferden til barnet (Ogden & Hagen, 2008).

Hva som burde gjøres for å forbedre behandlingsmodellen for eldre barn, representerer både et mål og en utfordring for forskere. Siden jevnaldrende blir vesentlig mer viktig og innflytelsesrik desto eldre barnet blir, blir også kontroll på jevnalderrelasjoner og å fremme jevnalderrelasjonelle ferdigheter viktige, siden antisosiale barn har vanskeligheter med å forholde seg prososialt til andre barn og tilpasse seg forventninger til atferd. Dessuten kan det også godt hende at den antisosiale atferden frastøter prososiale barn (Patterson m.fl.1993; Ogden 2010b). I tillegg blir også, som tidligere nevnt, kravene på skolen større desto eldre barnet blir. Dette gjør det derfor enda mer nødvendig å legge større vekt på å endre negative situasjoner i skolesammenheng. For terapeutene innebærer dette derfor et nært samarbeid med lærere og annet skolepersonell for å forebygge eller endre negative situasjoner som kan eller har oppstått (Ogden & Hagen 2008:619).

Oppfølgingsstudie som ble gjennomført ett år etter behandling viser også at sosial kompetanse ble økt, i tillegg til at atferdsvanskene ble redusert, og foreldrene skåret høyere på grensesetting enn hva foreldre som mottok vanlige tjenester gjorde. Det kan være enten på grunn av familiesplid, stress hos foreldrene eller negative livserfaringer (Reyno & Mcgrath, 2006). Årsaken til stresset kan ligge i lav sosioøkonomisk status. Lav utdanning og lav inntekt kan tenkes å være deler innenfor sosioøkonomisk status som kan moderere behandlingsutfallet. Foreldre med høy utdanning kan kanskje ha lettere for å ta til seg det de lærer i løpet av foreldretreningen, som igjen vil øke motivasjonen hvis man ser en progresjon.

Kazdin (2002) hevder at for at behandlingseffekten skal vedvare over tid, må foreldrene vedlikeholde sine foreldreferdigheter. Hvis ikke dette blir gjort kan det være en bidragsyter til beskjedne resultat i oppfølgingsstudier. 2/3 av behandlingen avsluttes etter enighet mellom terapeut og foreldre. En telefonsamtale etter en 3 måneders tid for å se om den positive utviklingen er stabil er kanskje ikke god nok oppfølging? Her burde det kanskje være hyppigere kontakt rett etter avsluttet behandling som avtar etter hvert, når man er sikker på at den prososiale atferd er stabil. Foreldre kan også avslutte behandlingen hvis de føler at det er barnet det er noe galt med og ikke de selv, og mener derfor det er barnet som burde behandles. Dessuten kan foreldrene mangle motivasjon for å gjennomføre behandlingsprogrammet fordi de kanskje føler seg tvunget til behandlingen gjennom for eksempel barnevernet (Flock & Solholm, 2004). For å hindre at foreldrene forlater programmet burde noe gjøres for at foreldrene skal få motivasjon til å bli værende. Her kan det være viktig å vinkle behandlingen til noe positivt. Det vil ikke bare være viktig med ros av barnet ved positiv atferd, men også foreldrene for at de skal få en mestringfølelse og føle seg

nyttige. Det vil også være viktig at de føler at de lever opp til krav og forventninger om selveksponering og ferdighetstrening, og at de gis mulighet for regelmessig tilbakemelding til terapeuten i løpet av behandlingsperioden. Disse tiltakene kan muligens bidra til at foreldrene ikke uteblir eller utsetter avtaler.

I forhold til antisosiale barn med kaldhetstrekk, viser utviklingsstudier at kaldhetstrekk har moderat betydning for forholdet mellom foreldreferdigheter og atferdsproblemer.

Undersøkelser viser også her at dårlige foreldreferdigheter er bare assosiert med atferdsvansker hos barn uten høye nivå av kaldhetstrekk (Oxford m.fl., 2003). Ut i fra de ulike undersøkelsene kan det tyde på at barn med lave nivå av kaldhetstrekk kan ha muligheter for utbytte av foreldretrening i forhold til å styrke foreldreferdighetene. Tidligere undersøkelser tyder på at barn med kaldhetstrekk er belønningsorientert, og viser lite ingen reaksjon på straff (Blair, 1999). Dermed kan det være ekstra viktig for disse barna at behandlingen fokuserer på å forsterke positiv atferd, og ha fokus på belønningskomponenter. Disse resultatene tyder på at kaldhetstrekkene har en innvirkning på behandlingen, og derfor kan det være viktig at behandlingen justeres etter barnets behov. Dette innebærer at barn med kaldhetstrekk kan motta foreldretrening hvor det da legges fokus på belønningsorienterte komponenter, og ser bort i fra eller fokuserer mindre på grensesetting siden barna ikke er mottakelig for disse. Dette er med tanke på at barn med kaldhetstrekk viste ineffektivitet for pausetid. På grunn av negativ atferd under pausetiden vil den også gi dårligere effekt.

Det kan være problematisk å redusere fokus på grensesetting, fordi å mestre grensesetting kan være en avgjørende faktor i behandlingen i forhold til at prognosen for barna økes. Likevel viser forskning at komponenten grensesetting er den delen av behandlingen som fører til flest uteblivelser. Til tross for at hos de familiene som mestrer denne komponenten, bedres prognosen for barna (Flock & Solholm, 2004). For de familiene med barn med kaldhetstrekk, vil det derimot virke vanskeligere siden disse barna ikke responderer på grensesetting. Dette forekommer særskilt i de familiene med barn med høye nivå av kaldhetstrekk.

I tillegg til fokus på komponenter som kan bidra til endring av atferd, og eventuelt mindre fokus på deler i behandlingen som mest sannsynlig ikke vil gi effekt, kan motivasjon også være en viktig faktor for et godt behandlingsresultat. Brukermedvirkning er derfor tatt med i oppgaven for å diskutere om dette kan øke motivasjonen gjennom behandlingen, og dermed gi bedre effekt så vel som å hindre at behandlingen blir avsluttet før den skal. Enkelte hevder at PMTO manualen er altfor fastlåst og lite tilpassningsvennlig. I følge PMTO- terapeutene er

det også uklart om det er barna som er brukere av tjenesten (Slettebø m.fl., 2004). Foreldrenes motivasjon må aldri tas for gitt. Å ha et barn med alvorlige atferdsvansker er tungt, og foreldrenes motivasjon vil derfor variere. Dette gjelder særlig hvis progresjonen er liten (Flock & Solholm, 2004). Brukermedvirkning kan øke foreldrenes motivasjon, og mangler man selvstyring er det vanskelig å bli motivert. Foreldrene bør få gi uttrykk for sine meninger og hva dem tenker er viktig for å kunne oppnå et best mulig behandlingsutfall, for å kunne sikre brukermedvirkning (Slettebø, 2010).

I følge Hennem (2006:34) kan brukermedvirkning likevel bli vanskelig med tanke at PMTO er et evidensbasert tiltak, og et evidensbasert tiltak kan i følge henne ikke fravike behandlingsmanualen. Dette innebærer at PMTO har behov for medvirkning innenfor behandlingsmanualens rammer, og det burde utrettes klare brukermedvirkningsretningslinjer, både for foreldrene og barnet, på hvordan brukerne kan medvirke i de ulike tiltakene. Videre kan det være viktig å utvikle rutiner for hvordan barn og foreldre kan evaluere det enkelte tiltak ved avslutningen, som for eksempel, hva har fungert og hva har ikke fungert. (Slettebø m.fl.2010). Dessuten kan det å ta stilling til barnets ønsker, bidra til å øke barnets motivasjon. Dette kan innebære å involvere barnet oftere i terapitimene, gi barnet delmål som det er i stand til å nå, og å bruke belønningskomponenter for hvert delmål det oppnår. Her kan det kanskje også være viktig at belønningskomponentenes innhold øker i takt med barnets utvikling for å underbygge progresjonen. Det å gi barnet delmål underveis med belønninger for oppnådde mål kan øke barnets motivasjon, spesielt hos de barna med kaldhetstrekk som mest sannsynlig bare responderer på belønningskomponenter.

Videre i oppgaven kjørte jeg analyser for å svare på problemstillingen om; barn med kaldhetstrekk responderer i samme grad på behandlingsmetoden som barn med alvorlige atferdsproblemer, men uten kaldhetstrekk. Ut i fra teorien jeg har presentert i oppgaven kom jeg fram til følgende hypotese i kapittel 4;

PMTO vil fungere bedre for familier med barn med alvorlige atferdsproblemer uten kaldhetstrekk, enn for de familiene som har barn med både alvorlige atferdsproblemer og kaldhetstrekk.

For å gjennomføre analysene, ble det som nevnt i kapittel 5, utført hierarkisk multippel regresjonsanalyse hvor det ble kontrollert for pre-skår i hver enkelt av de ni analysene som ble kjørt. I tillegg ble alvorlige atferdsproblemer (CP), observerte- og foreldrerapporterte

kaldhetstrekk, inkludert i analysene som uavhengige variabler for å teste hvordan de ulike variablene kunne påvirke behandlingsutfallet.

Ut i fra analysene som ble kjørt, viste det seg å være en sammenheng mellom foreldrerapporterte- og lærerrapporterte skjema. Både i tabell 1, eksternealisert problematferd (CBCL) og tabell 7, eksternealisert problematferd (TRF) var resultatene jevne. Dette viste seg også for tabell 4, oppmerksomhetsproblemer (CBCL) og tabell 8, oppmerksomhetsproblemer (TRF). At både foreldrene og lærerne svarer det samme i forskjellige kontekster, tyder på at undersøkelsen også har en større grad av validitet. Svarene viste imidlertid at det kun var observerte kaldhetstrekk som ga et signifikant unikt bidrag til endring av alle fire måleinstrumentene etter avsluttet behandling. Resultatene fra analysene viste dermed at PMTO var mindre effektivt for de som koderne observerte som mer kalde/ufølsomme. Dette tilsier at kaldhetstrekkene påvirket behandlingen av eksternealiserte problemer- og oppmerksomhetsproblemer både i CBCL og TRF. PMTO ser da ikke ut til å kunne endre disse problemene hos barn med kaldhetstrekk. Foreldrenes rapportering av alvorlige atferdsproblemer (CP) eller kaldhetstrekk, så imidlertid ikke ut til å ha noen innvirkning på behandlingsresultatet. Årsaken til at behandlingen var mindre effektiv for de barna som koderne observerte som mer kalde/ufølsomme, kan være som tidligere nevnt at det var komponenter i behandlingen som de ikke var mottakelige for, da spesielt foreldrenes bruk av grensesetting.

Resultatet i tabell 2, daglig foreldrerapportert problematferd (PDR) og tabell 5, foreldrerapportert sosial kompetanse (SSRS) viste at det var ingen av de tre rapporterte uavhengige variablene (CP og kaldhetstrekk) som ga et signifikant bidrag på endring fra før-til etter avsluttet behandling, og dermed så det heller ikke ut til å være noen signifikant forskjell mellom de som skåret høyt og de som skåret lavt på disse variablene. Disse resultatene var de eneste i analysene som viste at PMTO kan fungere siden kaldhetstrekkene ikke påvirker behandlingen her. Dette vil med andre ord si at PMTO kan endre barns sosiale kompetanse.

Som vi kunne se i tabell 3 viste det seg av regresjonsanalysen at PMTO behandling ser ut til å være mindre effektivt i behandling av internaliserte atferdsproblemer (CBCL) i de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ufølsomme før behandlingsstart, siden kaldhetstrekkene påvirker behandlingen. I forhold til foreldrerapportert CP, viste regresjonsanalysen en signifikant endring på .05 nivå. Dette tilsier dermed at disse barna

fremdeles har alvorlige atferdsproblemer ved test etter behandlingsslutt. Dette betyr dermed at behandlingen ikke har fungert i forhold til å redusere alvorlige atferdsvansker og kaldhetstrekkene hindrer PMTO i å endre internalisert atferd i følge CBCL. En grunn til det kan være at vanskene ikke var så store innenfor internaliserte problemer. Kaldhetstrekk-angst ser imidlertid ikke ut til å ha noen innvirkning på dette behandlingsresultatet og påvirker da heller ikke hvordan PMTO fungerer.

Av analysene som ble kjørt på lærerrapportert (TRF) internalisert atferd (i tabell 6), viste også imidlertid bare alvorlige atferdsproblemer (CP) en unik signifikant endring (.16) på .05 nivå. Resultatet tilsier dermed at barn som skårer høyt på CP fremdeles har alvorlige atferdsproblemer etter behandling. Observerte kaldhetstrekk viser en marginal signifikans på .05 nivå, ved .058, mens foreldrerapporterte kaldhetstrekk-angst ser imidlertid heller ikke her ut til å ha noen innvirkning på dette behandlingsresultatet. Grunnen til at observerte kaldhetstrekk her viste en marginal signifikans på .058, kan være fordi utvalget ikke er stort nok. Hadde utvalget vært enda større ville statistisk power økt og kunne gitt utfallet enten et unikt signifikant bidrag til endring, eller ført resultatet enda lengre vekk fra å være signifikant. I tillegg viser lærerrapportert- og foreldrerapportert internalisert problematferd, like resultat i ulike kontekster, noe som kan tyde på at behandlingsresultatet kan generaliseres i tillegg til at undersøkelsen kan ses på med større grad av validitet.

I tabell 9 viste regresjonsanalysen at det også er kun observerte kaldhetstrekk som gir et signifikant unikt bidrag på endring av lærerrapportert sosial kompetanse etter avsluttet behandling, $t(1, 159) = 3.34, p < .05, \beta = 1.5$). PMTO behandling ser dermed også her ut til å være mindre effektivt i behandling av sosial kompetanse i skolen hos de familiene som har barn som koderne observerte som mer kalde/ufølsomme før behandlingsstart. Foreldrenes rapportering av alvorlige atferdsproblemer (CP) ser ikke ut til å ha noen innvirkning på behandlingsresultatet. Foreldrerapporterte kaldhetstrekk-angst viser en marginal signifikans på .056, som kan tyde på at barna viser kaldhetstrekk etter behandlingsslutt. Som nevnt i tabell 6, kunne resultatet også her vist et signifikant unikt bidrag til endring hvis statistisk power ble økt i undersøkelsen.

Resultatene fra regresjonsanalysene tyder på at hypotesen stemmer. Itemene som ble brukt for å trekke fra angst, viste seg å bety lite for behandlingsutfallet. At resultatene fra analysene stemmer overens med resultatene fra tidligere undersøkelser, kan tyde på at resultatene er generaliserbare og at utvalget er representativt. Til tross for dette, fremkommer det ikke i

analysene noe om hvilke faktorer (komponenter) i behandlingsmetoden som kan påvirke behandlingsutfallet, og vi får derfor ikke vite hvilke deler av behandlingen som fungerer eller ikke fungerer. Antakelsene på hvorfor resultatene viser som de gjør, baseres derfor kun på tidligere forskning på feltet.

Grensesetting kan som tidligere nevnt være en årsak til at behandlingen ikke fungerer, siden barn med høye nivå av kaldhetstrekk ikke er mottakelige for denne komponenten, fordi de viser ingen reaksjon på grensesettingen. Tidligere forskning viste altså at de er lite mottakelige for pausetid eller tap av gode (Hawes & Dadds, 2005). I forhold til positiv involvering er det mulig at barn med høye nivå av kaldhetstrekk ikke vil respondere siden de har et følelseløst forhold til foreldrene og dermed vil også utbyttet av komponenten positiv involvering svekkes. Til tross for dette hevder Patterson at PMTO fungerer gjennom blant annet positiv involvering. En årsak til det kan være at positiv involvering inneholder også bruk av ros og små belønninger ved at foreldrene er oppmuntrende, og motiverer barnet til nye og utfordrende ferdigheter (Askeland, 2004), som kan bidra til å øke positiv atferd hos barn med kaldhetstrekk.

Hvis barnet og foreldrene har vokst seg inn i negative samspillsmønstre kan det være vanskelig å ha et tett tilsyn med barnet, vite hva barnet gjør, og hvor det befinner seg hen til enhver tid. Et barn med høye nivå av kaldhetstrekk vil mest sannsynlig ikke vise noen form for angst for å utsette seg selv for farer, som kan innebære både psykiske og fysiske skader. Desto viktigere vil tilsyn og oppfølging være for disse barna. Her kan det kanskje lønne seg å bygge opp under en relasjon som i utgangspunktet allerede er positiv, hvis dette eksisterer. I forhold til problemløsning kan barnet oppleve at det gjennom problemløsningsstrategier kan påvirke avtaler og regler som blir satt i familien og gi forutsigbarhet i hverdagen (Apeland, 2004). Dette kan likevel være vanskelig for barn med høye nivå av kaldhetstrekk fordi de mest sannsynlig vil forholde seg likegyldig til avtaler og regler, særlig for eldre barn, siden forbedring av behandlingsmodellen generelt for barn med bare antisosial atferd representerer både et mål og en utfordring for forskere.

Oppmuntring av ferdigheter og positiv involvering derimot, vil antakeligvis være de eneste komponentene i PMTO behandlingen som barn med høye nivå av kaldhetstrekk kan ha utbytte av. Det vil være grunn til å anta dette siden tidligere forskning viser at disse barna er mottakelige for belønningskomponenter (Hawes & Dadds, 2005). Under oppmuntring av ferdigheter mottar barna oppmuntring gjennom ros, men også gjennom bruk av

oppmuntringstegn som klistermerker, klinkekuler, eller kjeks (Pettersen, 2010). Til tross for at oppmuntring av ferdigheter og muligens positiv involvering fungerer, er ikke dette utslagsgivende i mine analyser. En grunn til det kan være at to komponenter som fungerer, ikke vil være tilstrekkelig for en reduksjon i atferdsvansker og kaldhetstrekk. Alt i alt er barn som viser høye nivå av kaldhetstrekk lite mottakelige for foreldreferdigheter. Det er lite forskning gjennomført på dette fagfeltet, men det er likevel viktig for å kunne hjelpe disse barna til å tilpasse seg samfunnets normer og regler, så vel som sosiale normer og regler, og burde derfor være en forskningsprioritet.

Selv om PMTO er et godt implementert tiltak for barn og unge med antisosial atferd, sier ikke behandlingen noe om at det kan være visse undergrupper av antisosial atferd som kan ha behov for ulike tilnærminger til intervensjonen (White 2010:10). PMTO burde kanskje tilpasses i retning mot at behandlingen bør ta individuelle hensyn, i forhold til hvilke foreldreferdigheter det burde trenes mest på. Det er også individuelt hva som burde gjøres i forhold til grensesetting. I enkelte tilfeller burde muligens grensesetting fokuseres mer på, mens i andre tilfeller kan det muligens være mest effektivt å fokusere mindre på grensesetting, slik som hos barn med kaldhetstrekk, siden disse barna trolig ikke er mottakelig for dette. Det vanskelige med å gjennomføre dette vil mest sannsynlig være at grensesetting er en viktig komponent innenfor PMTO, og i tillegg kan det kanskje være vanskelig å unnlate noen komponenter siden «callous- unemotional traits» ikke er en diagnose og er derfor kanskje ikke like enkelt å tilrettelegge behandlingen etter. Det kan videre tenkes at barn med kaldhetstrekk muligens burde henvises til en spesiell type behandling rettet mot denne type atferd. Et annet alternativ kan være å få lagt til ekstra komponenter i behandlingen rettet mot å redusere kaldhet, eller eventuelt at disse barna kan motta en tilleggsbehandling for psykopatiske trekk, altså en kombinasjonsbehandling med tanke på at PMTO mest sannsynlig alene ikke vil strekke helt til. Det kan dermed være viktig å kvalitetssikre behandlingen med større fokus på flere arenaer som skole og muligens behandling rettet mot barnet selv. Derfor burde muligens disse barna kunne «luke» ut ved pretest slik at de kan motta en annen form for behandling eller eventuelt en kombinasjonsbehandling som kan redusere kaldhetstrekkene. Her kan også barnetrening eller lærertrening være et alternativ. Kombinasjonsbehandling kan være ekstra nødvendig for de barna med høye nivå av kaldhetstrekk. Eyberg m.fl. (2008) hevder også at behandlinger som kan ses på som mest effektive, er multikomponent-behandlinger, som blir skreddersydd til en bestemt lidelse og til den enkelte pasient. Til tross for dette viser forskning at i forhold til behandling rettet mot psykopati, vil behandling som bygger på sosiale

læringsprinsipper mest sannsynlig være de mest effektive behandlingene (Harris & Rice, 2006), derfor vil trening med foreldrene muligens utgjøre en stor del av behandlingen.

I forhold til dysfunksjoner i amygdala (Marsh m.fl., 2008), lave hvile- kortisolnivå (hos gutter) (Loney m.fl., 2006) og lave nivå av serotonin (Sadeh m.fl, 2010), kan det også tenkes at medisinerer av ulik variant kan utgjøre en del av behandlingen, for å kunne «rette opp» dysfunksjonene i amygdala, øke hvile- kortisolnivået (hos gutter) og i tillegg øke nivå av serotonin i hjernen. Det kan tenkes at medisinerer kan gjøre barnet mer mottakelig for foreldretreningen hvis medisinerene kan bidra til å øke frykt og redusere et følelsesløst forhold til foreldre og jevnaldrende, som særskilt gjelder barn med høye nivå av kaldhetstrekk.

For at PMTO behandling skal ha signifikant effekt på barn med (høye nivå av) kaldhetstrekk, bør det muligens også settes opp et belønningsorientert program for å øke prososial atferd og redusere antisosial atferd. I følge White (2008) er denne muligheten ennå ikke empirisk testet, og det finnes i tillegg en rekke potensielle problemer med påstanden om at et individbasert program vil kunne redusere effekten av kaldhetstrekkene på antisosial atferd. Frick (1998b) hevder at de fleste behandlinger som er utviklet og testet for behandling av atferdsvansker, retter primært fokuset på prosesser som ikke inkluderer barn med kaldhetstrekk, men snarere mot for eksempel dysfunksjonelle foreldre. Tiltak for økt empatisk respons eller økt belønningsrettede intervensjoner, vil sannsynligvis være mer effektive for denne gruppen barn med atferdsvansker (Frick m.fl. 2003b). I tillegg til å finne hvilke komponenter som vil være viktige videre for disse barna, kan forskningen bidra til å avdekke risikofaktorer, som igjen vil bidra til å utvikle forebyggingsprogrammer. Ved å få en bedre forståelse av prosessene som er involvert i de ulike utviklingsmessige veiene til dårlig regulert atferd, kan forskere bli i stand til å utforme tiltak som kan iverksettes så tidlig som mulig i utviklingsforløpet, som dermed også kan forhindre at det utvikles høye nivå av kaldhetstrekk. Dermed vil det også ligge en mulighet for å guide neste generasjon angående intervensjonsprogrammer som er utviklet til å forebygge eller behandle slike problemer (Frick m.fl. 2003b).

I følge tidligere forskning er det tydelig uklart hva som er mest effektivt for å behandle barn med både antisosial atferd og kaldhetstrekk. Det er likevel tydelig at kaldhetstrekk kan være vanskeligere å behandle enn andre barn med bare alvorlige atferdsvansker, med tanke på at det ikke finnes noen definert behandlingsmetode med god effekt for disse barna. Det kommer også klart frem i analysene jeg har kjørt, at PMTO- behandling ikke fungerer i samme grad for barn med antisosial atferd, i forhold til barn med antisosial atferd og kaldhetstrekk.

Likevel er det ingen kontrollgruppe, og det kan derfor ikke konkluderes med at PMTO er virksomt eller ikke for barn med høye nivå av kaldhetstrekk. Både analysene i denne studien og tidligere undersøkelser viser at kaldhetstrekkene modererer behandlingsutfallet av foreldretrening, og det viser seg og være ingen eller liten grad av sammenheng mellom svake foreldreferdigheter og høye nivå av kaldhetstrekk. Desto høyere man skårer på varm desto mer sannsynlig er det at man vil oppnå bedre utbytte av behandlingen, siden barn med lave nivå av kaldhetstrekk er mer mottakelig for foreldrekomponentene i PMTO- behandlingen. For å kunne få grunnleggende kunnskap om hva som fungerer best av behandlingstilbud for barn med kaldhetstrekk, bør en randomisert kontrollstudie forekomme. Her burde det i tillegg brukes flere instrumenter for å kartlegge kaldhetstrekk. Det er også mulig at det tar lengre tid før foreldretrening virker for denne gruppen. Behandlingsgruppene bør derfor følges over tid i en kommende studie.

6.1 Begrensninger ved undersøkelsen

Måleinstrumentene CBCL og TRF som er brukt i undersøkelsen er standardiserte, validerte og tilpasset norske forhold bør ses på som en styrke (Nøvik, 1999 & Lurie, 2006). Dette gjelder også SSRS, som er tidligere blitt modifisert fra en 3-punkt til en 4-punkt skala, slik at ujevnheterne innenfor sosial kompetanse har større grad mulighet til å bli oppdaget. Høyere skår indikerte høyere nivå av sosial kompetanse. Med bare en 3-punkt skala fant lærene det vanskelig å skille mellom de elevene med høyest sosial kompetanse (Sørliie m.fl., 2008:128). I tillegg har PDR blitt tilpasset norske forhold av amerikanske og norske forskere for å kunne brukes som verktøy i norske studier (Ogden & Hagen, 2008:611). Til tross for at måleinstrumentene har blitt tilpasset norske forhold, kan det likevel forekomme at måleinstrumentene ikke måler det de faktisk skal måle. Det kan også ha forekommet feil ved skåring av resultatene. I tillegg manglet det en del svar ved posttest som også kan svekke validiteten av undersøkelsen.

Undersøkelsen som er gjennomført er i utgangspunktet ikke laget for å se på kaldhetstrekk. Jeg og min veileder har laget en variabel på kaldhet, for å kunne se om dette kunne påvirke

behandlingsutfallet. Dermed blir undersøkelsen ad hoc, fordi variabelen er laget for å kunne besvare hypotesen, som igjen kan gjøre undersøkelsen mer usikker.

Litteraturliste

- Aasebøe, Lillian. (2006). *Parent Management Training, Oregon- Modellen PMTO*. Foreldre Og Fagfolk I Samspill: Behandling Av Psykiske Vansker Hos Barn Og Unge. edited by Inger. Halvorsen, Ropstad, Ida., Rund, Bjørn R., Seltzer, Wencke J. Stavanger: Hertervig forlag.
- Abrahamowitz, Finn. (1999). *Psykologi Leksikon*. København: Høst og Søns Forlag.
- Achenbach, Thomas M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 Cbcl/4-18, Ysr, and Trf Profiles*. Burlington; University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Addeso, Vincent J. & Lipson, Joel W. (1981). "Group Training of Parents as Therapists for Their Children." *Behavior Therapy*, no. 12 (625-633).
- Apeland, Anett. (2004). "Problemløsning". In *Pmto- Håndbok*, edited by Roar Solholm, Christiansen, Terje. Oslo: M. Seyfarths trykkeri AS.
- Askeland, Elisabeth. (2004). *Positiv Involvering*. *Pmto-Håndbok*. edited by Roar & Christiansen Solholm, Terje. (2004) [Oslo]: Atferdsenteret - norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis.
- Atferdssenteret. (2012) "4. Være Sammen – Positiv Involvering." Lastet ned 28.05.12
<https://www.pmto.no/tips-forside/4.-vaere-sammen-positiv-involvering/>.
- Bagner, Daniel M. & Eyberg, Sheila M. (2003). "Father Involvement in Parent Training: When Does It Matter?". *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 32, no. 4 (599-605).
- Berg-Nielsen, Turid S. (2010). *Følsom, Formbar Og Uferdig*. Epigenetikk, Utvikling Av Hjernen Og Stressbarhet. Sårbare Unge. Nye Perspektiver Og Tilnærminger. edited by Edvard. Befring, Frønes, Ivar., Sørli, Mari-Anne. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Bjørnebekk, Gunnar & Gjesme, Torgrim. (2009). *Future Time Orientation and Temperament: Exploration of Their Relationship to Primary and Secondary Psychopathy.* edited by Psychological reports, 275-92. Oslo.
- Blair, R.J.R. (1999). *Responsiveness to Distress Cues in the Child with Psychopathic Tendencies.* Personality and Individual Differences 27, no. 1 (135-145).
- Brennan, Patricia A., Grekin, Emily R. & Mednick, Sarnoff A. (1999). *Maternal Smoking During Pregnancy and Adult Male Criminal Outcomes.* Archives of general Psychiatry 56, no. 3 (215-219).
- Brennan, Patricia A., Mednick, Sarnoff. & Kandel, Elizabeth. (1991), ed. *Congenital Determinants of Violent and Property Offending.* edited by Debra J. Pepler, Rubin, Kenneth H., The Development and Treatment of Childhood Aggression. USA: Routhledge.
- Brestan, Elizabeth V. & Eyberg, Sheila M. (1998). *Effective Psychosocial Treatments of Conduct-Disordered Children and Adolescents: 29 Years, 82 Studies, and 5,272 Kids.* Journal of Clinical Child Psychology 27, no. 2 (180-189).
- Brunner, Dani. & Hen, Renè. (1997). *Insights into the Neurobiology of Impulsive Behavior from Serotonin Receptor Knockout Mice.* Annals of the New York Academy of Sciences 836, no. 1 (81-105).
- Bø, Inge & Helle, Lars. (2002). *Pedagogisk Ordbok. Praktisk Oppslagsverk I Pedagogikk, Psykologi Og Sosiologi.* Otta: universitetsforlaget.
- Bø, Inge & Helle, Lars. (2008). *Pedagogisk Ordbok.* Oslo: universitetsforlaget. 2. utgave.
- Christiansen, Terje. (2005), ed. *PMTO (Parent Management Training- Oregonmodellen)- En Modell for Positivt Samspill Mellom Barn Og Foreldre.* edited by Liv E. Schjelderup, Omre, Cecilie., Marthinsen, Edgar., Nye Metoder I Et Moderne Barnevern. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christiansen, Terje. (2004), ed. *Tilsyn Og Oppfølging.* edited by Roar. Solholm, Christiansen, Terje., Pmt0- Håndbok. Oslo: M. Seyfarths trykkeri AS.

- Coon, Hillary., Carey, Gregory., Corley, Robin. & Fulker, David W. (1992). *"Identifying Children in the Colorado Adoption Project at Risk for Conduct Disorder."* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 31, no. 3 (503-511).
- Craft, Michael. Stephenson, Geoffrey. & Granger, Clive. (1964). *"A Controlled Trial of Authoritarian and Self- Governing Regimes with Adolescent Psychopaths."* American Journal of Orthopsychiatry 34, no. 3 (543-54).
- Dadds, Mark R., Whiting, Clare. & Hawes, David J. (2006). *"Associations among Cruelty to Animals, Family Conflict, and Psychopathic Traits in Childhood."* Journal of Interpersonal Violence.
- Dadds, Mark R., Frost, Aaron., Fraser, Jenny. & Hawes, David J. (2005). *"Disentangling the Underlying Dimensions of Psychopathy and Conduct Problems in Childhood: A Community Study."* Journal of Consulting and Clinical Psychology 73, no. 3 (400-410).
- DeGarmo, David S., Patterson, Gerald R. & Forgatch, Marion S. (2004). *"How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane over Time?"*. Prevention Science 5, no. 2.
- Duckert, Mona. (2004), ed. *Oversikt over Behandlingsprogrammet.* edited by Roar. Solholm, Christiansen, Terje. Vol. 4, Pmtø- Håndbok. Oslo: M. Seyfarths trykkeri AS.
- Durlak, Joseph A. (1995). *School- Based Prevention Programs for Children and Adolescents.* edited by Alan Kazdin, Yale University California: Sage Publications.
- Edens, John F., Skopp, Nancy A. & Cahill, Melissa A. (2008). *"Psychopathic Features Moderate the Relationship between Harsh and Inconsistent Parental Discipline and Adolescent Antisocial Behavior."* Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology 37, no. 2 (472-476).
- Eikemo, Terje A. & Clausen, Tommy H. (2007). *Kvantitativ Analyse Med SPSS. En Praktisk Innføring I Kvantitative Analyseteknikker.* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

- Espinoza, Maria Brit. (2001). *Parent Management Training (PMT)*, lastet ned 21.09.11
[Http://Www.Regjeringen.No/Nb/Dep/Bld/Tema/Barnevern/Hjelpetiltak-I-Hjemmet/Parent-Management-Training-Pmt.Html?Id=415321](http://Www.Regjeringen.No/Nb/Dep/Bld/Tema/Barnevern/Hjelpetiltak-I-Hjemmet/Parent-Management-Training-Pmt.Html?Id=415321)." regjeringen.no.
- Eyberg, Sheila M., Nelson, Melanie M. & Boggs, Stephen R. (2008). "*Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Disruptive Behavior.*" *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 37, no. 1.
- Flock, Monica. & Solholm, Roar. (2004), ed. *Avslutning Og Oppfølging*. edited by Roar. Solholm, Christiansen, Terje., *Pmto- Håndbok*. Oslo: Seyfarths trykkeri AS.
- Forgatch, Marion S., DeGarmo, David S. & Beldavs, Zintars G. (2005). "*An Efficacious Theory-Based Intervention for Stepfamilies.*" *Behavior Therapy* (357-365).
- Forgatch, Marion S. & DeGarmo, David, S. (1999). "*Parenting through Change: An Effective Prevention Program for Single Mothers.*" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, no. 5 (711-249).
- Forgatch, M. S. & Martinez, C. R. (1999). "*Parent Management Training: A Program Linking Basic Research and Practical Application.*" *tidsskrift for Norsk Psykologforening* 36 (923-937).
- Frick, Paul J., Kimonis, Eva R., Dandreaux, Danielle M. & Farell, Jamie M. (2003a). "*The 4 Year Stability of Psychopathic Traits in Non-Referred Youth.*" *Behavioral Sciences and the Law* 21, no. 6 (713–736).
- Frick, Paul J., Cornell, Amy H., Loney, Bryan R., Bondin, Doug S., Dane, Heather E. & Barry, Christopher T. (2003b). "*Callous–Unemotional Traits and Developmental Pathways to Severe Conduct Problems.*" *Developmental Psychology* 39, no. 2 (246-260).
- Frick, Paul J. (1998a). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York: Plenum Press.
- Frick, Paul J. (1998b). *Conduct Disorders*. *Handbook of Child Psychopathology*. edited by Tomas H. & Hersen Ollendick, Michel: New York: Plenum Press.

- Frick, Paul J. & White, Stuart F. (2008). *"Research Review: The Importance Of Callous-Unemotional Traits for Developmental Models Of Aggressive and Antisocial Behavior."* Journal of Child Psychology and Psychiatry.
- Graham, John W., Cumsille, Patricio E. & Elek-Fisk, Elvira. (2003). *"Methods for Handling Missing Data."* Handbook of Psychology. General Psychology.
- Gresham, Frank M., Lane, Kathleen L., MacMillan, Donald L. & Bocian, Kathleen M. (1999). *"Social and Academic Profiles of Externalizing and Internalizing Groups: Risk Factors for Emotional and Behavioral Disorders."* 24, no. 3.
- Gresham, Frank M. & Elliott, Stephen N. (1990). *Social Skills Rating System: Manual.* Circle Pines, Minn.: American Guidance Service.
- Haas, Sarah M., Waschbusch, Daniel A., Pelham jr, William E., King, Sara., Andrade, Brendan F. & Carrey, Normand J. (2011). *"Treatment Response in Cp/Adhd Children with Callous/Unemotional Traits."* Journal of Abnormal Child Psychology 39, no. 4 (541-552).
- Hagen, Kristine A., Ogden, Terje. & Bjørnebekk, Gunnar. (2011). *"Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: Aone- Year Follow- up of Children with Conduct Problems."* Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology.
- Hagen, Kristine A. & Christensen Bernadette. (2010). *Atferdsproblemer Hos Ungdom. Sårbare Unge. Nye Perspektiver Og Tilnærminger.* edited by Edvard. Befring, Frønes, Ivar., Sørli, Mari-Anne (2010) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hare, Robert D. (1972). *Psykopati Teori Og Forskning.* København: Aalborg Stiftsbogtrykkeri.
- Harris, Grant. & Rice, Marnie E. (2006), ed. *Treatment of Psychopathy. A Review of Empirical Findings.* edited by Christopher J. Patrick, Handbook of Psychopathy. New York: The Guilford Press.
- Hastings, Paul D., Zahn-Waxler, Carolyn., Robinson, JoAnn., Usher, Barbara. & Bridges, Dana. (2000). *"The Development of Concern for Others in Children with Behavior Problems."* Developmental Psychology 36, no. 5 (531-546).

- Hawes, David J., Dadds, Mark R., Frost, Aron D.J. & Hasking, Penelope A. (2011). "*Do Childhood Callous-Unemotional Traits Drive Change in Parenting Practices?*". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 40, no. 4 (507-518).
- Hawes, David J. & Dadds, Mark R. (2005). "*The Treatment of Conduct Problems in Children with Callous- Unemotional Traits.*" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73, no. 4 (737- 741).
- Heimdal, Marte R., Dørmænen, Annbjørg. & Træen, Bente. (2008). "*Krangling I Parforhold.*" *Tidsskrift for Norsk Psykologiforening* 45, no. 6 (695-703).
- Hellevik, Ottar. (1991). *Forskningsmetode I Sosiologi Og Statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hennum, Nicole. (2006). "*Evidensbaserte Tiltak Kan Ikke Fravikes Behandlingsmanualen*". *Tidsskrift Norges barnevern*, no. 1.
- Hipwell, Alison E., Pardini, Justin A., Loeber Rolf., Sembower, Mark., Keenan, Kate. & Stouthamer-Loeber, Magda. (2007). "*Callous-Unemotional Behaviors in Young Girls: Shared and Unique Effects Relative to Conduct Problems.*" *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 36, no. 3 (293-304).
- Johannessen, Asbjørn., Tufte, Per A. & Kristoffersen, Line. (2004). *Introduksjon Til Samfunnsvitenskapelig Metode*. Oslo: Abstrakt forl.
- Kazdin, Alan. (2005). *Parent Management Training*. Oxford: Oxford University Press.
- Kazdin, Alan E. (2000). "*Developing a Research Agenda for Child and Adolescent Psychotherapy.*" *Arch Gen Psychiatry*, no. 57 (829-35).
- Kazdin, Alan E., Siegel, Todd C. & Bass, Debora. (1992). "*Cognitive Problem-Solving Skills Training and Parent Management Training in the Treatment of Antisocial Behavior in Children.*" *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, no. 5 (733-747).
- Kazdin, Alan. (1987). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Newbury Park: sage Publications.

- Kjøbli, John. (2009). *Theory and Evidence Based Interventions for Children with Conduct Problems: Exploring Applicability and Underlying Assumptions in Real World Settings*. Oslo: Unipub AS.
- Kjøbli, John & Ogden, Terje. (2009). "Gender Differences in Intake Characteristics and Behavior Change among Children in Families Receiving Parent Management Training." *Children and Youth Services Review* 31 (823-830).
- Kleven, Thor Arnfinn. (2002a). ed. *Begrepsoperasjonalisering*. edited by Torleif. Lund, Innføring I Forskningsmetodologi. Otta: Unipub AS.
- Kleven, Thor Arnfinn. (2002b), ed. *Hvordan Er Begrepe Operasjonalisert? - Spørsmålet Om Begrepsvaliditet*. edited by Finn. Hjordemaal, Tveit, Knut., Kleven, Thor A. (2002), Innføring I Pedagogisk Forskningsmetode. Oslo: Unipub AS.
- Kleven, Thor Arnfinn. (1995). "Reliabilitet Som Pedagogisk Problem." Oslo: Universitetet i Oslo.
- Kochanska, Grazyna. & Aksan, Nazan. (2006). "Children's Conscience and Self-Regulation." *Journal of Personality* 74, no. 6 (1587-1618).
- Kolko, David J. & Pardini, Dustin A. (2010). "Odd Dimensions, Adhd, and Callous-Unemotional Traits as Predictors of Treatment Response in Children with Disruptive Behavior Disorders." *Journal of Abnormal Psychology* 119, no. 4 (713-725).
- Launes, Egil & Solholm, Roar. (2004), ed. *Grensesetting*. edited by Roar. Solholm, Christiansen, Terje., Pmtø- Håndbok. Oslo: Seyfarths trykkeri AS.
- Launes, Egil & Solholm, Roar. (2010), ed. *Grensesetting*. edited by Elisabeth. Askeland, Apeland, Anett., Christiansen, Terje., Solholm, Roar., Håndbok Pmtø. Oslo.
- Loeber, Rolf., Burke, Jeffrey. & Pardini, Dustin A. (2009). "Perspectives on Oppositional Defiant Disorder, Conduct Disorder, and Psychopathic Features." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Loeber, Rolf., Green, Stephanie M., Keenan, Kate. & Lahey, Benjamin B. (1995). "Wich Boys Will Fare Worse? Early Predictors of the Onset of Conduct Disorder in a Six- Year

- Longitudinal Study.*" Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34, no. 4 (499-509).
- Loney, Bryan R., Butler, Melanie A., Lima, Elizabeth N., Counts, Carla A. & Eckel, Lisa A. (2006). *"The Relation between Salivary Cortisol, Callous-unemotional Traits, and Conduct Problems in an Adolescent Non-Referred Sample."* Journal of Child Psychology and Psychiatry 47, no. 1 (30-36).
- Lund, Torleif. (2002). *Kvasi-Eksperimentelle Design. Innføring I Forskningsmetodologi.* Otta: Unipub forlag.
- Lurie, Jim. (2006). *"Teachers' Perceptions of Emotional and Behavioral Problems in 6-12 Year Old Norwegian School Children."* Trondheim: Barnevernets utviklingscenter i Midt- Norge.
- Lykken, David. T. (1995). *The Antisocial Personalities.* Inc. Publicers, Brodway Hillsdale New Jersey.
- Marsh, Abigail A., Finger, Elizabeth C., Mitchell, Derek., Reid, Marguerite E., Sims, Courtney., Kosson, David S., Towbin, Kenneth E., Leibenluft, Ellen., Pine, Daniel S. & Blair, J.R. (2008). *"Reduced Amygdala Response to Fearful Expressions in Children and Adolescents with Callous-Unemotional Traits and Disruptive Behavior Disorders."* The American Journal of Psychiatry 165, no. 6.
- McGabe, Kristen M., Rodgers, Carie., Yeh, May. & Hough, Richard. (2004). *"Gender Differences in Childhood Onset Conduct Disorder."* Development and Psychopathology, no. 16 (179-192).
- Moffitt, Terrie E., Caspi, Avshalom. & Rutter, Michael. (2005). *"Strategy for Investigating Interactions between Measured Genes and Measured Environments."* Arch Gen Psychiatry, no. 62 (473-481).
- Munoz, Luna C. & Frick Paul J. (2007). *"The Reliability, Stability, and Predictive Utility of the Self-Report Version of the Antisocial Process Screening Device."* Scandinavian Journal of Psychology 48, no. 4 (299–312).

- Myers, Mark G., Stewart, David G. & Brown, Sandra A. (1998). *"Progression from Conduct Disorder to Antisocial Personality Disorder Following Treatment for Adolescent Substance Abuse."* The American Journal of Psychiatry 155 (479-485).
- Mørch, Willy- Tore. & Drugli, May-Britt. (2011). *Behandling Som Hjelper Mot Atferdsproblemer*, lastet ned 10.01.12
[Http://Www.Psykologtidsskriftet.No/Index.Php?Seks_Id=144076&a=4.](http://Www.Psykologtidsskriftet.No/Index.Php?Seks_Id=144076&a=4.)"
- Norsk Tourette Forening. *Atferdsproblemer*, lastet ned 10.03.11
<Http://Www.Touretteforeningen.No/Fagartikler/32-Atferdsproblemer.Html.>" Prioritet Norge AS.
- Nurie, Jim. (2006). *"Teacher's Perceptions of Emotional and Behavioral Problems in 6-12 Year Old Norwegian School Children."* Trondheim: Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge.
- Nøvik, Torunn S. (1999). *Validity and Use of the Child Behavior Checklist in Norwegian Children and Adolescents. An Epidemiological and Clinical Study.* Universitetet i Oslo.
- Ogden, Terje. (2010a). *Sosial Kompetanse Og Problematferd I Skolen.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ogden, Terje. (2010b). *Familiebasert Behandling Av Alvorlige Atferdsproblemer Blant Barn Og Ungdom.* The University of Bergen.
- Ogden, Terje & Hagen, Kristine Almlund. (2008). *"Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children with Conduct Problems."* Journal of Consulting and Clinical Psychology 76, no. 4 (607-621).
- Ogden, Terje. (2002), ed. *Kartlegging Og Utredning Av Ungdom Med Alvorlige Atferdsproblemer.* edited by Michael H. & von der Lippe Rønnestad, Anna., Det Kliniske Intervjuet. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ostrov, Jamie M. (2006). *"Deception and Subtypes of Aggression During Early Childhood."* Journal of Experimental Child Psychology 93, no. 4 (322-336).

- Oxford, Mary., Cavell, Timothy A. & Hughes, Jan N. (2003). *"Callous/Unemotional Traits Moderate the Relation between Ineffective Parenting and Child Externalizing Problems: A Partial Replication and Extension."* Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 32, no. 4 (577–585).
- Pardini, Dustin A., Lochman, John E. & Powell, Nicole. (2007). *"The Development of Callous-Unemotional Traits and Antisocial Behavior in Children: Are There Shared and/or Unique Predictors?"*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 36, no. 3 (319-333).
- Pardini, Dustin A. & Loeber, Rolf. (2007). *"Interpersonal and Affective Features of Psychopathy in Children and Adolescents: Advancing a Developmental Perspective Introduction to Special Section."* 36, no. 3 (269-275).
- Pardini, Dustin A., Obradovic, Jelena. & Rolf Loeber. (2006). *"Interpersonal Callousness, Hyperactivity/Impulsivity, Inattention, and Conduct Problems as Precursors to Delinquency Persistence in Boys: A Comparison of Three Grade-Based Cohorts."* Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 35, no. 1 (46-59).
- Patterson, Gerald R. (2002). I Reid, J.B., Patterson, G.R., Snyder, J.J (red). *The Early Development of Coercive Family Process*. Washington DC, US: American Psychological Association.
- Patterson, Gerald R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene, Or.: Castalia.
- Patterson, Gerald R., Chamberlain, Patricia. & Reid, John B. (1982). *"A Comparative Evaluation of a Parent -Training Program."* Behavior Therapy 13, no. 5 (638-650).
- Patterson, Gerald R. & Forgatch, Marion Sue. (2000). *Å Leve Sammen: Foreldre Og Tenåringer: Det grunnleggende*. Oslo: Pax.
- Pettersen, Ragnhild E. (2010), ed. *Oppmuntring*. edited by Elisabeth. Askeland, Apeland, Anett., Christiansen, Terje., Solholm, Roar., Håndbok Pmto. Oslo.
- Remschmidt, Helmut. (2003). *"Multicomponent Treatment Programs for Various Disorders."* Lastet ned 13.04.12 http://www.medscape.com/viewarticle/457724_6.

- Reyno, Sandra M. & McGrath, Patric J. (2006). *"Predictors of Parent Training Efficacy for Child Externalizing Behavior Problems – a Meta-Analytic Review."* The Journal of Child Psychology and Psychiatry 47, no. 1.
- Rutter, Michael. (1972). *Maternal Deprivation Reassessed*. Harmondsworth: Penguin.
- Sadeh, Naomi., Javdani, Shabnam., Jackson, Joshua J., Potenza, Marc N., Verona, Edelyn., Reynolds, Elizabeth K. & Lejuez, C. W. (2010). *"Serotonin Transporter Gene Associations with Psychopathic Traits in Youth Vary as a Function of Socioeconomic Resources."* journal of Abnormal Psychology 119, no. 3 (604-609).
- Seligman, Martin E. P., Walker, Elaine F. & Rosenhan, David L. (2001). *Abnormal Psychology*. New York: Norton.
- Skog, Ole J. (2004). *Introduksjon Til Regresjonsanalyse. Å Forklare Sosiale Fenomener. En Regresjonsbasert Tilnærming*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.
- Skog, Ole J. (1998). *Å Forklare Sosiale Fenomener. En Regresjonsbasert Tilnærming*. Ad Notam Gyldendal: Oslo.
- Slettebø, Tor., Oterholm, Inger. & Stavrum, Ane. (2010). *"Brukermedvirkning I Det Statlige Regionale Barnevernet."* Diakonhjemmet Høyskole.
- Smith, Lars. (2004). *Barn Med Atferdsvansker. En Utviklingspsykopatologisk Tilnæringsmåte*. Kristiansand: HøyskoleForlaget.
- Solholm, Roar., Askeland, Elisabeth., Christiansen, Terje. & Duckert, Mona. (2005). *"Parent Management Training- Oregonmodellen (Pmto), Teori, Behandlingsprogram Og Implementering I Norge."* Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, no. 42.
- Solholm, Roar. (2004), ed. *Bakgrunn- Teori Og Forskning*. edited by Roar. Solholm, Christiansen, Terje., Pmto Håndbok. Oslo: M. Seyfarths trykkeri AS.
- Statistisk Sentralbyrå. (2009). *Inntekt Etter Skatt for Par Med Barn Og Enslige Forsørgere*. Lastet ned 25.01.12
[Http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/default_fr.asp?pxsid=0&nvl=true&planguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&tabellid=03703.](http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/default_fr.asp?pxsid=0&nvl=true&planguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&tabellid=03703)"

- Store Norske Leksikon. edited by Olaf. Kortner, Munthe, Preben., Tveterås, Egil. Oslo: Kunnskapsforlaget, 1988.
- Storvoll, Elisabet Esbjerg. (2004). *Antisocial Atferd I Ungdomstiden: En Studie Av Kjønnforskjeller I Faktorstruktur, Risikofaktorer, Tilleggsproblemer Og Utvikling Med Alder*. Vol. 5/2004, Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Sullivan, John E. & Feldman, Stanley. (1979). "*Multiple Indicators. An Introduction.*" In Quantitative applications in the social sciences, edited by John E. Sullivan. Beverly Hills, London.
- Sørli, Anne- Marie. (2000). *Alvorlige Atferdsproblemer Og Lovende Tiltak I Skolen*. Oslo: Praxis Forlag.
- Sørli, Anne- Marie., Hagen, Kristine A. & Ogden, Terje. (2008). "*Social Competence and Antisocial Behavior: Continuity and Distinctiveness across Early Adolescence.*" Journal of Research on Adolescence 18, no. 1 (121-144).
- Tambs, K. & Moum, T. (1993). "*How Well Can a Few Questionnaire Items Indicate Anxiety and Depression?*". Acta Psychiatrica Scandinavica 87, no. 5 (364-367).
- Taylor, Jeanette., Iacono, William G. & McGue, Matt. (2000). "*Evidence for a Genetic Etiology of Early-Onset Delinquency.*" Journal of Abnormal Psychology 109, no. 4 (634-643).
- Viding, Essi., Larsson, Henrik. (2010). *Genetics of Child and Adolescent Psychopathy*. Handbook of Child and Adolescent Psychopathy. edited by Randall T. Salekin, Lynam, Donald R. New York: Guilford Press.
- Viding, Essi., Frick, Paul J. & Plomin, Robert. (2007). "*Aetiology of the Relationship between Callous-Unemotional Traits and Conduct Problems in Childhood.*" The British Journal of Psychiatry (33-38).
- Viding, Essi., Blair, James R., Moffitt, Terrie E. & Plomin, Robert. (2005). "*Evidence for Substantial Genetic Risk for Psychopathy in 7-Year-Olds.*" The Journal of Child Psychology and Psychiatry 46, no. 6 (592-597).

- Viggen, Eirik D. (2012). *"Amerikansk Oppdragelse for Norske Barn."* Fontene 03.
- Webster- Stratton, Carolyn. (1985). *"Predictors of Treatment Outcome in Parent Training for Conduct Disordered Children."* Behavior Therapy (223-243).
- Webster- Stratton, Carolyn. & Hammond, Mary. (1997). *"Treating Children with Early-Onset Conduct Problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions."* Journal of Consulting and Clinical Psychology 65, no. 1 (93-109).
- Webster- Stratton, Carolyn., Reid, Jamila M. & Hammond, Mary. (2004). *"Treating Children with Early-Onset Conduct Problems: Intervention Outcomes for Parent, Child, and Teacher Training."* Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology 33, no. 1 (105-124).
- White, Stuart F. (2010). *"Examining the Influence of Callous-Unemotional Traits on Outcomes in an Evidence-Based Treatment Program for Delinquent Adolescents."* Doctor of Philosophy in Applied Developmental Psychology.
- White, Stuart F. & Frick Paul J. (2010). *Callous- Unemotional Traits and Their Importance to Causal Models of Severe Antisocial Behavior in Youth.* Handbook of Child and Adolescent Psychopathy. edited by Randall T. Salekin, Lynam, Donald R. New York: Guilford Press.
- Wiebe, Richard P. (2003). *"Reconciling Psychopathy and Low Self- Control "*. Justice Quarterly 20, no. 2 (297-336).
- Wootton, Jane M., Frick, Paul J., Shelton, Karen K. & Silverthorn, Persephanie. (1997). *"Ineffective Parenting and Childhood Conduct Problems: The Moderating Role of Callous- Unemotional Traits."* Journal of Consulting and Clinical Psychology 65, no. 2 (301-308).
- Ørstavik, Ragnhild (2007). *Antisosial Atferd Hos Barn- Gener Eller Miljø?* Lastet ned 16.11.11 [Http://Tidsskriftet.No/Article/1548165.](http://Tidsskriftet.No/Article/1548165)" Tidsskrift for Den norske legeförening, no. 12.

