

"Passer dette for meg?"

*En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre,
foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning*

Margrethe Børresen Brenna



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2014

"Passer dette for meg?"

*En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre,
foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning*

Margrethe Børresen Brenna

© Margrethe Børresen Brenna

2014

"Passer dette for meg?"

En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre, foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning

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

Sammendrag

Forfatter: Margrethe Børresen Brenna

Tittel: *"Passer dette for meg?" En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre, foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning*

Hovedveileder: Terje Ogden

Biveileder: Nikolai Olavi Czajkowski

Bakgrunn: Foreldrerådgivning er en kortvarig strukturert intervensjon siktet mot å forebygge og behandle begynnende atferdsproblemer. Litteraturen beskriver både at aleneforeldre har mindre effekt av foreldretrening, og at det ikke er forskjell i effekt etter foreldretrening på aleneforeldre og familier bestående av to foreldre. Denne studien har som mål å få økt klarhet rundt disse sprikende funnene. Dersom det viser seg at foreldrerådgivning har forskjellig effekt basert på om familien består av en eller to foreldre, har det kliniske implikasjoner. Tiltaket foreldrerådgivning er del av er Tidlig Intervensjon for Barn i Risiko (TIBIR) og er ment for foreldre av barn i alderen 3-12 år som har begynnende eller allerede utviklete atferdsproblemer. Foreldrerådgivning tilbys som et lavterskeltilbud i kommunen ved barnehager, skoler, helsestasjoner, pedagogisk psykologisk tjeneste og i barnevernet. Intervensjonen bygger på samme teoretiske prinsipp som Parent Management Training - Oregon modellen (PMTO) men er mindre omfattende. Tiltaket har vist seg å være et effektivt tiltak for familier med barn med atferdsproblemer.

Metode: Hovedstudien som denne oppgaven er sprunget ut i fra undersøkte effektiviteten av foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten sammenlignet med annen tilgjengelig praksis og ble utført i regi av Atferdssenteret. Denne studien har anvendt data fra 216 familier, hvor barna har begynnende eller allerede utviklete atferdsproblemer. Familiene er rekruttert fra alle landets helseregioner, og ble randomisert til en intervensjonsgruppe som mottok foreldrerådgivning og en sammenligningsgruppe. For å undersøke sammenhengen mellom familiestruktur og endring i foreldreferdigheter samt atferd hos barna, ble det utført multiple regresjonsanalyser på 12 utfallsmål. Utfallsmålene er foreldrerapporterte og lærerrapporterte. Disse inkluderer mål på sosial kompetanse og antisosialitet hos barna, samt foreldreferdigheter.

Resultater: Resultatene tyder på at foreldrerådgivning hadde lik effekt for aleneforeldre og toforeldre i forhold til atferdsmål. De foreldrerapporterte atferdsmålene ECBI og HCSBS

viste nedgang i antisosial atferd og økt sosial kompetanse for både aleneforeldre og toforeldre familiene i intervensjonsgruppen. Den lærerrapporterte atferdsmålet SSBS viste ikke effekt for noen av gruppene. Regresjonsanalysene viste små forskjeller i foreldreferdigheter etter intervensjonen mellom aleneforeldre og toforeldregruppen på ett av de seks målene; "klare forventninger".

Konklusjon: Til tross for at det på ett av målene på foreldreferdigheter ble funnet en interaksjonseffekt mellom familiestruktur og intervensjonen, var det ikke forskjell på barnas atferd etter foreldrerådgivningen mellom gruppen med aleneforeldre og toforeldre. Det antydes dermed at foreldrerådgivning er en intervensjon som passer like bra for alle familier uavhengig av hvor mange foreldre den er bestående av.

Forord

Jeg vil gjerne gi en stor takk til Terje Ogden som har hjulpet og veiledet meg gjennom denne prosessen, samt for tilgang til datamateriale. Jeg retter en like stor takk til Nikolai Olavi Czajkowski for uvurderlig metodehjelp og gode diskusjoner. Tusen takk til dere begge! Jeg har lært utrolig mye av dere, og av prosessen.

Jeg vil takke min mann for all støtte, både praktisk og emosjonelt, i disse månedene! Du er god:) Takk for at jeg slapp å tenke så mye på husarbeid;) Jeg vil gi en stor takk til alle som har hjulpet til med barnepass; Mamma, Pappa, min søster Sara, svigermor, Kristin og Maren. En ekstra takk til Line og Mamma som har hjulpet til med korrekturlesing. Takk Gud for at jeg ble ferdig!

Til slutt vil jeg dedikere oppgaven til min lille skattelatt; Alina Mathea. Du utsatte mammas utdanning med ett år, men du hjelper meg med å se at det viktigste i livet er relasjonene en har med mennesker rundt seg. Vel verdt altså!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Hva er atferdsproblemer.....	2
1.1.1	Langtidsvirkninger.....	2
1.1.2	Atferdsproblemer versus atferdsforstyrrelser.....	3
1.1.3	Prevalens	4
1.2	Risikofaktorer for utvikling av atferdsforstyrrelser.....	5
1.2.1	Biologiske og psykologiske faktorer.....	5
1.2.2	Kontekstuelle faktorer.....	6
1.2.2.1	Familieforhold og kjennetegn på foreldre til barn med atferdsproblemer.....	6
1.2.3	Beskyttende faktorer.....	7
1.3	Mekanismer.....	7
1.3.1	Sosial interaksjon læringsmodellen.....	8
1.4	Forskning om foreldretrening.....	10
1.4.1	TIBIR og foreldrerådgivning.....	13
1.4.2	Implementering i Norge.....	15
1.5	Familiestruktur og atferdsproblemer.....	15
1.5.1	Familiestruktur.....	15
1.5.2	Familiestruktur i dagens samfunn.....	15
1.5.3	Forskning på forskjeller mellom ulike typer familieorganisering og atferdsproblemer.....	16
1.5.4	Familieorganisering og foreldretreningsprogrammer.....	18
1.6	Oppsummering.....	19
1.6.1	Forskningsspørsmål.....	20
2	Metode.....	21
2.1	Hovedstudien.....	21
2.2	Utvalg.....	22
2.2.1	Frafall.....	22
2.3	Måleinstrumenter.....	23
2.3.1	Parenting Practice Interview - PPI.....	23
2.3.2	Eyberg Child Behavior Inventory - ECBI.....	24
2.3.3	Home and Community Social Behavior Scales - HCSBS.....	24

2.3.4	School Social Behavior Scales - SSBS.....	24
2.4	Analysestrategi.....	25
2.4.1	Endring og estimering av behandlingseffekt.....	25
2.4.2	Multippel regresjonsanalyse.....	25
2.4.3	Statistisk signifikans.....	26
3	Resultater.....	27
3.1	Frafallsanalyser.....	27
3.2	Forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen.....	32
3.2.1	Atferdsmål.....	32
3.2.2	Foreldreferdigheter.....	33
3.3	Resultater fra regresjonsanalysene.....	35
3.3.1	ECBI problemskala.....	35
3.3.2	ECBI intensitetskala.....	35
3.3.3	HCSBS antisosial.....	36
3.3.4	HCSBS sosial kompetanse.....	36
3.3.5	SSBS antisosial.....	37
3.3.6	SSBS sosial kompetanse.....	37
3.3.7	"Streng disiplinering".....	38
3.3.8	"Streng for alderen".....	38
3.3.9	"Inkonsistent disiplin".....	39
3.3.10	"Passende disiplin".....	39
3.3.11	"Positiv oppdragelse".....	40
3.3.12	"Klare forventninger".....	40
3.4	Oppsummering av resultater.....	41
4	Diskusjon.....	42
4.1	Frafallsanalyser.....	42
4.2	Ingen signifikante forskjeller på nivå av atferdsproblemer ved inntak.....	42
4.3	Ingen signifikante forskjeller på behandlingsutbytte på atferdsmål mellom gruppene.....	43
4.4	Signifikante forskjeller på behandlingsutbytte på foreldreferdigheter mellom gruppene.....	43
4.5	Foreldrerådgivning fungerer like godt for aleneforeldre som toforeldre familier.....	44
4.6	Forskjeller i vurdering gjort av foreldre og lærer.....	46

4.7 Praktiske og kliniske implikasjoner.....	46
4.8 Begrensninger ved studien og videre forskning.....	47
4.9 Konklusjon	49
Litteraturliste	50

1 Innledning

Hvorfor er det betydningsfullt å vie oppmerksomhet til barn med atferdsproblemer?

Atferdsproblemer utgjør en stor del av henvisningsårsakene til behandling for barn og unge (Carr, 2006; Moffitt & Scott, 2008). I Norge var 12 % av henvisningene i 2011 til spesialisthelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikker, gjort på grunnlag av mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse (Skogen & Torvik, 2013). Atferdsproblemer er utbredt hos barn og ungdommer som trenger behandling, og derfor har det lenge blitt sett på som hensiktsmessig å finne virksomme metoder for å hjelpe disse barna og familiene deres. Forgatch, Patterson & Gewirtz (2013) hevder at et mål for forskningsmiljøet burde være å redusere barns psykopatologi ved å lage empiribaserte behandlinger som kan hjelpe alle familier. Kan TIBIR være en del av dette?

Barn plages av sine symptomer på atferdsproblemer, likeså deres familier og det sosiale nettverket, og atferdsproblemene er assosiert med sosiale og læringsmessige vansker for barnet (Moffitt & Scott, 2008). Atferdsproblemer har store langtidsvirkninger for barn, og en stor andel av disse barna fortsetter å ha problemer som voksne, i form av psykopatologi og kriminalitet (Burke, Loeber, & Birmaher, 2002). Atferdsproblemer er den mest kostbare av barn og unges mentale lidelser (Carr, 2006). Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv har det derfor vært et stort ønske å finne en metode som kan hjelpe flest mulig på best mulig måte (Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005). Dersom evidensbaserte tiltak kan gis på en større skala og ved lavterskeltilbud vil forekomsten av atferdsvansker bli redusert (Kjøbli, Drugli, Fossum, & Askeland, 2012). Foreldretrening er sett på som ett høyt aktuelt verktøy ettersom foreldre blir sett på som den viktigste virkende kraften i et barns liv (Nixon, 2002). Det er dessuten funnet en sammenheng mellom foreldreatferd og problematisk atferd hos barnet (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006), samt at det er påvist at foreldrene kan være med på å opprettholde problemene (Nilsson & Trana, 2007). Foreldretrening har effekt hos 2/3 av tilfellene, mens de resterende 1/3 fortsatt opplever store atferdsproblemer etter endt behandling (Nixon, Sweeney, Erickson & Touyz, 2004; Drugli, Larson, Fossum, & Mørch, 2010).

Det er viktig å undersøke om det finnes noen familier og barn som ikke har oppnådd ønsket utbytte av behandling og hvilke kjennetegn disse familiene har (Kjøbli et al., 2010), slik at foreldrerådgivningen eventuelt kan tilpasses mer. Det er ikke tilstrekkelig å si at

foreldretrening har effekt. Ikke alle barn bor med to foreldre; en del barn bor med en forelder. Hvordan passer foreldrerådgivning inn i deres livssituasjon? Alle barn og familier som sliter med atferdsvansker burde ha et tilbud som virker; som gjør livskvaliteten til barna og deres familier bedre.

Denne oppgaven bruker data fra en større randomisert studie utført ved Atferdssenteret. Foreldrerådgivning er del av Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) som er implementert som del av førstelinjetjenesten i deler av Norge. Tiltaket har vist seg å være en effektiv behandling for familiene (Kjøbli & Ogden, 2012). Halvparten av familiene fikk foreldrerådgivning, mens de resterende familiene fikk annen tilgjengelig praksis. Denne oppgaven tar for seg sammenhengen mellom familier bestående av aleneforeldre eller to foreldre, og endring målt ved barns atferd og foreldreferdigheter etter administrering av foreldrerådgivning.

1.1 Hva er atferdsproblemer?

Det er en del av den normalpsykologiske utviklingen hos barn og unge å tøye grenser. For noen barn og unge vil atferden deres danne seg et mønster som trosser sosiale og samfunnsmessige normer i en slik grad at det blir et problem for personen selv, familien og/eller omgivelsene rundt seg. Atferdsproblemer blant barn er generelt kjennetegnet av aggressiv, destruktiv, opposisjonell, ulydig og/eller antisosial atferd (American Psychiatric Association, 2000; Nixon, 2002). Det dominerende humøret deres vil være preget av sinne og irritabilitet (APA, 2000). Atferdsproblemer er distinktive med tanke på at de er sammensveiset i personens sosiale kontekst, og ofte har konsekvenser for andre personer, som verbal/fysisk aggresjon, mobbing, lyving og fiendtlig atferd (APA, 2000; Moffitt & Scott, 2008). Dette betyr at symptomene på atferdsproblemer får sitt utspring i sosiale situasjoner, i familien, på skolen og ellers i samfunnet, og påvirker disse relasjonene på en negativ måte. Barn må ikke ha en diagnose for at barnet/familien skal føle behov for hjelp. En metastudie fant dessuten at foreldre først og fremst søker hjelp når de føler at det blir for mye ubehag knyttet til foreldrerollen, heller enn på nivået av barns symptomer (Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, Ende, & Verhulst, 2003).

1.1.1 Langtidsvirkninger

Det er en betydelig andel av barn, ca 60%, med atferdsforstyrrelser som har dårlig prognose senere i livet i forhold til en rekke faktorer (Kazdin, Siegel & Bass, 1992; Moffitt & Scott, 2008). Sett i forhold til kontroll grupper så har barn med atferdsforstyrrelser mer kriminell

atferd, høyere rater av psykiatriske innleggelses og psykiske problemer, høyere rater av dødelighet og sykdom, høyere nivåer av skole drop-out og lavere utdanningsnivå, høyere arbeidsledighet, økt sjanse for skilsmisse samt mindre sosial kontakt med familie, venner og samfunnet forøvrig (Burke et al., 2002; Kazdin, 1995; Patterson & Yoerger, 2002; Schaeffer, Pertas, Ialongo, Poduska, & Kellam, 2003; Webster-Stratton & Reid, 2003). De har også økt sannsynlighet for selv å få barn med atferdsvansker (Carr, 2006). Barn med atferdsproblemer som ikke får tilstrekkelig hjelp fortsetter å ha problemer i ungdommen i 50- 75 % av tilfellene (Nixon, 2002). Med andre ord er ofte atferdsvansker, spesielt de alvorligste, stabile over tid (Kjøbli et al., 2012). På grunnlag av dette, hevder Moffitt & Scott (2008) at alle barn med symptomer på atferdsforstyrrelser trenger klinisk oppmerksomhet. Verhulst & van der Ende (1992) sier også at foreldrerapporter tyder på en stabilitet innenfor problematferd som taler imot "vent-og-se-prinsippet" (Nixon, 2002).

1.1.2 Atferdsproblemer versus atferdsforstyrrelser

Begrepsmessig skiller man mellom atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser.

Atferdsforstyrrelser er det diagnostiske begrepet, og deles igjen inn i to i ICD-10 (World Health Organization, 1997) og DSM-IV (APA, 2000); 1) alvorlig atferdsforstyrrelse som karakteriseres av aggressiv og destruktiv atferd som gjør inngripen i flere arenaer av en persons liv, som familie, skole og andre steder samt 2) opposisjonell atferdsforstyrrelse som hovedsaklig opptrer hos mindre barn og karakteriseres av lydighetsnektende og fiendtlig atferd som oftest opptrer i forholdet med foreldrene. Både ICD-10 og DSM-IV legger vekt på at ikke begge diagnosene stilles samtidig. I Norge brukes diagnosemanualen ICD-10, og i følge den må atferden ha hatt en varighet på minst 6 måneder, og være et atferdsmønster for barnet. Atferden må gå ut over familien, omgivelsene rundt og/eller personen selv. DSM-IV er varighetskravet av atferden på 12 måneder. Gjeldende anbefalinger i ICD-10 og DSM-IV er at man setter alvorlighetsgrad - mild, moderat eller alvorlig, samt spesifiserer debutalder. Debutalder vil være om symptomene startet før 10 års alder (tidlig) eller etter (ungdoms). Dette gir mening ut fra at forskning viser at barn som debuterer før 10 års alder med atferdsforstyrrelser har økte belastningsbyrder senere i livet samt økt forekomst av komorbide tilstander enn barn som debuterer senere (Nixon, 2002).

Atferdsproblemer er et videre begrep. Det dekker barn som har atferd preget av hyppige normbrudd som er problematiske, utover det en kan forvente ut fra utviklingstrinn, men som ikke er alvorlige nok til å sette en diagnose (Skogen & Torvik, 2013). Dersom

atferdsproblemer ikke blir behandlet, kan de eskalere og etter hvert utvikle seg til antisosial atferd (Lundahl et al., 2006).

1.1.3 Prevalens

Prevalens for conduct disorder og oppositional defiant disorder varierer fra 4-14% avhengig av brukte kriterier og hvilken populasjon som er brukt (Cohen et al., 1993). I Norge er prevalensen av diagnosisterbar atferdsforstyrrelse for barn under 18 år ca 1,7 % for alvorlig atferdsforstyrrelse og 1,8% for opposisjonell atferdsforstyrrelse (Skogen & Torvik, 2013). Norge har med andre ord litt lavere prevalens enn andre land. Det er allikevel langt vanligere å ha atferdsproblemer, som føles som en belastning for de barna og familiene det gjelder. Prevalens er høyere for ungdommer enn barn, og det er generelt mer vanlig blant gutter enn jenter å ha atferdsproblemer, hvorav studier indikerer ratioer gutter til jenter fra 4:1 - 2:1 (Costello, Angold, Burns, Stangl, Tweed & Erkanli, 1996). Atferdsproblemer er sterkt knyttet til samfunnets normer, og derfor vil forståelsen av hva slags atferd som er problematisk avhenge av kultur (Skogen & Torvik, 2013). Av barn som kommer til behandling er det å ha komorbide lidelser med atferdsproblemer vanlig, spesielt oppmerksomhetsproblemer og angst/depressive symptomer (Skogen & Torvik, 2013; Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000).

Det er med andre ord mye som taler for at lavterskel tilbud som TIBIR er nødvendig for samfunnet. Det blir tilbudt i førstelinjetjeneste, hvor det ikke er krav om å tilfredsstille klinisk grenseverdi for å få hjelp. Barna i denne studien har ikke nødvendigvis en diagnose, men nok problemer til at familien føler behov for hjelp. Det kan tenkes at dersom det gjøres tidlige intervensjoner, før problemene når klinisk verdi, så vil barn og familier spares for fremtidige økte belastninger. Med det i tankene er det derfor naturlig at utvalget i denne studien er barn med atferdsproblemer, både over og under klinisk grenseverdi for atferdsforstyrrelser.

For å gi en økt forståelse for hvor komplekse atferdsforstyrrelser er, kommer en kort gjennomgang av risikofaktorer for atferdsforstyrrelser. Oppgaven vil ikke gå inn på hvordan disse eventuelt påvirker behandlingsutfallet, da jeg anser det for å være utenfor oppgavens rekkevidde.

1.2 Risikofaktorer for utvikling av atferdsforstyrrelser

Hva er det som kjennetegner barn som utvikler atferdsproblemer? Årsakene til at noen barn utvikler atferdsproblemer er komplekse, men forskning peker på visse risikofaktorer, både personlige og kontekstuelle. Forskning indikerer risikofaktorer, men hvorvidt de er kausale er vanskeligere å vite (Moffitt & Scott, 2008). Det å skille predisponerende, utløsende og vedlikeholdende faktorer er ikke lett, da de flyter inn i hverandre. Forskning tyder på at atferdsproblemer er multifaktorielt bestemt (Dodge & Pettit, 2003; Moffitt & Scott, 2008).

1.2.1 Biologiske og psykologiske faktorer

Personlige predisponerende faktorer inkluderer biologiske faktorer som en genetisk sårbarhet og lave arousal nivåer (Ortiz & Raine, 2004). Lave arousal nivåer vil også være en vedlikeholdende faktor. Perinatale komplikasjoner og lav fødselsvekt er assosiert med økt risiko for utvikling av atferdsproblemer (Brennan, Grekin & Medkin, 2003). De fleste studier tyder på at slike risikofaktorer kan gi en økt sårbarhet i kombinasjon med andre typer risiko som for eksempel fiendtlig eller inkonsistent foreldrestil (Arseneault, Tremblay, Boulerice, & Saucier, 2002).

Barn med et vanskelig temperament har økt risiko, muligens fordi de har problemer med å mestre følelser som sinne og irritabilitet eller fordi det gjør det vanskeligere å la være å bryte normer, spesielt dersom det er kombinert med impulsiv atferd (Keenan & Shaw, 2003). Barn med vanskelig temperament kan også utløse andre reaksjoner fra foreldre og samfunnet, som kan være med å bidra til utviklingen av atferdsproblemer (Patterson, 1982). I tråd med dette, er oppmerksomhetsvansker som ADHD også en risikofaktor (Kirkhaug, Drugli, Lydersen, & Mørch, 2013), samt lærevansker og lav intelligens (Lahey, et al., 1997; Lynam, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1993). Negative akademiske og sosiale situasjoner på skolen er med på å utvikle atferdsproblemer (Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004). Det å starte tidlig med aggressiv atferd og å delta i flere antisosiale hendelser gjør det lettere å fortsette i samme spor, fordi andre barn ofte pleier å avvise barn med slik atferd (Vitaro, Tremblay & Bukowski, 2001; Coie, 2004). Dette gjør at disse barna må finne seg andre venner som også er utstøtte. Barn med tidlig debut har generelt dårligere prognose, og gutter er i større grad overrepresentert (Skogen & Torvik, 2013). Avvik i sosiale relasjoner, nevrokognitiv fungering og familieforhold er også større i denne gruppen enn gruppen med senere debut.

Lav selvtilitt og ekstern locus of control - å ikke tro at en selv er den virkende kraft i eget liv, er også risikofaktorer, samt vedlikeholdende faktorer (Carr, 2006).

1.2.2 Kontekstuelle faktorer

Det å ha avvikende søsken, og å være del av en stor søskenflokk, spesielt det å være i midten av denne flokken, er også risikofaktorer (Carr, 2006). Å oppleve alvorlige livshendelser kan være med på å utløse atferdsvansker, og eksempler på dette er separasjoner fra foreldre, fysisk/seksuelt misbruk eller omsorgssvikt. Det å vokse opp på en institusjon er også en risikofaktor. Fattigdom har sterk sammenheng med atferdsforstyrrelser (Boden, Fergusson, & Harwood, 2010; Wadsworth & Compas, 2002; Wadsworth, Raviv, Reinhard, Wolff, Santiago, & Einhorn, 2008). Mye tyder på at det å være fra sosioøkonomisk vanskelige kår og å vokse opp i risikoutsatte nabolag øker risikoen for å utvikle atferdsforstyrrelser (Skogen & Torvik, 2013), spesielt dersom barnet bor med aleneforelder (Anderson, 2002; Eitle, 2005). Forskning tyder på at individer som er genetisk predisponert for atferdsproblemer blir mer påvirket av et negativt miljø, samtidig ser vi at hos familier med høy sosioøkonomisk status er genetiske faktorer mer viktig for utviklingen av atferdsforstyrrelser på grunn av at de miljømessige risikofaktorene er få (Skogen & Torvik, 2013). Andre utløsende faktorer kan være skolebytte, miste venner, bli venner med avvikende jevnaldrende eller bli ungdom (Carr, 2006).

1.2.2.1 Familieforhold og kjennetegn på foreldre til barn med atferdsproblemer

Mange av de kontekstuelle predisponerende faktorer for utvikling av atferdsproblemer er relatert til en tidlig fase av et barns liv. I foreldre-barn relasjonen så kan tilknytningsvansker og ulike typer av foreldrestiler, som autoritær, ettergivende og inkonsistent, være risikofaktorer (Rutter, Giller, & Hagell, 1998; Kawabata, Alink, Tseng, Ijzendoorn, & Crick, 2011). Barn som blir utsatt for omsorgssvikt er også i risikozonen. Sammenhengen mellom hard fysisk avstraffelse og aggressive atferdsproblemer er gjennomgående konsistente funn i litteraturen (Stoolmiller, Patterson, & Snyder, 1997). Det å være eksponert for foreldres psykiske lidelser alkohol/rusmisbruk og eller foreldres kriminalitet er alle assosiert med økt risiko for atferdsproblemer for barna (Moffitt & Scott, 2008; Renzaho, Mellor, McCabe, & Powell, 2013). Familier som har medlemmer med mer psykiske belastninger enn andre familier, samt har mindre ressurser viser også en tendens til å ha dårligere foreldreferdigheter og dårligere relasjon til barna (Dadds & McHugh, 1992; Gardner, Connell, Trentacosta, Shaw, Dishion, & Wilson, 2009; Kazdin, 1995; Lundahl et al., 2006). Krangel eller vold i parforholdet hos foreldrene, separasjon og et desorganisert familieliv er andre risikofaktorer

(Carr, 2006; Moffitt & Scott, 2008). Forskning viser at barn av aleneforeldre viser generelt mer atferdsproblemer enn barn i toforeldrefamilier (Amato & Keith, 1991; Waldfogel et al., 2010). Foreldreinteraksjoner er den viktigste risikofaktoren for early-onset atferdsproblemer (Webster-Stratton et al., 2004). Foreldre-barn konflikter er assosiert med barns aggresjon mot jevnaldrende (Ostrov & Bishop, 2008). Oppgaven vil senere gjøre rede for forholdet mellom ulike typer familieorganisering og atferdsproblemer.

Foreldre rapporterer ofte flere symptomer enn lærere, og dersom foreldrene er under mye stress eller er deprimert, vil denne diskrepansen være større (Youngstrom, Loeber, Stouthaer-Loeber, 2000).

1.2.3 Beskyttende faktorer

Barn kan også ha en rekke beskyttende faktorer som kan forklare hvorfor noen barn ikke utvikler atferdsforstyrrelser. Denne listen er omfattende, og inkluderer blant annet lett temperament, god selvtillitt, trygg tilknytning til foreldre, autorativ foreldrestil, godt nettverk, positive jevnaldrende, og lave nivåer av belastninger i familien (Carr, 2006; Jain & Cohen, 2013).

1.3 Mekanismer

Risikofaktorer som spiller en rolle for hvilke barn som utvikler atferdsproblemer er det i dag bred enighet om, men det er ikke enighet i hvordan disse faktorene påvirker utviklingen.

Barns atferdsvansker kan bli opprettholdt på grunn av personlige vedlikeholdende faktorer. Noen av de psykologiske faktorene er: dysfunksjonelle mestringsstrategier og beskyttelsesmekanismer, fiendtlig attribusjons bias, lav self-efficacy og dårlig interne modeller for mellommenneskelige forhold (Carr, 2006). Det er også en rekke kontekstuelle faktorer som kan være opprettholdende. Det kan være behandlingssystemet eller forhold ved familien, foreldre og/eller nettverk.

Atferdsproblemene er en integrert del av en bredere kontekst av familiære- og foreldrefaktorer som kan være med å utvikle og forverre atferden (Kazdin & Whitley, 2003). Patterson (2002) hevder at hovedmåten disse risikofaktorene utvikler seg til atferdsproblemer er i samhandlingen mellom barn og foreldre, da foreldreferdigheter er foreldrenes bidrag til samspillet. Tvingende samspill kan oppstå, og dette kan lede til antisosialitet hos barn (Patterson, 2002). De fleste forskere er enig i at dersom et barn med et vanskelig temperament møter en forelder som ikke er kompetent nok til å ta vare på barnet kan et tvingende samspill

oppstå (Patterson, 2002). Spedbarn bruker gråt som kommunikasjon for mat, stimulans og trøst fra fødsel av (Berk, 2009). Patterson (2002) mener at dersom et spedbarn får større respons ved gråting enn ved å bruke positive lyder og ansiktsmimikk som latter og smil, vil barnet bruke gråt i større grad for å få sine behov dekket. Dette kan sees på som en tidlig form for tvingende samspill. Foreldrene kan for eksempel ikke make å gjøre annet enn å overgi seg når barnet blir sint eller aggressivt, og barnet opplever positiv forsterkning for sin ønskede respons. Det vil si at foreldrene unngår å stille krav til barnet, og gir etter for barnets vilje. Foreldrenes atferd er preget av "kjefting" og kommandering, som øker barnets normbrytende atferd, som igjen fører til mer "kjefting" (Patterson, 1982). Barnet lærer seg at aggressiv/normbrytende atferd blir negativt forsterket ved at de "vinner" konflikten, og mer antisosial atferd oppstår (Snyder & Patterson, 1995). Det klassiske eksempelet er når barnet lyver å sier at han har gjort leksene, fordi han ikke liker lekser og føler at foreldrene maser. Foreldrene tror på barnet, og lar barnet slippe unna. Barnet lærer at det gir gevinst å lyve. Samhandlingsmønsteret blir automatisert (Patterson, 1982). Tvingende samspill predikerer negativ tilpasning hos barn (Calpaldi, 1992). Manglende foreldreferdigheter har funnet å ha en klar assosiasjon med atferdsproblemer hos barnet (Patterson, 2002; Martinez & Forgatch, 2002).

1.3.1 Sosial interaksjon læringsmodellen

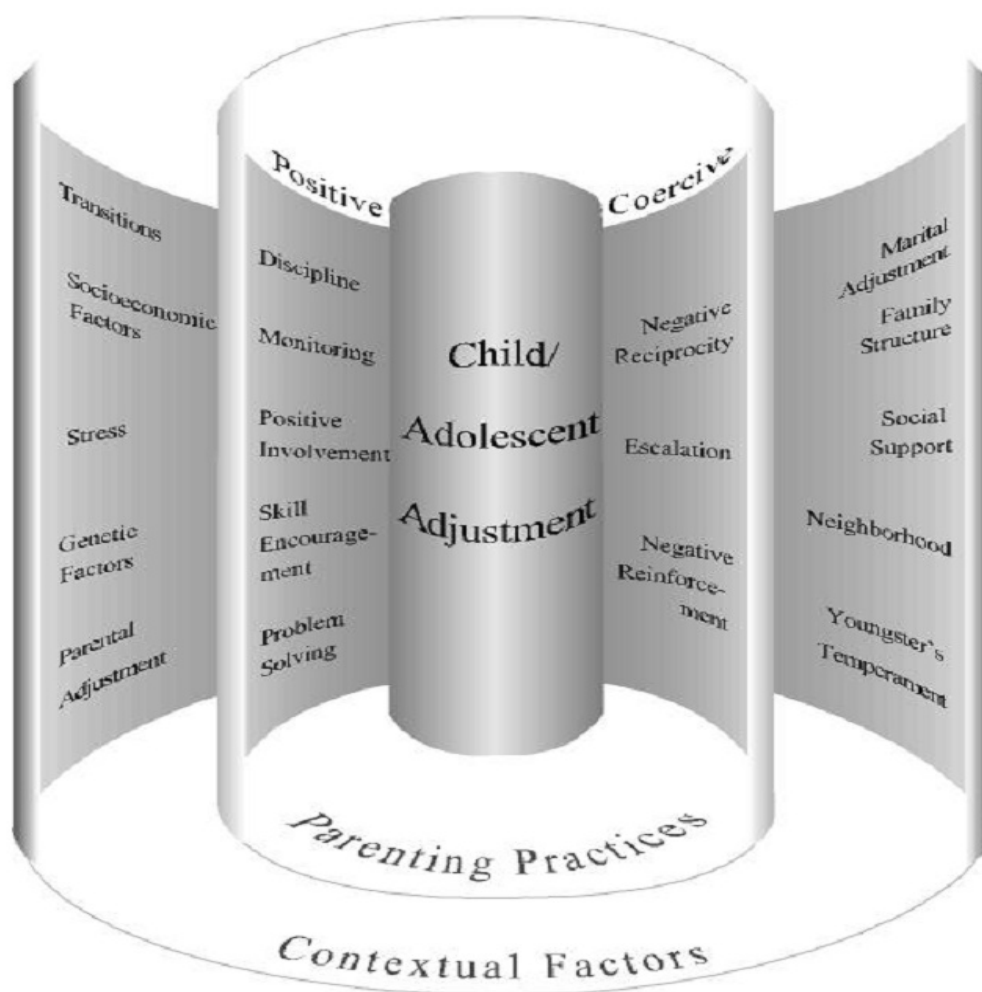
Sosial interaksjon læringsmodellen, SIL, legger til grunn at aggressiv og aversiv atferd skjer når atferden blokkerer andre menneskers (eksempel foreldre, søsken, lærere) forsøk på å forandre eller kontrollere atferden; samspillet fungerer som en mediator for atferdsproblemenes utvikling (Patterson, 1982). Denne modellen er den eneste sentrale forklaringsmekanismen som ligger til grunn for PMTO (Parent Management Training - Oregon modellen), som foreldrerådgivning er basert på (Patterson, 2002). SIL og logikken bak har sin bakgrunn fra mangeårig forskning ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA (Forgatch & Martinez, 1999; Solholm et al., 2005). Se figur 1 for billedlig representasjon av SIL.

Tvingende samspill antas i følge SIL å være den fremste grunnen til at atferdsproblemer opprettholdes (Patterson, 1982). Barnet med et vanskelig temperament og en forelder uten nok kompetanse til å oppdra barnet vil utgjøre noen av de kontekstuelle faktorene i følge modellen (Forgatch & Martinez, 1999). Dersom en eller flere negative kontekstuelle faktorer tynger en familie, kan flere aspekter av foreldreferdigheter bli skadelidende, og barnets tilpasning bli negativt påvirket. Effekten av de kontekstuelle faktorene på barnet er mediert av

foreldreferdighetene. I forhold som er karakterisert av tvingende samspill, er miljøet ofte fiendtlig, og prososial atferd går derfor uaktet hen og blir dermed ikke belønnet (Ogden & Hagen, 2008). Foreldres varme og oppmuntring kan også være lav, og barna får sjeldent forsterket sine positive sider. Det negative får eskalere. Streng disiplinering fra foreldre samt tvingende samspill predikerer høyere og mer stabile nivåer av aggresjon (Campbell, Spieker, Vandergrift, Belsky, & Burchinal, 2010; Patterson, Forgatch, Yoerger, & Stoolmiller, 1998). Det å erstatte denne negative trenden med positive foreldreferdigheter blir derfor sett på som hensiktsmessig.

Positive foreldreferdigheter presentert i figuren representerer et konstrukt som definerer forskjellige ferdigheter, og PMTO og foreldrerådgivning lærer foreldre ferdigheter for hver dimensjon. Det er fem positive foreldreferdigheter som blir vektlagt. Det er grensesetting, tilsyn, positiv involvering, oppmuntring og problemløsning. Ferdighetene må tilpasses etter barnets alder. Grensesetting er å opprette passende normer for barnet, med milde sanksjoner for normbrudd. Slike sanksjoner kan være tap av privileger, flere arbeidsoppgaver eller pausetid. Det å være konsekvent, samt å utføre konsekvensen raskt etter normbruddet presiseres. Tilsyn er helt nødvendig etter hvert som barnet tilbringer mer tid utenfor hjemmet, og begrepet dekker det å være bevisst på hvor barnet er, hvem de er sammen med, hva de gjør, hvem er de voksne ansvarlige der og hvordan er transportmulighetene der hjem. Positiv involvering er måter som foreldrene viser at barnet er viktig, ved å vise interesse i barnets gjøren og laden og å delta i aktiviteter sammen som begge kan finne glede i. Oppmuntring er hvordan den voksne kan bruke positiv forsterkning for å øke positiv atferd. Å sette gjennomførbare mål, dele målet inn i mindre mål, legge til rette for god atferd og gi belønning der det er passende, er del av dette. Problemløsningsferdigheter hjelper med å løse opp krangler og handler om å forhandle om regler, positive konsekvenser for å følge regler samt negative konsekvenser for å bryte regler. Målet med intervensjonen er å minske tvingende samspill og fostre positive foreldreferdigheter (Forgatch & Martinez, 1999). Effektivt foreldreskap blir sett på som den medierende faktoren for barns nivå av eksternaliserende atferdsproblemer og tilpasning i følge SIL modellen (Patterson, 2002; Forgatch & Martinez, 1999).

Fagmiljøet prøver å utvikle måter å behandle atferdsvansker slik at risikofaktorer og mekanismer blir redusert, mens beskyttelsesfaktorer øker. Rutter (2003) argumenterer for at det er flere sentrale mekanismer i barns atferdsvansker. Klarer foreldrerådgivningen å påvirke de sentrale mekanismene?



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

1.4 Forskning om foreldretrening

Når en familie sliter med atferdsproblemer finnes det flere mulige måter å hjelpe disse på, blant annet ulike foreldretreningsprogrammer, lærertrening, og terapi eller trening med barnet (Carr, 2006). Litteraturgjennomganger og metaanalyser viser at foreldretrening har gitt langvarige positive effekter som er signifikante for barn og ungdom sine atferdsvansker (Dumas, 1989; Serketich & Dumas, 1996; Lundahl et al., 2006; Reyno & McGrath, 2006; Michelson, Davenport, Dretzke, Barlow & Day, 2013; Weisz, Kuppens, Echstain, Ugueto, Hawley, & Jensen-Doss, 2013). Foreldretrening er en av de terapiteknikkene for barn og unge som det er forsket mest på (Kazdin, 2004) og har vist seg å være den mest effektive behandlingen for atferdsproblemer blant barn og unge (Kazdin, 1997; Brestan & Eybeg, 1998). Studiene viser at foreldretrening fører til markert bedring i barnets atferd basert på foreldre og lærerrapporter, direkte observasjoner hjemme og på skolen samt offentlige papirer

som politikontakt og skolerapporter (Kazdin, 2004). Behandlingseffekten har vist seg å holde i ett til tre år i flere studier. En studie fant at effekten fremdeles hadde effekt ni år etter endt intervensjon (Forgatch, Patterson, DeGarmo & Beldavs, 2009). I Norge er blant annet Multisystemisk terapi (MST), PMTO, De Utrolige Årene (DUÅ) og Funksjonell familieterapi (FFT) implementert (Skogen & Torvik, 2013). Tiltak i Norge har vist seg å ha positiv effekt (Ogden & Hagen, 2008; Kjøbli & Hagen, 2012). En studie som tok for seg PMTO i Norge fant at barnet fikk en nedgang i antisosial atferd, og at foreldrene fikk økt evne til grensesetting (Ogden & Hagen, 2008).

Effektstørrelser varierer noe fra studie til studie og fra program til program. Effektstørrelser på foreldrerapporterte utfallsmål i en metaanalyse ble funnet å være mellom 0,6 og 2,9 (Barlow & Stewart-Brown, 2000). Effekten målt med observasjon ble vesentlig lavere, fra 0,2 - 0,4. Foreldretrening er en effektiv intervensjonsmetode, men en del studier har vist at generaliserbarheten til andre områder, som skolesituasjonen, kan være begrenset (Barlow & Stewart-Brown, 2000; Ogden & Hagen, 2008; Kjøbli & Ogden, 2012). Lundahl et al. (2006) konkluderer i deres metaanalyse at foreldretrening rettet mot barns atferdsvansker er en effektiv intervensjon med moderate effektstørrelser på 0,45 for foreldreferdigheter og 0,42 for atferdsproblemer hos barnet. En nyere metaanalyse indikerer at det er effekt for foreldretrening med gjennomsnittlig Cohen's d på 0,29; men at det var stor variasjon på effekten i forhold til hvor alvorlige atferdsproblemene var og i hvilken kultur studien ble utført i (Weisz et al., 2013). Desto høyere symptomtrykk, desto lavere effekt. Effekten var også betydelig høyere i Nord-Amerika enn i andre kulturer, noe som tyder på at det kan være hensiktsmessig å kulturelt tilpasse behandlingen.

Det er også kontekstuelle faktorer som påvirker effekten av foreldretrening. Dårlig mental helse hos mor (Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk & Askeland, 2013), lav sosioøkonomisk status, lav inntekt, lav utdanning, høyt konfliktnivå hos foreldre, samt det å være alenemor var alle faktorer som påvirker effekten på en negativ måte (Reyno og McGrath, 2006; Lundahl et al., 2006). En stor metaanalyse som inkluderte 75 studier, fant at rett etter behandling var effekten like stor for familier med lav sosioøkonomisk status som de med høyere sosioøkonomisk status, men at effekten holdt seg dårligere over tid for gruppen med lav sosioøkonomisk status (Leijten, Raaijmakers, Orobio de Castro, & Matthys, 2013). Det ble funnet i en norsk studie at det var lavere effekt av foreldretreningen, De Utrolige Årene (DUÅ), dersom familien hadde kontakt med barnevernet (Drugli, Fossum, Larsson & Mørch, 2010). En annen studie utført av de samme forskerne, fant at mødre som bodde alene med barnet under behandlingsperioden

og hadde høyt stressnivå hadde dårligere effekt av behandlingen (Drugli, Larsson, et al., 2010).

En metaanalyse viste at faktorer som påvirket behandlingsutfallet var behandlingsvarighet, terapeutens ferdigheter, innholdet i programmet og familiekarakteristikkene (Kazdin, 1997). Familiekarakteristikkene kan akkumuleres (Webster-Stratton, 1985; Webster-Stratton & Hammond, 1990), og faktorer som vil forverre behandlingsutfallet kan være komorbiditet, tidlig problematferd, mer alvorlig antisosial atferd, dårlige skoleprestasjoner, lav sosioøkonomisk status, foreldres historie, viktige livshendelser og det å være aleneforelder (Kazdin, 1997).

Noe som er mye diskutert er om barnet skal ha behandling, foreldrene skal ha behandling eller om en kombinasjon av disse er mest hensiktsmessig. Hos barn som hadde alvorlige atferdsproblemer viste det seg at de hadde økt sannsynlighet for å være under klinisk område dersom de hadde mottatt kognitiv basert problemløsningstrening samtidig som foreldrene også mottok foreldretrening (Kazdin, Siegel, & Bass, 1992). En studie som kombinerte foreldretrening med sosialtrening for barna, viste at barna hadde signifikante mindre problematferd hjemme og på skolen, og hadde bedre langtidsutbytte enn barn hvis foreldre kun fikk trening (Webster-Stratton & Hammond, 1997). Ca 1/3 av barna hadde fremdeles problemer på skolen i følge lærere. I familier som mottar foreldretrening fortsetter ca 1/3 å ha betydelige atferdsvanker etter behandling (Nixon et al., 2004). De fleste foreldretreningprogrammer fokuserer på å trene foreldrene til å takle problematferden hjemme i stede for å adressere barnas atferd på skolen eller med jevnaldrende (Webster-Stratton et al., 2004). Lærere blir sjeldent involvert. Barns sosialtreningprogrammer tar for seg barns sosiale mangler, men siden de ofte blir gitt uten input eller trening fra foreldre/lærere, kan det gjøre generalisering til nye settinger vanskelig. Dette poenget blir understreket i en metaanalyse hvor foreldretrening viste effekt målt av foreldre og barnet selv, mens lærerne ikke rapporterte signifikant effekt (Weisz et al., 2013). En studie som kombinerte foreldretrening med lærertrening viste at det var bedre effekt når behandlingene ble kombinert (Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2010).

Det er funnet i en litteraturgjennomgang av tilgjengelig forskning, støtte for at noen komponenter av foreldretrening er mer virksomme enn andre. Grensesetting i form av pausetid, samt effekten av ros/oppmuntring og belønning var de mest virksomme komponentene (Embry & Biglan, 2008). Tiltak som særlig viste seg å være effektive var å

fremme foreldrenes positive interaksjon med barnet, fremme emosjonell kommunikasjon, opplæring i bruk av pausetid, lære foreldrene å ha en konsekvent oppdragelsesteknikk samt å la foreldrene øve på nye ferdigheter med barnet under foreldretreningene (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008). Foreldrerådgivning har disse komponentene i seg.

1.4.1 TIBIR og foreldrerådgivning

Tidlig intervensjon for barn i risiko (TIBIR) har flere intervensjonsmoduler til bruk; Parent Management Training - Oregon Modellen (PMTO), kartlegging, konsultasjon for ansatte i barnehager og skoler, sosial ferdighetstrening, foreldregrupper, og foreldrerådgivning (Vannebo, 2013). Det er de ansatte i kommunale hjelpe og støttetjenestene som står for implementeringen av tilbudet. Den generelle målsetningen er å "Forebygge og avhjelpe atferdsproblemer på et tidlig tidspunkt samt bidra til å utvikle barns positive og prososiale atferd.

Foreldrerådgivning er et foreldretreningssprogram som kan hjelpe familier med atferdsproblemer (Kjøbli & Ogden, 2012). Målgruppen er barn i 3-12 års alderen, hvor barna står i fare for å utvikle atferdsproblemer eller foreldrene sliter med tilfredsstillende struktur og oppfølging av barna (Madslie, 2014). Ved hjelp av en kortvarig intervensjon på tre til fem møter per familie som består av veiledning og samtaler med foreldrene, så er målet at problematferd skal bli redusert imens prososial atferd øker (Madslie, 2014). Intervensjonen er tilpasset målgruppe og rådgivningssituasjonen.

Foreldrerådgivning er basert på sosial interaksjons læringsmodellen og PMTO, og oppmuntrer foreldreferdigheter i familier hvor barna har begynnende atferdsvansker eller allerede etablerte atferdsvansker (Kjøbli & Ogden, 2012). Foreldrerådgivningen søker å styrke foreldre og barns samspillsmønstre, men er mindre omfattende i tids - og ressursbruk enn PMTO. Tidlig intervensjon før problemene har vokst seg store og blitt en del av barnets fungering i barnehage/skole anses som en nødvendighet (Kjøbli, Drugli, Fossum, & Askeland, 2012). Premisset om at effektive intervensjoner burde være systematiske og gå direkte på problematferden, samt at tiltakene burde settes inn i de sosiale arenaene hvor atferden vises, er sentral i TIBIR (Solholm, Kjøbli, & Christiansen, 2013). Det er også andre korttidsintervensjoner som er funnet å være effektive (Gardner, Shaw, Dishion, Burton, & Supplee, 2009; Axelrad, Butler, Dempsey, & Chapman, 2013).

TIBIR er ment å være et lavterskel tilbud, og for å identifisere barn i risiko blir screening gjennomført på helsestasjonen (Solholm et al., 2013). Dersom foreldre indikerer under møtet

med helsestasjonen at de kanskje trenger rådgivning fordi de har vanskeligheter med å møte barnets krav eller de er usikre på sine egne foreldreferdigheter, blir de tilbudt foreldrerådgivning. Dersom barnet har mer uttalte problemer blir familien tilbudt PMTO. Foreldreintervensjonene i TIBIR er meningen at skal redusere tvingende samspill ved å bytte ut negative foreldreferdigheter med positive (Solholm et al., 2013). Målet er å øke positiv involvering og samhandling mellom barn og foreldre, fremme sosial kompetanse hos barna, bidra til sosial inkludering og redusere atferdsproblemer hos barn (Mørch, 2012). Foreldrerådgivning blir gitt til familiene individuelt og foreldrene blir trent i sentrale foreldreferdigheter gjennom modellering, rollespill, dialog, hjemmeoppgaver og systematisk tilbakemelding. Det er typiske situasjoner som foreldre opplever som utfordrende i hverdagen som blir øvd på, og et skal oppleves konkret og handlingsorientert. Gjennom disse øvelsene tas det sikte på å redusere negative samhandlingsmønstre i familien, som konflikteskalering, redusere foreldres bruk av inkonsistente og straffende grensesettingsteknikker, redusere avvisning fra foreldre og fremme positiv involvering og aksept mellom foreldre og barn. Det tas sikte på å bidra til å utvikle gode og effektive foreldreferdigheter gjennom systematisk bruk av oppmuntring og ros, og en hensiktsmessig måte å sette grenser på.

Foreldrerådgivning som del av TIBIR har vist at foreldrene rapporterer mindre nivåer av atferdsvansker og angst/depressive symptomer, og høyere nivåer av sosial kompetanse sammenlignet med kontrollgruppen (Kjøbli & Ogden, 2012). I tillegg viste foreldrene økte positive foreldreferdigheter og mindre streng og inkonsistent disiplinering i forhold til kontrollgruppen. Effekten ble rapportert å være fra liten til moderat, med Cohen's *d* verdier på 0,21 - 0,65. Det ble ikke vist intervensjonseffekt for atferdsproblemer rapportert av lærere. En oppfølgingsstudie seks måneder etter støttet opp under funnene (Kjøbli & Bjørnebekk, 2013).

Studien har derimot ikke undersøkt om det er effektforskjeller basert på familiestrukturen til familiene som mottar tiltaket. Dette er av viktig praktisk betydning å undersøke da det er et program som allerede er implementert i det norske systemet. Har familier med aleneforeldre andre behov enn i familier med to foreldre? Er metoden nok fleksibel? Favner den bredt nok? Det er en del aleneforeldre som lurer på nettopp om foreldrerådgivning er noe som passer for dem. Dersom det viser seg at det er forskjeller, kan det ha betydning for hvordan behandlingen blir tilpasset de ulike foreldrestrukturene. Hensikten med studien er å være med å øke kunnskapen om den praktiske implementeringen av foreldrerådgivning i familier som sliter med atferdsforstyrrelser.

1.4.2 Implementering i Norge

Norske myndigheter opprettet Atferdssenteret i 1998 med den hensikt å styrke kunnskap og kompetanse om atferdsvansker som opptrer hos barn og unge (Solholm et al., 2006). Det ble gitt to mandat. Det ene var å styrke kompetansen om atferdsvansker i spesialisthelsetjenesten ved hjelp av implementering av PMTO, og det andre var å gjøre evidensbasert kunnskap basert på PMTO-prinsipper om atferdsvansker tilgjengelig på det kommunale nivået (Solholm et al., 2013). Dette andre mandatet ble til TIBIR. TIBIR er hovedsaklig basert på PMTO, men er også påvirket av andre programmer som blant annet De utrolige årene, Fast Track og Triple P. Det Helseregionene har hver sin regionkoordinator som er ansatt ved Atferdssenteret som følger opp den nasjonale implementeringen (Atferdssenteret, 2013). Det regionale leddet følger opp implementeringsprosessen og drift av programmet i de enkelte kommunene. Alle de ansatte i det regionale leddet er utdannet som PMTO-terapeuter. 53 kommuner er med i implementeringen av TIBIR foreløpig, som utgjør omtrent en-fjerdedel av Norges befolkning (Solholm et al., 2013). Mer enn 750 fagpersoner er blitt opplært i en av TIBIRS moduler. Det er flere kommuner som ønsker implementering.

1.5 Familiestruktur og atferdsproblemer

1.5.1 Familiestruktur

Familiestruktur er et konstrukt som i faglitteraturen beskrives på flere måter. Noen studier deler inn familiestruktur inn i en dikotom variabel med barn som bor med begge foreldrene versus alle andre, mens andre går for en operasjonalisering av begrepet i en multinominal retning grunnet kompleksiteten i strukturer (Apel & Kaukinen, 2008; Schoppe, Mangelsdorf & Frosch, 2001). Tidsdimensjonen og om familien har vært gjennom transformasjoner tas også med i noen studier (Carlson & Corcoran, 2001, Magnuson & Berger, 2009; Wu, Hou, & Schimmele, 2008). Intakte familier blir ofte definert som gifte/samboende biologiske foreldre og aleneforeldre som har vært det fra barnets fødsel, mens skilsmisser og oppretting av nye stefamilier vil være transformasjoner. Det er vanskelig å definere familiestruktur på en måte som forskere og myndigheter finner nyttig nettopp fordi det er så komplekst med tanke på måter familien kan være strukturert på og instabilitet med tanke på transformasjoner (Carlson & Meyer, 2014).

1.5.2 Familiestruktur i dagens samfunn

De siste årene har måten familien er strukturert på, gjennomgått vesentlige forandringer. Det er fremdeles mest vanlig å bo med begge sine biologiske foreldre, og 75% av norske barn i 2013 gjorde det, hvorav ca 75% av disse barna igjen har gifte foreldre (SSB², 2013). Den

tradisjonelle familien med ektefeller og felles barn har fått selskap av andre familiestrukturer. Samboerskap er blitt mer vanlig (SSB, 2012). Før 1970 var samboerskap uvanlig, mens fra 1980 tallet ble det mer akseptert, og det blir i økende grad født barn inn i samboerskap (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 1999; SSB, 2009). Barn født inn i samboerskap har økt risiko i forhold til gifte foreldre, for å bli utsatt for at familien omorganiseres ved samlivsbrudd (SSB, 2003). Samlivsbrudd for gifte foreldre har også blitt mer vanlig. Samlivsbrudd kan føre til at barnet vokser opp hos aleneforelder, med varierende grad av kontakt med den andre biologiske forelderen. Nye samlivspartnere kan føre til ny organisering av barnets hverdag. Barn født av alenemødre har økt fra under 5 % på 70 tallet, til rundt 13 % i 2012 (SSB¹, 2013). Behandlingsapparatet må være beredt på å møte barn som lever i flere forskjellige familiestrukturer.

1.5.3 Forskning på forskjeller mellom ulike typer familieorganisering og atferdsproblemer

Det er konsensus om at barn som vokser opp i en tradisjonell toforeldre familie har mindre risiko for atferdsproblemer enn barn av alternative familier bestående av aleneforeldre, skilteforeldre og steforeldre (Amato & Keith, 1991; Kierkus & Hewitt, 2009; Apel & Kaukinen, 2008). Barn av aleneforeldre deltar mer i småkriminalitet, oppnår lavere utdanningsnivå og generelt har noe lavere tilpasning som voksne (Mack, Leiber, Featherstone & Monserud, 2007). Noe av årsaken tror man er at aleneforeldre har mindre ressurser, både økonomisk og tidsmessig (Kierkus & Hewitt, 2009; Anderson, 2002). Noen studier indikerer at alenemødre monitorerer barna mindre, bruker mindre effektive disiplinære strategier og har færre modenhetskrav enn i familier med to foreldre (Mack et al., 2007). Resultater i en ny studie som undersøkte forskjeller på alenemødre og toforeldre familier indikerer at familiestrukturen gjennom mødrenes psykiske helse har effekt på barnas atferd, og forfatterne konkluderer med at det er nødvendig at behandlingen støtter opp om foreldres psykiske helse og foreldreferdigheter (Kliem, Foran, & Hahlweg, 2014).

En studie har funnet at barn som bor med en forelder som er samboer med en ikke-biologisk partner hadde en høyere rate av antisosial atferd, spesielt dersom barnet bodde med sin biologiske far (Apel & Kaukinen, 2008). En annen studie undersøkte og fant ut at unge som bodde med sin biologiske mor og stefar hadde bare marginalt høyere nivåer av atferdsvansker enn barn som bodde med to biologiske foreldre og at disse familietyperne derfor var svært like (Demuth & Brown, 2004). En metastudie utført i 1991 konkluderte med at skilsmisse kan være med å marginalt senke barns trivsel, og at foreldres skilsmisse kan være en stressor

(Amato & Keith, 1991). Mange studier finner at det nettopp er familie transformasjoner, definert som oppløsning av familier og dannelse av nye konstellasjoner, som er korrelert med antisosial atferd (Anderson, 2002). En metaanalyse konkluderte med at barn og unge som vokser opp i familier hvor transformasjoner skjer har 10-15 % høyere prevalens av normbrytende atferd sammenlignet med barn fra intakte familier (Wells & Rankin, 1991). En nyere studie fant derimot ikke en negativ virkning på barns tilpasning etter oppløsning av foreldres parforhold (Wu et al., 2008). Foreldreferdigheter som positiv oppdragelse, monitorering og tvingende samspill ble funnet å bli dårligere i løpet av 30 måneders periode etter en skilsmisse (Reed et al., 2013).

Oversiktsstudier på effekten av skilsmisse på barn har pekt på tre forklaringsmodeller som er sentrale i forhold til mistilpasning; familiekonflikt, dårlig økonomi og fravær av en av foreldrene (Amato & Keith, 1991; Amato & Keith, 2001). En nyere metaanalyse satte i tillegg til de nevnte fokus på foreldres mentale helse, kvaliteten på utøvd foreldreskap, fars tilstedeværelse, pardannelse seleksjon inn i ulike strukturer og familiestabilitet (Waldfogel et al., 2010). Konfliktnivå varierer fra familie til familie uavhengig av struktur, selv om studier også viser at det går spesielt dårlig med barn av fraskilte foreldre med høyt konfliktnivå (Amato & Keith, 1991; Amato & Sobolewski, 2001).

Aleneforsørgere har større sannsynlighet for å ha mindre ressurser med tanke på økonomi og tid (Reyno & McGrath, 2006; Waldfogel et al., 2010; Kierkus & Hewitt, 2009; Anderson, 2002). Kanskje dette igjen kan gå utover kvalitet på foreldreskap, da en trenger tid til å oppnå dette? Psykiske vansker er mer utbredt blant alenemødre enn mødre i kjernefamilier (Brown & Rinelli, 2004), og som tidligere nevnt er psykiske vansker hos foreldre en risikofaktor for utvikling av atferdsvansker. Hvem som ender opp som aleneforelder, gift, samboende eller skilt er ikke nødvendigvis tilfeldig (Waldfogel et al., 2010). Det at en familiestruktur kan dannes ut fra en på forhånd selektert gruppe kompliserer altså forskningen på dette feltet, og det kan være kvalitative forskjeller på hvem som ender opp i de ulike familiestrukturer. Disse faktorene være akkumulerende eller interagere med hverandre.

Kvinner som får barn mens de er i tenårene, har økt sannsynlighet for å enten være alenemor fra barnets fødsel, eller ende opp som alenemor (SSB, 2004). Disse mødrene har også større sannsynlighet for å ha lavere utdanning, lav inntekt og/eller få sosiale stønader gjennom livet. En studie utført på svenske tenåringsmødre viste at kvinnene hadde økt sannsynlighet for å utføre antisosial atferd i 20-årene dersom de ble mødre som tenåringer (Coyne, Fontaine,

Långström, Lichtenstein, & D'Onofrio 2013). Når det ble kontrollert for genetiske og miljømessige forhold, så tydet resultatene på en mulig lik risikofaktor for å bli tenåringsmor og antisosial atferd.

1.5.4 Familieorganisering og foreldretreningsprogrammer

Litteraturen spriker når det kommer til familieorganisering og foreldretreningsprogrammer. På den ene siden viser studier at det å være aleneforelder gir dårligere utfall av behandling sammenlignet med andre strukturer (Webster-Stratton & Hammond, 1990; Reyno & McGrath, 2006). En eldre studie indikerer at opptil 80% av barn i aleneforelder familie ikke er responsive til foreldretrening etter tre år, sammenlignet med 33% av barn i toforelder familier (Webster-Stratton, 1990). Spesielt familier med lav sosioøkonomisk status, (familier med lav inntekt og utdanningsnivå samt familier med aleneforeldre) viste seg å ha dårligst effekt av tiltakene (Reyno & McGrath, 2006). En studie viste at aleneforeldre var mindre responsive i behandlingen enn familier med to foreldre (Gardner et al., 2009). Aleneforeldre hadde i en norsk PMTO studie ikke effekt av behandlingen, og det ble spekulert om grunnen var at PMTO ble for omfattende for en person å gjennomføre (Hagen, Ogden, & Bjørnebekk, 2011). En norsk oppfølgingsstudie på foreldretreningsprogrammet De Utrolige Årene gjort fem-seks år etter behandlingen fant at den sterkeste før-behandlingsprediktoren for om barnet fremdeles hadde en diagnosisterbar atferdsforstyrrelse ved oppfølgingstidspunkt var om barnet var jente, og om barnet bodde alene med mor (Drugli, Larsson et al., 2010). Det er også noen studier som viser at det å være aleneforelder ikke har noe spesiell effekt på behandlingsutbyttet. I en studie som tok for seg foreldretrening, ble det funnet ingen effekt av å være aleneforelder (MacKenzie, Fite, & Bates, 2004). I en metaanalyse ble det heller ikke funnet at sivilstatus var en moderator for effekten av foreldretreningsprogrammet (Lundahl et al., 2006).

I en studie som undersøkte stefars rolle i PMTO, fant de at stefar spilte en positiv rolle, både selvstendig og i samarbeid med mors forebedringer (DeGarmo & Forgatch, 2007). Effekten forsvant i midlertidig etter to år uten at de klarte å forklare årsaken til dette. Nylig ny partner var en risikovariabel for negativt utfall for barnet fordi det er assosiert med forstyrret foreldrepraksis. Dette fordi steforeldre tar med seg sine egne verdier og historier som er annerledes enn den opprinnelige familien sin.

1.6 Oppsummering

Det antas at det er muligheter for å hjelpe flere barn med atferdsvansker, ved å tilpasse til familiens særegne situasjon og problemer (Kjøbli et al., 2012). Kan det tenkes at aleneforeldre familier har mer nytte av et eventuelt tilpasset behandlingstilbud, eller har de like godt utbytte som familier med to foreldre?

Noen studier indikerer at alenemødre monitorerer barna mindre, bruker mindre effektive disiplinære strategier og har færre modenhetskrav enn i familier med to foreldre (Mack et al., 2007). Betyr det også at de har mindre utbytte av strategier som forsøker å øke disse foreldreferdighetene? Det er som nevnt studier som peker i forskjeller retninger; aleneforeldre har mindre utbytte av foreldretrening og aleneforeldre har lik utbytte av foreldretrening.

Utvalget som er med i studien vil bli betraktet som en klinisk populasjon da foreldrene opplever behov for hjelp. Mye av forskningen gjort på sammenhengen mellom familiestruktur og atferdsvansker er gjort på normalpopulasjon (Amato & Keith, 1991; Waldfogel et al., 2010). Forskjellene som er mellom aleneforeldre og toforeldre familier vil antas å være mindre i normalpopulasjonen enn i den kliniske populasjonen (Frivold & Bentzen, 2011), fordi foreldre rapporterer mer problemer på tvers av strukturer blant familiene som mottar foreldrerådgivning enn foreldre som ikke mottar slik hjelp. Dette vil undersøkes ved å sammenligne nivå av atferdsproblemer hos aleneforeldre og toforeldre familier.

I klinisk praksis lurer ofte aleneforeldre på om de også har mulighet til å delta på foreldrerådgivning, og om de vil mestre det på lik linje som familier som har to foreldre å spille på. På bakgrunn av dette, tenker jeg å dele inn i aleneforeldre versus toforeldre familier. Hvordan er aleneforeldre versus familier med to foreldre i forhold til behandlingsutbytte? Klarer aleneforeldre å gjøre like god nytte av foreldrerådgivning som familier med to foreldre? Modereres behandlingsutfallet av familiestruktur?

Studien vil ikke gi grunnlag for å trekke kausale slutninger i forhold symptomendringer. Til tross for at ulike typer familiestrukturer korrelerer med atferdsvansker, er det lite som tilsier at kun dette forklarer alle tilpasningsvansker. Studien vil altså kun på et strukturelt nivå ta stilling til generelle ulikheter og egenskaper mellom de to gruppene som studeres.

1.6.1 Forsknings spørsmål

- 1) Hvordan er nivået av atferdsvansker til barna fordelt på aleneforeldre- og toforeldrefamilier ved inntak til foreldrerådgivning?
- 2) Er det forskjeller mellom gruppene inndelt etter familiestruktur med hensyn til atferdsendring hos barnet etter foreldrerådgivning?
- 3) Er det forskjeller mellom gruppene inndelt etter familiestruktur med hensyn til foreldreferdigheter etter foreldrerådgivning?

2 Metode

2.1 Hovedstudien

Hovedstudien som denne oppgaven er sprunget ut i fra undersøkte effektiviteten av foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten sammenlignet med annen tilgjengelig praksis og ble utført i regi av Atferdssenteret. Barnas alder varierte mellom tre og tolv år, og var enten i en tidlig fase med atferdsvansker eller allerede utviklede atferdsproblemer. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk godkjente hovedstudien og ga REK-nummer 2.2006.2066. Metodologisk ble studien gjennomført ved hjelp av pretest-posttest parallell randomisert studie. Det var en 50:50 ratio mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Foreldre/foresatte samt lærere rapporterte inn data om barnets atferd. Endring ble målt ut fra disse dataene gjennom endring i barnets atferd og foreldrepraksis. Barnets atferd ble målt i områdene problematferd, internaliserende vansker og sosial kompetanse. Foreldres mentale helse ble inkludert grunnet den påviste sammenhengen mellom behandlingsutfall og foresattes psykiske helse (Lundahl et al., 2006). Hovedstudien fant, i likhet med lignende studier, at foreldrerådgivningen hadde en positiv effekt for familiene (Kjøbli & Ogden, 2012). Områdene med signifikante effekter var nedgang i barns problematferd, økt sosial kompetanse og økt foreldrerapportert foreldrepraksis (Kjøbli & Ogden, 2012). Overførbarheten til skolesituasjonen var ikke signifikant (Kjøbli & Ogden, 2012). Denne oppgaven er en forlengelse av hovedstudien, og som tar sikte på å undersøke om effekten av behandlingen ser annerledes ut for gruppene aleneforeldre og toforeldrefamilier.

Studien vil ta for seg det å være aleneforelder i det daglige versus det å være gift/samboer, uavhengig om det er med begge biologiske foreldrene eller en biologisk forelder og steforelder. De som inkluderes i aleneforeldre kategorien kan da være separert, skilt, eller vært alene fra starten av barnets liv. Hovedtanken bak dette er at det viktige i denne situasjonen er om foreldrerådgivning har lik eller mindre/mer effekt dersom en forelder har ansvaret alene i det daglige. Studien tar ikke hensyn til om hvorvidt barnet har samvær med den andre forelder, og hvor mye samvær det eventuelt er, ettersom det uansett er barnet og aleneforelder som alene står i de aktuelle situasjonene i det daglige, i motsetning til hvor man er to foreldre og slik sett hypotetisk har større støtte. Det er et bevist valg å dele familiene inn på denne måten. Det er en problemstilling som ofte blir reist om hvorvidt aleneforeldre vil ha like godt utbytte som familier med to foreldre. "Passer dette for meg? Det

er ikke for mye?" Aleneforeldre lurer ofte på om de vil klare å mestre kurset, ha tid til kurset og hjemmeoppgaver og i tillegg ha det vanlige ansvaret for barnet.

2.2 Utvalg

Data som er anvendt er fra 216 familier som har barn med begynnende eller allerede utviklede atferdsproblemer. Rekrutteringen har foregått i alle de fem helseregionene i Norge i løpet av 2007-2008, og har blitt randomisert til en intervensjonsgruppe som mottok foreldrerådgivning og en sammenligningsgruppe. Deltagere ble ekskludert fra studien dersom de 1) var psykisk utviklingshemmet, 2) hadde en diagnose innenfor autismespekteret, 3) hadde blitt utsatt for dokumentert seksuelt overgrep eller 4) hadde foreldre med alvorlige psykiske helseproblemer. Tilbudet om behandling ble gitt på bakgrunn i klinisk vurdering fra førstelinjetjenesten. 29 familier falt fra studien underveis, som resulterte i at det ved posttest var data på 187 familier.

Ved oppstart skåret 54% av barna over grenseverdien for atferdsvansker på Eyberg intensitetsskala, som indikerer klinisk betydningsfulle atferdsproblemer. 66,8% (125) av barna var gutter, og 33,2% (62) var jenter. Barna i gruppen som fullførte hadde en gjennomsnittsalder på 7,19 år, med et standardavvik på 2,59 år. Gjennomsnittsalderen for forelderen som deltok som informant var 35,35 år (SD 5,98). Den gjennomsnittlige årlige inntekten var på 549 990 kroner (SD 325 729), som blir regnet som øvre midtsjiktet i følge SSB (2010). 77 (41,2%) av foreldrene hadde høyere utdanning, 99 (52,9%) hadde videregående opplæring og de resterende 11 (5,9%) hadde fullført grunnskoleutdanning. Majoriteten hadde norsk bakgrunn 173 (92,5%), fire (2,1%) var fra andre vesteuropeiske land mens 10 stykker (5,3%) opplyste "annen" bakgrunn. Tar man et blick i SSB sine innvandringsstatistikk for 2008, vil man se at det relativt sett gjenspeilte befolkningen, da 9,7 % av hele befolkningen i Norge bestod av innvandrere og norskfødte med innvandrere (Daugstad, 2008). I forhold til familiestruktur, så bodde 110 (50,9%) av barna med begge sine biologiske foreldre, 27 (12,5%) bodde med en biologisk forelder og en gift/samboende ny partner og 79 (36,6%) bodde med aleneforeldre (skilt, separert eller aldri gift).

2.2.1 Frafall

Det var 29 familier som falt fra under studien. Studien startet med 216 familier og endte opp på 187 familier. Deskriptive analyser ble utført, samt t-tester for å undersøke om forskjellene mellom de som falt fra og de som fullførte til T2 var statistisk signifikante.

2.3 Måleinstrumenter

Måleinstrumenter som ble brukt i hovedstudien inkluderte foreldrepraksis, barnas atferdsproblemer, barnas sosiale kompetanse, barnas internaliserte problemer og foreldres psykiske belastninger. Barnas internaliserte problemer og foreldres psykiske belastninger vil ikke bli inkludert i denne studiens analyser da det vil bli for omfattende for oppgavens ramme. Foreldrepraksis ble målt ved hjelp av Parenting Practices Interview (PPI; Webster-Stratton & Hammond, 1998). Studien brukte tre instrumenter på atferdsmål, to hvor foreldre var informanter, og den siste hvor læreren var informant. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg & Pincus, 1999), Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS; Merrell and Caldarella, 2002) og School Social Behavior Scales (SSBS; Merrell and Caldarella, 2002) var disse tre instrumentene.

2.3.1 Parenting Practices Interview - PPI

PPI har blitt oversatt og tilpasset til norske forhold (Larsson et al., 2009), og er et mye brukt instrument (Reid, Webster-Stratton, & Beauchaine, 2001). På grunnlag av en studie som indikerte at PPI-rapporterte foreldrepraksis medierte effekten av foreldretrening, og derfor predikerte barnas utfall (Fossum, Mørch, Handegard, Drugli, & Larsson, 2009) fant man at det var grunnlag for å si at PPI kunne ha prediktiv validitet (Kjøbli & Ogden, 2012). Det er validert ved bruk av et norsk utvalg (Kjøbli & Ogden, 2012). Det ble brukt sju skalaer for å måle foreldrepraksis støttet ved hjelp av foreldrerådgeving. Alle skalaene ble skåret på en Likert-skala med sju punkter.

- 1) "Streng for alderen" (Harsh for age) som bestod av 9 items. Eksempel på item er "noen ganger må en bli skikkelig sint på barnet for at barnet skal lære". Cronbachs alfa for pretest og posttest var 0,7 og 0,77 (Kjøbli & Ogden, 2012).
- 2) "Streng disiplinering" (Harsh discipline) som bestod av 14 items. Eksempel på item er "Gir barnet ris". Cronbachs alfa for pretest og posttest var 0,78 og 0,80 (Kjøbli & Ogden, 2012).
- 3) "Inkonsistent disiplin" (Inconsistent discipline) som bestod av 6 items. Eksempel på item er "Hvor ofte klarer barnet å unngå regler du har satt?". Cronbachs alfa for pretest og posttest var 0,74 og 0,64 (Kjøbli & Ogden, 2012).
- 4) "Passende disiplin" (Appropriate discipline) som bestod av 16 items. Eksempel på item er "Få barnet til å rette opp problemet eller gjøre opp for sine feil". Cronbachs alfa for pretest og posttest var 0,79 og 0,83 (Kjøbli & Ogden, 2012).
- 5) "Positiv oppdragelse" (Positive parenting) som bestod av 15 items. Eksempel på det var "Oppmuntrer eller gir barnet komplimenter". Cronbachs alfa for pretest og posttest var 0,69

og 0,73 (Kjølbi & Ogden, 2012).

6) "Klare forventninger" (Clear expectations) som bestod av 3 items. Eksempel på item var "Jeg har laget klare forventninger til barnet mitt om hva slags husarbeid han/hun skal bidra med". Cronbachs alfa for pretest og posttest var 0,61 og 0,64 (Kjølbi & Ogden, 2012).

7) "Monitorering" (Monitoring scale) som bestod av 9 items. Eksempel på dette var "Det er viktig for meg å vite hvor barnet mitt er når vi ikke er sammen". Cronbachs alfa for pretest og posttest var 0,54 og 0,58 (Kjølbi & Ogden, 2012). Monitorering vil ikke bli brukt grunnet for lave reliabilitetskoeffisienter. Denne skalaen var heller ikke inkludert i den opprinnelige studien.

2.3.2 Eyberg Child Behavior Inventory - ECBI

ECBI ble valgt fordi det er et mye brukt redskap som er normert på norske utvalg (Reedtz, et al., 2008), og er nå validert i Norge (Kjølbi & Ogden, 2012). Det er utviklet for barn mellom 2 og 16 år, og består av 36 items. Instrumentet består av en intensitetsskala som indikerer frekvens av atferdsproblemer (7poengs Likert-skala) og en problemskala som indikerer om forelderen opplever atferden som problematisk (skåret 1). Cronbachs alfa for pretest og posttest på intensitetsskalaen var 0,91 og 0,93 og for problemskalaen var pretest og posttest skårene på 0,87 og 0,90 (Kjølbi & Ogden, 2012).

2.3.3 Home and Community Social Behavior Scales - HCSBS

HCSBS (Merrell & Caldarella, 2002) består av 64 items som er på en 5poengs Likert-skala, delt i to, som indikerer både atferdsproblemer og sosial kompetanse. Atferdsproblemer kan være "å havne i slåsskamper" mens sosialkompetanse kan være "godtar jevngamle". Atferdssenteret har oversatt og validert skalaene til norsk bruk (Kjølbi & Ogden, 2012). Cronbachs alfa for pretest og posttest for atferdsproblemer var på 0,93 og 0,94, mens for sosialkompetanse var pretest og posttest på 0,93 og 0,95 (Kjølbi & Ogden, 2012).

2.3.4 School Social Behavior Scales - SSBS

SSBS (Merrell & Caldarella, 2002) består av 64 items ved bruk av 5poengs Likert-skata, som indikerer atferdsproblemer og sosial kompetanse. SSBS har blitt validert i et norsk utvalg (Kjølbi & Ogden, 2012). Cronbachs alfa for pretest og posttest for atferdsproblemer var på 0,97 og 0,97, mens for sosialkompetanse var pretest og posttest på 0,97 og 0,97 (Kjølbi & Ogden, 2012).

2.4 Analysestrategi

Først vil jeg sammenligne intervensjonsgruppen med sammenligningsgruppen ved T1 for å være sikker på at eventuelle forskjeller ved T2 ikke skyldes systematiske forskjeller allerede ved T1. T-tester vil bli gjort for å undersøke om det er forskjeller på atferdsmålene mellom barna av aleneforeldre og toforeldre i gruppen som fullførte.

2.4.1 Endring og estimering av behandlingseffekt

Atferdsendring vil bli målt som differansen mellom pretest og posttestskårer på henholdsvis ECBI, HCSBS og SSBS. Differansen ble regnet ut som posttest minus pretest. Det er en vanlig måte å beregne endring på, og er anbefalt av Rogosa, Brandt & Zimowski (1982). På skalaer som tapper problematferd vil en negativ differanseskåre indikere bedring, det vil si at barnet har hatt en nedgang i problematferd. På skalaene som tapper sosial kompetanse vil en positiv differanseskåre indikere bedring, altså at barnet har økt sin sosiale kompetanse.

Foreldrepraksisendring vil bli målt som differansen mellom pretest og posttestskårer på PPI. Differansen ble regnet ut som posttest minus pretest. På målene som tapper negative foreldreferdigheter vil negativ differanseskåre indikere forbedret foreldreferdigheter. På målene som tapper positive foreldreferdigheter vil positiv differanseskåre indikere økte positive foreldreferdigheter.

Det ble utført Cohen's d beregninger på disse endringene, som er et vanlig mål på effekt størrelse (Howitt & Cramer, 2008). Cohen (1988) definerte d som forskjellen i gjennomsnittene delt på standardavvikene. Han foreslo også at dersom d var på 0,2-0,4 var det en liten effektstørrelse, 0,5-0,7 var en middels effektstørrelse, og 0,8 og oppover var stor effektstørrelse.

$$d = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s}$$

2.4.2 Multippel regresjonsanalyse

Den uavhengige variabelen familiestruktur er dikotom, med familier med aleneforeldre versus familier med toforeldre. Den avhengige variabelen er kontinuerlig. For å teste hypotesen om at det er sammenheng mellom familiestruktur og intervensjonsutfall, ble standard multippel regresjonsanalyse brukt. For å unngå problemer med multikolaritet ble variablene sentrert. Intervensjonen ble kodet -0,5 og sammenligningsgruppen ble kodet 0,5. Toforeldregruppen

ble kodet -0,5 og aleneforeldregruppen ble kodet 0,5. Det ble kjørt multiple regresjonsanalyser for alle de 12 utfallsmålene med de uavhengige variablene familiestruktur, intervensjon og et interaksjonsledd kalt familiestruktur*intervensjon. Det er den kritiske koeffisienten for studien; dersom den er signifikant kan det tolkes som at intervensjonen er ulik for familiene basert på familiestrukturen. B og Beta vil også bli oppgitt i resultatene. B er den ustandardiserte regresjonskoeffisienten, og viser den gjennomsnittlige endringen av den avhengige variabelen når den uavhengige variabelen øker med en enhet, mens Beta er den standardiserte koeffisienten og varierer fra -1 til 1 (Eikemo & Clausen, 2012).

2.4.3 Statistisk signifikans

Statistisk signifikans sier noe om hvor sannsynlig det er at resultatene vi får er tilfeldige, det vil si at vi observerer en forskjell mellom gruppene til tross for at den forskjellen i realiteten ikke finnes. Statistisk signifikans sier ikke hvor sterk effekten eventuelt er. Som uttrykk for effektens styrke er det i studien beregnet standardiserte effektmål: Cohen's d, B, Beta koeffisienter og R^2 (delt varians). Det er beregnet 95% konfidensintervaller, fremfor kun p-verdier for å gi et mer presist bilde av hva de faktiske verdiene kan være, framfor å kun stadfeste en nullhypotese.

Alle analysene ble kjørt i SPSS-versjon 20.

3 Resultater

3.1 Frafallsanalyser

Det ble utført frafallsanalyser for å undersøke om det oppstod skjevheter da flere familier falt fra studien underveis. Det opprinnelige utvalget bestod av 216 familier, 108 i intervensjonsgruppen og 108 i sammenligningsgruppen. Underveis i studien falt noen av deltagerne bort grunnet at de ikke ønsket å delta, manglende svar på henvendelser, at familien ønsket annen hjelp eller hadde flyttet, grunnet graviditet eller sykdom. Det var 13 familier som falt bort fra intervensjonsgruppen, mens sammenligningsgruppen hadde 16 som falt fra. 14 aleneforeldre falt fra, og 15 toforeldrefamilier falt fra. Intervensjonsgruppen hadde ved T2 95 familier og sammenligningsgruppen hadde 92 familier. 122 av de disse var toforeldre familier, og 65 var aleneforeldre.

		Fullført gruppe (N 187) Toforeldre (N 122, 65%) Aleneforeldre (N 65, 35%)	Frafallsgruppe (N 29) Toforeldre (N 15, 52%) Aleneforeldre (N 14, 48%)
Prosent over klinisk grenseverdi på Eyberg Intensitetsskala ved oppstart	Toforeldre	54,1 %	66,7 %
	Aleneforeldre	53,8 %	64,3 %
Kjønn på barnet	Toforeldre	Gutt - 89 (73%) Jente - 33 (27%)	Gutt- 11 (73,3%) Jente - 4 (26,7%)
	Aleneforeldre	Gutt - 36 (55,4%) Jente - 29 (44,6%)	Gutt - 11 (78,6%) Jente - 3 (21,4%)
Gjennomsnittsalder på barnet	Toforeldre	6,89 (SD 2,5)	7,94 (SD 2,76)
	Aleneforeldre	7,75 (SD 2,69)	7,77 (SD 2,65)
Gjennomsnittlig alder på forelder	Toforeldre	35,43 (SD 5,5)	35 (SD 5,9)
	Aleneforeldre	35,22 (SD 6,8)	35 (SD 7,8)
Utdanning hos foreldre	Toforeldre	Høyere utdanning: 62 (50,1%) Fullført vgs: 58 (47,5%) Fullført grunnskole: 2 (1,6%)	Høyere utdanning: 5 (33,3%) Fullført vgs: 8 (53,3%) Fullført grunnskole: 2 (13,3 %)
	Aleneforeldre	Høyere utdanning: 15 (23 %) Fullført vgs: 41 (63%) Fullført grunnskole: 9 (13,8%)	Høyere utdanning: 3 (21,4%) Fullført vgs: 7 (50%) Fullført grunnskole: 4 (28,6%)
Bakgrunn	Toforeldre	Norsk bakgrunn 116 (95,1) Annen bakgrunn 6 (4,9%)	Norsk bakgrunn 15 (100%) Annen bakgrunn 0
	Aleneforeldre	Norsk bakgrunn 57 (87,7%) Annen bakgrunn 8 (12,3%)	Norsk bakgrunn 14 (100%) Annen bakgrunn 0
Rekruttert fra barnevern	Toforeldre	13,90 %	26,70 %
	Aleneforeldre	30,10 %	35,70 %

Tabell 1 - deskriptiv sammenligning av fullført gruppe og frafallsgruppe fordelt på familiestruktur

Tabell 1 viser oversikt over demografiske forskjeller på familiene som fullførte til T2 (fullført gruppe) og frafallsgruppen inndelt i toforeldre og aleneforeldre familier. I metoddelen av oppgaven er det deskriptivt gjort rede for fullført gruppe som helhet. I fullført gruppe var henholdsvis 54,1% og 53,8% av toforeldre-og aleneforeldrefamiliene over klinisk grenseverdi på Eyberg Intensitetsskala. Det var 89 (73%) gutter og 33 (27%) jenter i toforeldrefamilier mens det var 36 (55,4%) gutter og 29 (44,6%) jenter i aleneforeldrefamilier.

Gjennomsnittsalder var på 6,89 (SD 2,5) for toforeldrefamilier og på 7,75 (SD 2,69) for aleneforeldre. Gjennomsnittsalder for foreldre i toforeldrefamilier var på 35,43 (SD 5,5) og hos aleneforeldrefamilier på 35,22 (SD 6,8). Aleneforeldre har litt eldre barn, men har selv samme alder som foreldre i toforeldrefamilier. Det er 62 (50,1%) toforeldrefamilier som har høyere utdanning, 58 (47,5%) som har fullført videregående skole mens 2 (1,6%) har fullført grunnskolen. For aleneforeldre er det 15 (23%) som har fullført høyere utdanning, 41 (63%) som har fullført videregående skole og 9 (13%) fullførte grunnskolen. Det er flere i toforeldrefamilier som har høyere utdannelse enn hos aleneforeldrefamilier. Det er 116 (95,1%) som har norsk bakgrunn i toforeldrefamilier og de resterende 6 (4,9%) har bakgrunn fra andre land, mens i aleneforelderfamilier er det 57 (87,7%) som har norsk bakgrunn og 8 (12,3%) som har annen bakgrunn. I toforeldre familier var 14% rekruttert fra barnevernet mens for aleneforeldre var 30% rekruttert fra barnevernet.

I frafallsgruppen var 66,7% av toforeldrefamilier og 64,3% av aleneforeldrefamilier over klinisk grenseverdi på Eyberg Intensitetsskala. Det er noe mer enn for fullført gruppe. Det var 11 (73%) gutter og 4 (27%) jenter fra toforeldrefamilier som falt fra, mens det var 11 (79%) gutter og 3 (21%) jenter fra aleneforeldrefamilier som falt fra. Barnas alder var i toforeldrefamilier gjennomsnittlig 7,94 (SD 2,76) og for aleneforelderfamilier på 7,77 (SD 2,65). Foreldres gjennomsnittsalder var på 35 for både toforeldrefamilier (SD 5,9) og aleneforelderfamilier (SD 7,8). Det var 5 (33%) som hadde fullført høyere utdanning, 8 (53%) som fullførte videregående og 2 (13%) med fullført grunnskole blant toforeldrefamiliene. For aleneforeldrefamiliene var det 3 (21%) med fullført høyere utdanning, 7 (50%) med fullført videregående og 4 (29%) med fullført grunnskole. Alle hadde norsk bakgrunn. Det var 26,7% av toforeldrefamiliene og 35,7% av aleneforeldrefamiliene som var rekruttert fra barnevernet. Det var noe høyere andel enn for fullført gruppe.

		Fullført gruppe		Frafallsgruppe		Familiestruktur		Frafall		Interaksjon	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	F	<i>t</i>	F	<i>t</i>	F	<i>t</i>
ECBI											
Intensitetsskala	Aleneforeldre	123,8	28,42	125,0	33,52						
	Toforeldre	124,0	27,61	136,1	22,6						
						1,01	0,32	1,43	0,23	0,93	0,34
Problemskala	Aleneforeldre	14,9	8,0	15,9	7,2						
	Toforeldre	14,9	7,0	19,1	5,5						
						1,23	0,27	3,22	0,07	1,31	0,25
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>						
Antisosial atferd	Aleneforeldre	74,6	19,4	74,9	22,9						
	Toforeldre	72,4	19,6	82,9	18,0						
						0,51	0,48	1,86	0,17	1,67	0,20
Sosial kompetanse	Aleneforeldre	108,1	19,4	104,4	18,6						
	Toforeldre	109,7	18,6	109	14,9						
						0,71	0,40	0,36	0,55	0,16	0,69
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>						
Antisosial atferd	Aleneforeldre	66,8	30,0	74,3	20,3						
	Toforeldre	68,3	26,2	70,0	23,6						
						0,06	0,81	0,58	0,45	0,24	0,63
Sosial kompetanse	Aleneforeldre	100,5	26,1	96,1	18,9						
	Toforeldre	108,4	25,8	99,8	20,4						
						1,07	0,30	1,34	0,25	0,13	0,72

*= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 2 - gjennomsnittlige råskårer og t-tester på atferdsmål for fullførtgruppe og frafallsgruppe.

Tabell 2 viser forskjeller mellom fullførtgruppe og frafallsgruppen på atferdsmålene.

-Det er lite som skiller på Eybergs intensitetsskala mellom barna fra toforeldrefamilie i fullført gruppen og aleneforeldre i begge gruppene. Toforeldrefamilier har derimot høyere skåre.

- I fullført gruppe har aleneforeldre og toforeldre samme skåre på 14,9 på Eyberg Problemskala, mens den er noe høyere i frafallsgruppen med 15,9 for aleneforeldre og 19,1 for toforeldrefamilier.

- HCSBS sin foredrer rapporterte antisosiale atferd var på henholdsvis 74,6 (SD 19,4) for aleneforeldre og 72,4 (SD 19,6) for toforeldrefamilier i den fullførte gruppen, mens den var på 74,9 (SD 22,9) for aleneforeldre og den noe høyere 82,9 (SD 18) for toforeldrefamilier.

- Foredrer rapport sosial kompetanse på HCSBS skalaen var relativt like for fullført gruppe for aleneforeldre 108,1 (SD 19,4) og toforeldrefamilier 109,7 (SD 18,6). For aleneforeldre på frafallsgruppen er skåren noe lavere på 104,4 (SD 18,6), mens den er ganske lik som fullført

gruppe for toforeldre på 109 (SD 14,9).

- Den lærerrapporterte SSBS antisosial atferdsskalaen er noe høyere for aleneforeldre i frafallsgruppen 74,3 (SD 20,3) enn i fullførtgruppen 66,8 (SD 30). For toforeldregruppen er det små forskjeller, 68,3 (SD 26,2) i fullførtgruppen og 70 (SD 23,6) i frafallsgruppen. Lærere rapporterer altså noe mer antisosial atferd for gruppen som falt fra sammenlignet med den fullførte gruppen, og at aleneforeldres barn har noe mer antisosial atferd enn toforeldres barn i den frafalte gruppen men ikke i fullført gruppe.

- Lærers sosial kompetanse skala SSBS viser at fullført gruppe hadde høyere skårer enn frafallsgruppen, hvorav toforeldregruppen hadde høyest skåre og aleneforeldregruppen lavest skåre. Toforeldrefamilien i fullført gruppe skårte i gjennomsnitt 108,4 (SD 25,8), mens aleneforeldrefamiliene skårte 100,5 (SD 26,1). I frafallsgruppen var skårene for toforeldrefamilien på 99,8 (SD 20,4) og for aleneforeldrefamiliene på 96,1 (SD 18,9).

I følge t-testene var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene.

Foreldreferdigheter		Fullført gruppe		Frafallsgruppe		Familiestruktur		Frafall		Interaksjon	
		M	SD	M	SD	F	t	F	t	F	t
Streng disiplinering	Aleneforeldre	30,5	7,9	31,3	7,9						
	Toforeldre	31,6	7,3	32,1	8,8						
						,34	,56	,21	,64	,03	,87
Streng for alderen	Aleneforeldre	18,6	6,1	17,5	4,7						
	Toforeldre	17,6	6,8	20,1	5,0						
						,33	,57	,27	,60	2,05	,15
Inkonsistent disiplin	Aleneforeldre	18,5	4,5	22,1	5,0						
	Toforeldre	18,8	4,4	18,4	3,9						
						3,57	,06	3,26	,07	5,21	,02*
Passende disiplin	Aleneforeldre	75,0	11,7	67,9	12,9						
	Toforeldre	70,4	11,4	77,5	14,5						
						1,15	,29	,00	,99	2,83	,003*
Positiv oppdragelse	Aleneforeldre	66,5	9,7	67,8	8,1						
	Toforeldre	66,5	9,0	70,9	10,0						
						,67	,42	2,39	,12	,70	,40
Klare forventninger	Aleneforeldre	15,9	3,2	15,9	2,6						
	Toforeldre	16,0	3,0	17,5	2,0						
						1,84	,18	1,64	,20	1,43	,23

*= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 3 - gjennomsnittlige råskårer og t-tester på foreldreferdighetsmål for fullførtgruppe og frafallsgruppe.

Tabell 3 viser forskjeller mellom gruppen som fullførte og gruppen som falt fra på foreldreferdighetene, fordelt på aleneforeldre og toforeldre.

- Aleneforeldre har skåre på 30,5 (SD 7,9) og toforeldre har skåre på 31,6 (SD 7,3) på "streng disiplinering" i den fullførte gruppen. I frafallsgruppen har aleneforeldre skåre på 31,3 (SD 7,9) og toforeldre på 32,1 (SD 8,8). Det var ikke statistiske signifikante forskjeller mellom gruppene.

- På "streng for alderen" skalaen hadde aleneforeldre en skåre på 18,6 (SD 6,1) og toforeldre hadde 17,6 (SD 6,8) i den fullførte gruppen. I frafallsgruppen var skårene litt annerledes og toforeldrefamilier har høyere skåre 20,1 (SD 5) enn aleneforeldre 17,5 (SD 4,7). Det var i midlertidig ikke statistisk signifikante disse forskjellene.

- I den "inkonsistent disiplin"-skalaen for den fullførte gruppen er skårene henholdsvis 18,5 (SD 4,5) og 18,8 (SD 4,4) for aleneforeldre og toforeldre, mens i den gruppen som falt fra ser det relativt likt ut for toforeldrefamilien med skåre på 18,4 (SD 3,9). For aleneforeldrene er derimot skåren høyere, på 22,1 (SD 5). Denne interaksjonsforskjellen er signifikant.

- For gruppen som har fullført, så ser skårene i "passende disiplin" skalaen ut for aleneforeldre på 75 (SD 11,7) og toforeldre 70,4 (SD 11,4). I gruppen som falt fra hadde aleneforeldre en skåre på 67,9 (SD 12,9) mens toforeldre hadde en god del høyere skåre med 77,5 (SD 14,5). Også på denne skalaen var forskjellen signifikant når man ser på interaksjonen.

- På "positiv oppdragelse" skalaen så hadde aleneforeldre (SD 9,7) og toforeldre (SD 9) begge skåre på 66,5 i den fullførte gruppen. Frafallsgruppen skårte 67,8 (SD 8,1) for aleneforeldre og 70,9 (SD 10) for toforeldrefamilier. Det var ikke signifikante forskjeller for denne skalaen.

- Aleneforeldre har en skåre på 15,9 (SD 3,2) og toforeldre på 16 (SD 3) på "klare forventninger" i den fullførte gruppen. I frafallsgruppen har aleneforeldre 15,9 (SD 2,6) og toforeldre 17,5 (SD 2).

Det var en signifikant interaksjonseffekt mellom gruppen som falt fra og gruppen som fullførte mellom gruppene på to av målene; "inkonsistent disiplin" ($p=0,02$) og "passende disiplin" ($p=0,003$). Aleneforeldre som falt fra hadde høyere skåre enn de andre gruppene på "inkonsistent disiplin". På skalaen "passende disiplin" var forskjellen tydelig fordi aleneforeldre som falt fra hadde lavest skåre, mens toforeldregruppen som falt fra hadde høyest skåre. Familiene som fullførte var mellom disse gruppene. På de resterende målene var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.

3.2 Forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen

T-tester ble utført for å sammenligne gruppene ved T1, og resultatet viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom gruppene på utfallsmålene.

3.2.1 Atferdsmål

Atferdsmål		Intervensjonsgruppe					Sammenligningsgruppe					Cohen's d
		T1		T2		Differanse i råskåre	T1		T2		Differanse i råskåre	
		M	SD	M	SD			M	SD	M		SD
ECBI												
Problemskala	Aleneforelder	15,63	7,1	8,93	7,7	6,70	14,29	8,7	10,51	8,7	3,77	0,36*
	Toforeldre	15,18	7,3	8,86	7,1	6,32	14,49	6,7	10,40	6,8	4,09	0,32*
Intensitetsskala	Aleneforelder	124,00	28,0	103,82	28,8	20,18	123,57	29,1	112,46	31,4	11,11	0,33*
	Toforeldre	124,60	26,8	102,54	24,6	22,06	123,35	28,9	110,60	26,3	12,75	0,35*
HCSBS												
Antisosal atferd	Aleneforelder	76,63	18,0	66,03	17,7	10,60	72,94	20,6	66,60	19,7	6,34	0,22*
	Toforeldre	73,31	19,6	62,25	16,3	11,06	71,28	19,8	65,44	17,8	5,84	0,28*
Sosial kompetanse	Aleneforelder	106,23	17,7	117,99	19,7	-11,76	109,69	20,9	113,71	24,6	-4,03	0,37*
	Toforeldre	107,77	19,7	118,47	20,2	-10,70	111,98	17,0	117,15	17,5	-5,17	0,3*
SSBS												
Antisosal atferd	Aleneforelder	71,40	31,5	71,40	27,0	0,00	62,68	28,4	57,51	24,8	5,17	0
	Toforeldre	73,31	28,3	65,82	23,8	7,49	61,91	21,9	59,32	22,7	2,59	0,2*
Sosial kompetanse	Aleneforelder	97,56	26,9	96,55	21,4	1,01	103,25	25,5	104,76	26,6	-1,51	-0,1
	Toforeldre	102,07	26,9	105,66	25,5	-3,59	116,51	22,1	117,80	25,1	-1,29	0,09

*= liten effekt, **=middels effekt, *** stor effekt Tabell 4- atferdsråskårer på utfallsmål

Tabell 4 viser råskårer og Cohen's d for differanseskårene ved T1 og T2 for intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen, delt i aleneforeldre og toforeldre familier. - ECBI problemskala indikerer en endring for aleneforeldre på 6,7 og for toforeldre på 6,3 i intervensjonsgruppen, mens sammenligningsgruppen hadde en endring på 3,8 for aleneforeldre og 4,1 for toforeldre. Cohen's d viser liten effekt for både aleneforeldre (0,36) og toforeldre (0,32). - Intensitetsskalaen på ECBI viser en nedgang på 20,2 for aleneforeldre og 22,1 for toforeldre i intervensjonsgruppen, mens i sammenligningsgruppen er endringen for aleneforeldre på 11,1 og for toforeldre på 12,8. Cohen's d indikerer en liten effekt for aleneforeldre (0,33) og for toforeldre (0,35). - HCSBS antisosal atferd gir en differanse på 10,6 for aleneforeldre og 11,06 for toforeldre på intervensjonsgruppen. Sammenligningsgruppen har en endring på 6,3 for aleneforeldre og 5,8 for toforeldrefamilier. Cohen's d indikerer en liten effekt for aleneforeldre på 0,22, og en noe høyere effekt, men fremdeles liten effekt for toforeldre på 0,28.

- HCSBS sosial kompetanse i intervensjonsgruppen er det endring på 11,8 for aleneforeldre og 10,7 for toforeldrefamilier, mens i sammenligningsgruppen er endringen på 4 for aleneforeldre og på 5,1 for toforeldrefamilier. Cohen's d viser en litt høyere effekt for aleneforeldre enn toforeldre, på henholdsvis 0,37 og 0,3. Dette blir regnet for en liten effekt.
- SSBS antisosial atferd er det ikke endring for aleneforeldre i intervensjonsgruppen, mens for toforeldrefamilier er den på 7,5. I sammenligningsgruppen oppnår aleneforeldre en endring på 5,2, mens toforeldrefamilier har en endring på 2,6. Det betyr at Cohen's d verdi for aleneforeldre er 0, mens det er en liten effekt for tobarnsforeldre på 0,2.
- SSBS sosial kompetanse har aleneforeldre i intervensjonsgruppen en negativ endring på 1, mens toforeldregruppen har en positiv endring på 3,6. I sammenligningsgruppen oppnår aleneforeldre foreldre en endring på 1,5 og toforeldregruppen har en endring på 1,3. Cohen's d verdi viser ingen effekt for noen av gruppene på SSBS sosial kompetanse.

Skårene viser nedgang antisosial atferd og en økning i sosial kompetanse i både intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen fra T1 til T2 på de foreldrerapporterte målene. Oppsummert er endringen størst i intervensjonsgruppen for både aleneforeldre og toforeldregruppen på foreldrerapporterte utfallsmål; foreldrerådgivning har en bedre effekt enn sammenligningstiltaket Effektforskjeller mellom aleneforeldre og toforeldre er små. På lærerrapportert utfallsmål er det for toforeldrefamilier størst endring i intervensjonsgruppen, mens for aleneforeldre er det ikke noe vesentlig endring.

3.2.2 Foreldreferdigheter

Foreldreferdigheter		Intervensjonsgruppe				Sammenligningsgruppe				Cohen's <i>d</i>
		T1		T2		T1		T2		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Streng for alderen	Aleneforelder	17,03	5,4	17,40	5,4	20,06	6,3	20,43	7,3	0,00
	Toforeldre	17,48	6,9	15,34	6,3	17,67	6,9	17,75	7,1	0,33*
Streng disiplinering	Aleneforelder	29,03	8,6	25,27	5,5	31,69	7,2	28,71	6,5	0,12
	Toforeldre	31,88	7,4	26,28	7,6	31,32	7,2	29,95	6,7	0,59**
Inkonsistent disiplin	Aleneforelder	18,27	4,7	16,77	4,3	18,66	4,4	17,69	4,0	0,12
	Toforeldre	19,06	4,6	16,58	3,8	18,56	4,2	17,33	3,0	0,32*
Passende disiplin	Aleneforelder	74,50	10,8	76,23	12,0	75,34	12,5	74,09	14,4	0,24*
	Toforeldre	70,82	11,2	71,43	13,6	70,00	11,8	69,35	12,0	0,10
Positiv oppdragelse	Aleneforelder	67,33	9,6	74,90	11,4	65,86	9,9	68,66	9,8	0,47*
	Toforeldre	66,49	9,8	73,38	9,5	66,51	8,1	67,79	8,5	0,62**
Klare forventninger	Aleneforelder	15,70	3,1	17,13	2,8	16,03	3,3	15,66	3,1	0,58**
	Toforeldre	16,08	2,8	16,68	2,8	15,86	3,3	16,72	2,7	0,09

*= liten effekt, **=middels effekt, *** stor effekt

Tabell 5 - foreldreferdighetsråskårer på utfallsmål

Tabell 5 viser råskårer på foreldreferdigheter målt ved T1 og T2 for intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen delt inn i aleneforeldre og toforeldre familier, samt Cohen's d verdier.

- "Streng for alderen" hadde ikke endring for aleneforeldre mellom T1 og T2 i

intervensjonsgruppen, mens toforeldre familier hadde en endring på 2,1.

Sammenligningsgruppen hadde ikke endring i noen av gruppene. Her viser aleneforeldre ingen effekt målt ved Cohen's d, mens toforeldrefamilier har en liten effekt på 0,33.

- "Streng disiplinering" hadde en endring på 3,8 for aleneforeldre og 5,6 for toforeldre i intervensjonsgruppen, differansen i sammenligningsgruppen for aleneforeldre foreldre var på 3 og for toforeldre var den på 1,4. Cohen's d viste ingen tydelig effekt for aleneforeldre (0,12), mens toforeldregruppen hadde middels effekt på 0,59.

- På "Inkonsistent disiplin" var endringen på 1,5 for aleneforeldre og på 2,5 for toforeldrefamilier i intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen var endringen på 1 for aleneforeldre og på 1,2 for toforeldre familier. Cohen's d viser ingen tydelig effekt for aleneforeldre på 0,12, mens toforeldregruppen hadde en liten effekt på 0,32.

- "Passende disiplin" hadde en endring på 1,7 for aleneforeldre og 0,6 for toforeldre i intervensjonsgruppen, mens i sammenligningsgruppen var endringen negativ for aleneforeldre negativ med 1,3 og 0,7 for toforeldre. Cohen's d verdi for aleneforeldre viste en liten effekt for aleneforeldre på 0,24, mens det var tilnærmet ingen effekt på 0,1 for toforeldregruppen. - -

- "Positiv oppdragelse" har i intervensjonsgruppen en endring på 7,6 for aleneforeldre og 6,9 for toforeldrefamilier, og i sammenligningsgruppen er endringen på 2,8 for aleneforeldre og på 1,3 for toforeldre. For "positiv oppdragelse" er Cohen's d verdien nesten på middels verdi for aleneforeldre, på 0,47, mens den er over middelsverdi, med 0,62 for toforeldre.

- "Klare forventninger" har aleneforeldre en endring på 1,4 for enslige og 0,6 for toforeldrefamilier på intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen er endringen negativ for aleneforeldre med snau 0,4 og positiv med 0,9 for toforeldregruppen. Her har aleneforeldre i intervensjonsgruppen høyest Cohen's d, effekt over middels med 0,58.

Toforeldregruppen har ikke tydelig effekt, med 0,09.

Oppsummert kan en si at det er større endringer i foreldreferdigheter i intervensjonsgruppen enn i sammenligningsgruppen. Det er forskjeller i endring mellom aleneforeldre og toforeldre familier basert på disse tallene. For ferdighetene "streng for alderen", "streng disiplinering", "inkonsistent disiplinering", har gruppen med toforeldre middels effekt, mens aleneforeldre ikke har effekt. I "positiv oppdragelse" hadde begge grupper effekt, men toforeldre hadde

høyere. På skalaene "passende disiplin" og "klare forventninger" skiller seg ut med at aleneforeldre hadde liten effekt målt ved Cohen's d, mens toforeldre ikke hadde effekt.

3.3 Resultater fra regresjonsanalysene

3.3.1 ECBI problemskala

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	0,191		[0.779, 1.161]
T1	0,637*	0,63	[-0.579, 0.695]
Intervensjon	-2,211*	-0,15	[-3.102, -1.32]
Familiestruktur	0,014	0,001	[0.875, 0.903]
Interaksjonseffekt	-0,456	-0,015	[-2.235, 1.323]
R ²		0,406	

Tabell 6 - regresjonsanalyse for ECBI problemskala *= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 6 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte målet ECBI problemskala. Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,406. Den store andelen forklart varians skyldes at vi kontrollerer for T1. Dette gjelder også for de andre regresjonsanalysene. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen på ECBI problemskala på -2,211 (p=0,014). Opplevd problembelastning gikk ned. Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur (B=0,014; p=0,988). Det var heller ingen signifikant interaksjonseffekt (B=-0,456; p=0,798).

3.3.2 ECBI intensitetskala

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	26,13		[19.41, 32.86]
T1	0,656*	0,669	[-.603, 0.709]
Intervensjon	-8,897*	-0,164	[-11.98, -5.81]
Familiestruktur	1,695	0,03	[-1.39, 4.78]
Interaksjonseffekt	-0,042	0	[-6.216, 6.132]
R ²		0,471	

Tabell 7 - regresjonsanalyse for ECBI intensitetsskala *= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 7 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte målet ECBI intensitetsskala. Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,471. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen på ECBI intensitetsskala med et konstantledd på -8,9

($p=0,004$). Den opplevde intensiteten gikk ned. Retningen på familiestruktur variabelen indikerer at aleneforeldre hadde høyere intensitet enn toforeldre, men det var ikke en signifikant hovedeffekt ($B=1,695$; $p=0,584$). Det var heller ingen signifikant interaksjonseffekt ($B=-0,042$; $p=0,995$).

3.3.3 HCSBS antisosial

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	16,179		[12.73, 19.628]
T1	0,665*	0,736	[0.62, 0.71]
Intervensjon	-3,781*	-0,108	[-5.63, -1.932]
Familiestruktur	0,815	0,022	[-1.033, 2.663]
Interaksjonseffekt	1,518	0,022	[-2.173, 5.209]
R^2			0,548

Tabell 8 - regresjonsanalyse for HCSBS antisosial * = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 8 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte målet HCSBS antisosial. Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,548. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen på HCSBS antisosial med regresjonskoeffisient -3,781 ($p=0,042$). Antisosial atferd ble redusert. Retningen på familiestruktur variabelen indikerer at aleneforeldre hadde mindre reduksjon enn toforeldre, men det var ikke en signifikant hovedeffekt ($B=0,815$; $p=0,66$). Det var heller ingen signifikant interaksjonseffekt ($B=1,518$; $p=0,681$).

3.3.4 HCSBS sosial kompetanse

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	31,13		[25.133, 37.126]
T1	0,787*	0,735	[0.733, 9.841]
Intervensjon	5,812*	0,145	[3.674, 7.95]
Familiestruktur	-0,452	-0,011	[-2.582, 1.678]
Interaksjonseffekt	2,362	0,029	[-1.893, 6.617]
R^2			0,54

Tabell 9 - regresjonsanalyse for HCSBS sosial kompetanse * = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 9 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte målet HCSBS sosial kompetanse. Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,54. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient 5,812 ($p=0,007$). Sosial

kompetanse gikk opp. Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur ($B=-0,452$; $p=0,832$) eller interaksjonseffekt ($B=-0,042$; $p=0,580$).

3.3.5 SSBS antisosial

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	15,351		[12.04, 18.662]
T1	,722*	,798	[.676, 0.768]
Intervensjon	1,336	,027	[-1.259, 3.931]
Familiestruktur	1,851	,036	[-.683, 4.385]
Interaksjonseffekt	5,906	,060	[.838, 10.974]
R ²		,646	

Tabell 10 - regresjonsanalyse for SSBS antisosial * = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 10 viser regresjonsanalyse for det lærerrapporterte målet SSBS antisosial.

Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,646. Regresjonsanalysen indikerer ikke en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient på 1,336 ($p=0,239$). Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur ($B=1,851$; $p=0,567$) Retningen tyder på at toforeldrefamilier hadde mer utbytte enn de andre gruppene, men det var ingen signifikant interaksjonseffekt ($B=-5,906$; $p=0,432$).

3.3.6 SSBS sosial kompetanse

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	24,692		[19.557, 29.827]
T1	,776*	,805	[-.029, 1.581]
Intervensjon	-,784	-,015	[-3.391, 1,823]
Familiestruktur	-4,335	-,081	[-6.912, -1,758]
Interaksjonseffekt	,092	,001	[-5, 5,185]
R ²		,676	

Tabell 11 - regresjonsanalyse for SSBS sosial kompetanse * = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 11 viser regresjonsanalyse for det lærerrapporterte målet SSBS sosial kompetanse.

Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,676. Regresjonsanalysen indikerer ikke en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient på -0,784 ($p=0,185$). Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur ($B=-4,335$; $p=0,83$). Det var ingen signifikant interaksjonseffekt ($B=0,092$; $p=0,754$).

3.3.7 "Streng disiplinering"

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	8,255		[6.691, 9.819]
T1	0,623*	0,668	[0.574, 0.672]
Intervensjon	2,908*	-0,208	[3.676, -2.14]
Familiestruktur	-0,351	-0,024	[-1.12, 0.418]
Interaksjonseffekt	2,225	0,079	[0.684, 3.766]
R ²		0,51	

Tabell 12 - regresjonsanalyse for streng disiplinering * = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 12 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte foreldreferdigheten "streng disiplinering". Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,51. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient på 2,9 (p=0,00). Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur (B=-0,351; p=0,648). Det var ingen signifikant interaksjonseffekt (B=2,225; p=0,151).

3.3.8 " Streng for alderen"

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	4,27		[3.276, 5.266]
T1	0,75*	0,714	[0.693, 0.797]
Intervensjon	1,53*	-0,122	[-2.23, -0.82]
Familiestruktur	1,64*	0,115	[0.941, 2.345]
Interaksjonseffekt	1,5	0,055	[0.091, 2.907]
R ²		0,57	

Tabell 13 - regresjonsanalyse for Streng for alderen * = signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 13 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte foreldreferdigheten "streng for alderen". Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,57. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient på 1,53 (p=0,032). Det var en signifikant hovedeffekt av familiestruktur (B=1,64; p=0,02), i favør toforeldrefamilier. Det var i midlertidig ingen signifikant interaksjonseffekt mellom familiestruktur og intervensjonen (B=2,225; p=0,289).

3.3.9 "Inkonsistent disiplin"

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	6,975		[6.088, 7.862]
T1	0,543*	0,654	[0.497, 0.589]
Intervensjon	-0,86*	-0,117	[-1.295, -0.433]
Familiestruktur	0,457	0,059	[0.026, 0.888]
Interaksjonseffekt	0,313	0,021	[-0.549, 1.175]
R ²		0,44	

Tabell 14 - regresjonsanalyse for Inkonsistent disiplin *= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 14 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte foreldreferdigheten "inkonsistent disiplin". Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,44. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient på -0,86 (p=0,046). Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur (B=0,457; p=0,29). Det var ingen signifikant interaksjonseffekt (B=0,313; p=0,717).

3.3.10 "Passende disiplin"

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	20,54		
T1	0,719*	0,639	[15.815, 25.259]
Intervensjon	2,12	0,081	[0.574, 3.66]
Familiestruktur	1,525	0,055	[-.047, 3.097]
Interaksjonseffekt	1,267	0,024	[-1.826, 4.36]
R ²		0,429	

Tabell 15 - regresjonsanalyse for Passende disiplin *= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 15 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte foreldreferdigheten "passende disiplin". Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,429. Regresjonsanalysen indikerer ikke en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient på 2,12 (p=0,172). Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur (B=1,525; p=0,334). Det var ingen signifikant interaksjonseffekt (B=1,267; p=0,683).

3.3.11 "Positiv oppdragelse"

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	30,451		[26.31, 34.586]
T1	0,612*	0,57	[0.044, 1.18]
Intervensjon	5,472*	0,28	[5.197, 5.747]
Familiestruktur	1,134	0,05	[-0.058, 2.326]
Interaksjonseffekt	-0,266	-0,01	[-2.651, 2.119]
R ²		0,409	

Tabell 16 - regresjonsanalyse for Positiv oppdragelse *= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 16 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte foreldreferdigheten "positiv oppdragelse". Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,409. Regresjonsanalysen indikerer en signifikant effekt av intervensjonen med regresjonskoeffisient på 5,472 (p=0,000). Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur (B=1,134; p=0,343). Det var ingen signifikant interaksjonseffekt (B=-0,266; p=0,911).

3.3.12 "Klare forventninger"

	B	Beta	95% Konfidensintervall
(Konstant)	11,34		[10.312, 12.364]
T1	0,327*	0,354	[0.264, 0.39]
Intervensjon	0,735	0,13	[0.327, 1.143]
Familiestruktur	-0,27	-0,045	[-0.677, 0.139]
Interaksjonseffekt	1,697*	0,149	[0.881, 2.513]
R ²		0,152	

Tabell 17 - regresjonsanalyse for Klare forventninger *= signifikansnivå på .05, 95% konfidensintervall

Tabell 17 viser regresjonsanalyse for det foreldrerapporterte foreldreferdigheten "inkonsistent disiplin". Koeffisienten for forklart varians for modellen er 0,44. Regresjonsanalysen indikerer ikke en signifikant effekt, men en tendens av intervensjonen med regresjonskoeffisient på 0,735 (p=0,073). Det var ikke en signifikant hovedeffekt av familiestruktur (B=-0,27; p=0,29). Det var derimot en signifikant interaksjonseffekt (B=1,697; p=0,039), hvor aleneforeldre hadde mer positiv effekt enn toforeldre i intervensjonsgruppen. I sammenligningsgruppen var det derimot toforeldregruppen som hadde mest positiv forandring.

3.4 Oppsummering av resultater

Frafallsanalysene viste ikke forskjeller mellom gruppen som falt fra og gruppen som fullførte til T2. Det var ikke forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen ved T1. Regresjonsanalysene viste at intervensjonen har lik effekt for aleneforeldre og toforeldregruppene målt ved de foreldrerapporterte atferdsmålene ECBI og HCSBS. Cohen's d støttet opp under disse funnene. SSBS som er lærerrapportert atferdsmål, viste ikke effekt for noen av gruppene i følge regresjonsanalysene. Cohen's d viste noe effekt for toforeldre i intervensjonsgruppen. Regresjonsanalysene viste lik effekt for aleneforeldre og toforeldrefamiliene for foreldreferdighetene "streng disiplinering", "inkonsistent disiplin" og "positiv oppdragelse", mens for "passende disiplin" var det ikke effekt for noen av gruppene. Foreldreferdigheten "streng for alderen" viste effekt av familiestruktur, mens "inkonsistent disiplin" viste en interaksjonseffekt mellom familiestruktur og intervensjonen. Disse resultatene vil bli drøftet nærmere i diskusjonsdelen.

4 Diskusjon

Denne studien har som oppgave å undersøke om det å være aleneforelder eller være to foreldre har betydning behandlingsutfallet for familier som har mottatt foreldrerådgivning som del av TIBIR. Data fra TIBIR-studien har blitt analysert. Nivået av atferdsproblemer ved inntak inndelt i aleneforeldre- og toforeldrefamilier, atferdsendringen samt foreldreferdighetsendringen for disse to gruppene, ble analysert.

Studien viste at det ikke var signifikante forskjeller på nivå av atferdsproblemer ved inntak. Det var ikke signifikante forskjeller mellom aleneforeldre og toforeldre familiene i behandlingsutbytte målt ved atferdsmål. Det var noen signifikante forskjeller mellom aleneforeldre og toforeldre familiene i behandlingsutbytte målt ved hjelp av foreldreferdigheter.

4.1 Frafallsanalyser

Det var ingen forskjeller målt ved hjelp av atferdsmålene mellom frafallsgruppen og gruppen som fullførte. Det var en signifikant forskjell på to av målene målt ved PPI - "Inkonsistent disiplin" og " Passende disiplin", ved at aleneforeldergruppen som falt fra skilte seg ut. Kan dette ha hatt noe å si for resultatene? På den andre siden var det på ti av tolv mål ikke signifikante forskjeller, så på bakgrunn av det kan det argumenteres for at tendensen viser at gruppen som fullførte og gruppen som falt fra var relativt like.

4.2 Ingen signifikante forskjeller på nivå av atferdsproblemer ved inntak

Analysene viste at det ikke var signifikante forskjeller på aleneforeldregruppa og toforeldregruppa ved T1. Dette betyr at dersom det er forskjeller ved T2 skyldes ikke dette forskjeller som var tilstede fra før. Forskning som har blitt utført tidligere viser tydelige forskjeller mellom barn av aleneforeldre og toforeldre sine atferdsproblemer i normalpopulasjonen (Amato & Keith, 1991; Waldfogel et al., 2010). Denne studien tar utgangspunkt i familier som har blitt rekruttert fra førstelinjetjenesten, hvor foreldrene føler at familien har et problem, og ønsker hjelp. Med andre ord, så er deltagerne i studien ikke del av normal populasjonen men del av klinisk befolkning. Det kan derfor argumenteres for at det er en selektert gruppe som blir tilbudt denne intervensjonen, uavhengig av familiestruktur. Dersom familiene har større problemer vil de bli tilbudt mer omfattende hjelp, og dersom familiene har mindre problemer vil de muligens ikke føle behov for behandling.

4.3 Ingen signifikante forskjeller på behandlingsutbytte på atferdsmål mellom gruppene

Det er tidligere demonstrert at TIBIRs foreldrerådgivning har effekt for familier som får denne behandlingen på de foreldrerapporterte ECBI og HCSBS målene, med Cohen's d verdier på 0,32 til 0,43 (Kjøbli & Ogden, 2012). I denne studien ble det undersøkt om det var forskjeller i effekt mellom aleneforeldre og toforeldrefamilier. Regresjonsanalysene viste at behandlingen var mer effektiv enn sammenligningstiltaket basert på de foreldrerapporterte målene, men det var ingen signifikante forskjeller knyttet til hvorvidt barnet bodde med en eller to foreldre. Cohen's d effekt tall støtter opp under at det var små forskjeller, og varierte mellom 0,2 og 0,37. Dette sammenfaller med forskning som viser at gjennomsnittlig Cohen's d ligger på 0,29 for foreldretrening (Weisz et al., 2013). På de lærerrapporterte målene viste regresjonsanalysene ingen signifikant effekt av behandlingen, familiestruktur eller interaksjonen mellom dem. Cohen's d støtter delvis opp under dette, da toforeldregruppen på antisosial atferds skalaen viser en liten effekt på 0,2, mens det ikke er effekt hos aleneforeldre eller for sosial kompetanse målet. Det tyder på at det kan være en tendens til en liten forskjell mellom aleneforeldre og toforeldre. Dette er i midlertidig kun ett mål, så det er vanskelig å trekke noen sikre slutninger.

4.4 Signifikante forskjeller på behandlingsutbytte på foreldreferdigheter mellom gruppene

En av hovedmålene ved foreldrerådgivning er å bedre foreldreferdighetene. Det er tidligere demonstrert at TIBIRs foreldrerådgivning har effekt for familier målt ved foreldreferdighetene "positiv oppdragelse" (Cohen's d 0,65), "streng for alderen" (Cohen's d 0,32), "streng disiplin" (Cohen's d 0,58) og "inkonsistent disiplin" (Cohen's d 0,3) (Kjøbli & Ogden, 2012).

Denne studien undersøkte om det var forskjeller i effekt mellom aleneforeldre og toforeldrefamilier. Målt ved Cohen's d, var det forskjeller. For "streng for alderen" (Cohen's d 0,33), "streng disiplin" (Cohen's d 0,59) og "inkonsistent disiplin" (Cohen's d 0,32) var det kun effekt for toforeldrefamilier og ikke for aleneforeldre. For "positiv oppdragelse" (Cohen's d 0,47 og 0,62) var det effekt for begge typer familier, men høyere for toforeldrefamilier. Interessant nok fant denne studien også effekt for "passende disiplin" (Cohen's d 0,24) og "klare forventninger" (Cohen's d 0,58), men kun for aleneforeldre. Aleneforeldre fikk økte positive foreldreferdigheter, mens negative foreldreferdigheter forble uendret. For

toforeldrefamilier gikk negativ foreldreferdigheter ned, mens ett mål på positiv foreldreferdigheter økte. Cohen's d varierte fra 0 til 0,62. Tidligere forskning viser at det er mest vanlig med moderate effektstørrelser på 0,45 for foreldreferdigheter (Lundahl et al., 2006).

Regresjonsanalysene viste at for "streng for alderen" var det en signifikant effekt av familiestruktur - aleneforeldre fikk ikke effekt av intervensjonen eller sammenligningstiltaket. For "klare forventninger" var det en signifikant interaksjonseffekt mellom familiestruktur og intervensjonen. Aleneforeldre hadde mer effekt av behandlingen enn toforeldrefamilier. Sammen tyder dette på at det kan være forskjeller i endring av foreldreferdigheter etter foreldrerådgivning på aleneforeldre og toforeldre. Virker foreldrerådgivningen på forskjellige måter for aleneforeldre og toforeldrefamilier?

4.5 Foreldrerådgivning fungerer like godt for aleneforeldre som toforeldre familier

Studien viste at foreldrerådgivning hadde lik effekt for aleneforeldre og toforeldre familier når det kom til å redusere barns antisosialitet og øke deres sosiale kompetanse. Funnet i studien er konsistent med flere studier som heller ikke fant et forhold mellom effekt av foreldretrening og det å være aleneforelder (MacKenzie et al., 2004, Lundahl et al, 2006). En annen korttidsforeldretrening som fokuserte på å endre problematiske foreldreferdigheter og støtte hensiktsmessige foreldreferdigheter, fant også økte positive foreldreferdigheter og nedgang i barnas atferdsproblemer, dog den studien delte ikke inn i familiestruktur (Gardner et al., 2009).

Aleneforeldre er ikke like, og å behandle den gruppen som en teoretisk og empirisk lik gruppe er problematisk (Mack et al., 2007). Skilsmisser, foreldredød, alenemor fra starten, sosialt nettverk, hvilke ressurser mm. som er tilgjengelig vil variere kraftig. Noe av dette kan være med på å forklare hvorfor det ikke ble funnet forskjeller.

Kvaliteten på samarbeidet mellom foreldrene predikerer nivå av eksternaliserende atferd hos barnet (Schoppe et al, 2001). Familier med ubalanserte allianser og lave nivåer av samhold hadde barn med høyere nivåer av eksternaliserende atferd. Negativ affekt i familien virket også inn på økte atferdsvansker. Disse faktorene kan ha bidratt til å utligne forskjellene, da de kan opptre på tvers av familiestrukturer. Det kan også tenkes at negativ affekt kan være høyere i enkelte familier, som tobarnsfamilier. Det er data som tyder på at barns subjektive

velvære er lavere for barn som bor med foreldre i et høyt konfliktnivå enn for barn med skilte foreldre eller barn av foreldre med lave konflikt nivåer (Amato & Afifi, 2006). I dataene til denne studien er det ikke skilt mellom familier med høyt eller lavt nivå av affekt eller konflikt.

Studier tyder på at det kan være mer konflikt innad i familier for stefamilier enn biologiske familier (Lawton & Sanders, 1994). Opplevd trygghet i familien er lavere for samboende familier enn i familier hvor foreldrene er gift (Apel & Kaukinen, 2008). Ville resultatene sett annerledes ut dersom disse familiestrukturere hadde blitt skilt i analysene, siden konflikt og opplevd trygghet er viktig for barns tilpasning?

Det har også vært en studie som har forsøkt å introdusere en medhjelper i foreldretreningen for alenemødre (Dadds & McHugh, 1992). Dette økte ikke effekten, men det å føle at en har nettverk rundt seg predikerte utfallet. Dette kan være med på å forklare hvorfor effekten ble relativt lik, sett at aleneforeldrene følte at de hadde god sosial støtte. Studien deres viste at de som følte at de hadde god sosial støtte hadde større sannsynlighet for å fortsette behandlingen, mens de som følte lav støtte hadde større sannsynlighet for å falle fra. Det er også blitt funnet at foreldre som følte seg lav på sosial støtte var mindre sannsynlig å melde seg på foreldretrening (Baker, Arnold & Meagher, 2011). Dessuten fant en metastudie at aleneforeldre har høyere nivå av problemgjenkjenning; det vil si at de søker hjelp tidligere (Zwaanswijk et al., 2003). I denne studien var gruppen aleneforeldre og toforeldre relativt lik problembelastning ved TI, men studien sier ikke noe om hvor lenge foreldre føler at problemene har vart, eller opplevd nivå av sosial støtte. Falt de med lav støtte fra, mens de med god sosial støtte fortsatte?

Denne studien viste effekt for endring i foreldreferdigheter, dog det var som nevnt, noen små forskjeller i endring av foreldreferdigheter på tvers av familiestruktur. Hvilke andre trekk ved foreldreskap kan være med på å mediere effekten enn familiestruktur? Effektivt foreldreskap blir sett på som den medierende faktoren for barns nivå av eksternaliserende atferdsproblemer og tilpasning i følge SIL modellen (Patterson, 2002; Forgatch & Martinez, 1999). Effektivt foreldreskap kan skje på tvers av familiestrukturer. Foreldreferdigheter har blitt funnet å positivt påvirke barns tilpasning (DeGarmo, Patterson, & Forgatch, 2004). Det er derfor interessant at denne studien finner noen forskjeller i endring av foreldreferdigheter på tvers av familiestrukturer, men samtidig har barna lik effekt når det kommer til atferdsmål.

Foreldrerådgivning som del av TIBIR skal redusere tvingende samspill ved å erstatte

negative foreldreferdigheter med positive (Solholm et al., 2013). Effekten av ros/oppmuntring og positiv involvering er funnet å være en av de foreldreferdighetene med mest effekt (Forgatch & Martinez, 1999; Embry & Biglan, 2008), og begge familiestrukturene hadde økt "positiv oppdragelse". Var det dette som gjorde at begge familiestrukturer fikk lik effekt på atferdsmålene? Samtidig advarer Reed et al. (2013) mot å fokusere for mye på "positiv oppdragelse", fordi alle ferdighetene er viktige for å skape en helhet. Alle ferdighetene burde fokuseres på eksplisitt, da ferdighetene stimulerer hverandre.

4.6 Forskjeller i vurdering gjort av foreldre og lærere

Som nevnt, var det en diskrepans mellom de foreldrerapporterte atferdsmålene og de lærerrapporterte atferdsmålene. Bli ikke atferden generalisert til andre områder av barnets liv? Ifølge SIL modellen er samspill mellom voksne og barnet avgjørende for barnets atferd (Patterson, 1982), og lærere uten økt kompetanse via kursing vil muligens opprettholde sitt samspill med barnet. Lærerens forventninger kan føre til en selvoppfyllende profeti; "det barnet er umulig" tenker læreren, som så tolker og dermed former barnets atferd inn i den konteksten (Jussim & Harber, 2005). En studie fra 2010 av Webster-Stratton et al. viste at foreldretrening har økt effekt dersom det samtidig gis lærertrening. TIBIR har mulighet for lærerkurs i seg.

Det var ikke uventet å finne forskjeller mellom foreldre og lærere, med tanke på at hovedstudien også fant dette. I tillegg er det et vanlig fenomen at lærere rapporterer mindre effekt av foreldretrening enn foreldrene selv (Drugli & Larsson, 2006; Youngstrom et al., 2010), til tross for at noen studier finner moderat til høy grad av samsvar mellom foreldre og lærerrapporter på symptomer på atferdsproblemer (Antrop, Roeyers, Oosterlaan, & Van Oost, 2002), viser de fleste studier lavt samsvar også på symptomer (Deng, Liu, & Roosa, 2004; Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987). Foreldre rapporterer i større grad enn lærerne det samme som barnet selv gjør, selv om også lærerrapporten gir unik informasjon (Achenbach et al., 1987). Foreldrerapporter er mye brukt i forskning og foreldre anses som å inneha viktig informasjon om sitt eget barn.

4.7 Praktiske og kliniske implikasjoner

Studien peker på at foreldrerådgivning kan gis på lik linje til ulike typer familier, med grunnlag i redusert antisosialitet og økt sosial kompetanse som sees hos barnet uavhengig av om barnet bor med en eller to foreldre. Studien støtter opp under TIBIR som en fleksibel

behandlingsform som gir behandlingseffekt, uavhengig av familiestruktur. Metodens anvendelighet har kommet styrket ut av studien. Dette er som sagt en korttids intervensjon som allerede er implementert som et lavterskel tilbud, og derfor gir denne studien verdifull informasjon som kan brukes i den kliniske hverdagen. Korte intervensjoner fører til mindre dropouts (Shaw, Dishion, Supplee, Gardner & Arnds, 2006), og slik kan flere barn og deres familier oppleve bedring av atferdsproblemer. Bedringen barna har vist i denne studien er vist å vare i minst seks måneder (Kjøbli & Bjørnebekk, 2013). Sammen med andre studier som også tar for seg korttidsintervensjon (Gardner et al., 2009; Axelrad et al., 2013), peker det på at foreldretrening som en korttidsintervensjon gir lovende resultater og kan nå flere familier.

En studie som også tok for seg TIBIRs datamateriale fant at mødres psykiske helse predikerte utfall for foreldrerådgivning (Kjøbli et al., 2013). Når foreldrerådgivning skal gis kan det altså virke mer hensiktsmessig å ta hensyn til mors psykiske helse enn hvorvidt barnet bor med en eller to foreldre. En studie gjort på DUÅ fant i midlertidig at kombinasjonen av mødre som var aleneforeldre og hadde høyt stressnivå, hadde dårligere behandlingsresultat (Drugli, Larsson, et al., 2010). Dette funnet styrker uansett at foreldres psykiske helse og stressnivå burde undersøkes, for å gi den gruppen et mer skreddersydd behandlingstilbud. Dette er i tråd med Kjøbli et al., sine anbefalinger (2012).

Som nevnt ovenfor er studien relatert til faktiske forhold i den kliniske hverdag, direkte relatert til faktiske familier. Studien har med andre ord høy grad av økologisk validitet, som gjenspeiler faktiske forhold.

4.8 Begrensninger ved studien og videre forskning

I denne studien ble familiene delt inn i aleneforeldre og toforeldre grupper, noe som var ett bevisst valg for å sette søkelys på om hvorvidt aleneforeldre ville ha like godt utbytte som familier med to foreldre. Dette er som nevnt av praktisk betydning. Samtidig, så kan det settes spørsmålstegn ved om det hadde vært hensiktsmessig å dele inn familier i flere familiestrukturer, som gift, samboende, skilt, steforeldre og så videre. Annen litteratur har funnet at det er lavere nivå av konflikt hos intakte familier enn hos oppløste familier samt at stefamilier og skilte er har høyere grad av konflikt (Hetherington, Bridges, & Insabella, 1998), og at denne typer familier har barn med høyere nivåer av eksternaliserte atferd (Apel & Kaukinen, 2008; Waldfogel et al., 2010). Hadde det vært forskjeller i atferdsmålene dersom inndelingen hadde vært annerledes?

I denne har vi heller ikke kunnet vurdere om familiestruktur er en faktor som direkte påvirker barns tilpasning eller om den bidrar som en tredje variabel. Den tar heller ikke hensyn til eventuelle strukturendringer/transformasjoner som samlivsbrudd, foreldre dødsfall, nye stepforeldre osv. Forskning viser at slike transformasjoner virker negativt inn på barns atferd (Hetherington, et al., 1998). I praksis vil det være vanskelig å skille transformasjoner og grad av foreldrekonflikt, da disse er høyt korrelert. Kausale slutninger kan ikke tas, det var heller ikke meningen. Studien tar heller ikke hensyn til eventuelle andre mulige interaksjonseffekter med andre variabler som for eksempel psykisk helse eller utdanning. Dette ville vært vanskelig å gjennomføre med størrelsen på utvalget, og gitt en dårligere statistisk styrke.

En annen mulig feilkilde er at foreldrene var både informanter og de som ble utsatt for behandling. Dette kan påvirke resultatene og skape bias gjennom positive holdninger til behandlingen og behandler (Breitenstein, Gross, Garvey, Hill, Fogg, Resnick, 2010). En måte å eventuelt jevnet ut dette på hadde vært å bruke observasjonsdata.

En del av foreldretrening er å øke positive foreldreferdigheter og minske negative foreldreferdigheter. Det kan tenkes at dette hjelper foreldre med å legge mer merke til positiv atferd barnet har enn negative, som en type konfirmasjons bias. En annen forklaring er at foreldre forventer bedring, og forventning til en behandling kombinert med en aktiv rolle i behandling, predikerer utfall i terapi (Delsignore & Schnyder, 2007).

Studien tar ikke hensyn til naturlige atferdsendringer som kan skje, i og med at også sammenligningsgruppen har hatt en type behandling. Dette gjøres med støtte i forskning som viser at en betydelig andel barn som ikke mottar hjelp for sine atferdsproblemer fortsetter å ha problemer (Nixon, 2002; Kjøbli et al., 2012). Det ses dessuten på som mer etisk forsvarlig å tilby også den andre gruppen en type behandling versus ingen behandling. Ventelistekontroll hadde vært en mulighet. Dette tiltaket gis som et lavterskeltilbud i kommunene, så det ses som hensiktsmessig å gi en form for hjelp relativt raskt.

Frafallsanalysene var kun deskriptive på demografiske variabler. Slike variabler kan ha hatt betydning for frafallet. Blant annet så vi at aleneforeldre og frafallsgruppen hadde høyere andel rekruttert fra barnevernet enn toforeldregruppen, samtidig som vi at en studie gjort i Norge på foreldretreningen DUÅ viser at familier som har kontakt med barnevernet har dårligere effekt av behandlingen (Drugli, Fossum et al., 2010).

Forskning videre burde fokusere på endring av foreldreferdigheter etter foreldrerådgivning inndelt i flere typer familiestrukturer for å ytterligere undersøke metodens anvendelighet. Det hadde også vært hensiktsmessig å undersøke mer rundt forskjellene mellom aleneforeldre og toforeldre i forhold til endring av foreldreferdigheter. Hvorfor hadde begge grupper lik effekt målt ved atferdsendring hos barnet, mens det var små forskjeller når det kom til foreldreferdigheter? Det hadde også vært interessant å forfølge sporene i forhold til interaksjonseffekter med familiestruktur i forhold til andre variabler, som psykisk helse, konfliktnivå i hjemmet og sosioøkonomisk status. Det bør også fokuseres på de som ikke har endring eller opplever høyere nivåer av atferdsproblemer etter foreldrerådgivning. Dette burde gjøres for å få en bedre forståelse, slik at flere barn og familier kan få mulighet for hjelp.

4.9 Konklusjon

Studien setter søkelys på om familiestruktur har noe å si for effekten av korttidsforeldrerådgivning som del av TIBIR. Analysene viser at barn av aleneforeldre og av toforeldre familier har tilnærmet lik atferdsendring etter foreldrerådgivning. Dette støtter opp om metoden som en fleksibel behandling, og som har effekt for familier bestående av aleneforeldre og to foreldre. Det ble i midlertidig funnet en interaksjonseffekt mellom foreldreferdigheter og foreldrerådgivning på ett av målene.

Litteraturliste

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological bulletin*, 101(2), 213-232
- Amato, P. R. & Afifi, T.D. (2006). Feeling caught between parents: An adult children's relations with parents and subjective well-being. *Journal of marriage and family*, 68, 222-235.
- Amato, P. R. & Keith, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 110, 26-46.
- Amato, P. R. & Keith, B. (2001). Children of divorce in the 1990s: An Update of the Amato and Keith (1991) meta-Analysis. *Journal of Family Psychology*, 15,355-370.
- Amato, P.R. & Sobolewski, J.M. (2001). The effects of divorce and marital discord on adult children's psychological well-being. *American Sociological Review*, 66(6), 900-921.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, A. L. (2002). Individual and contextual influences on delinquency: The role of the single-parent family. *Journal of Criminal Justice*, 30, 575–87.
- Antrop, I., Roeyers, H., Oosterlaan,, J., & Van Oost, P. (2002). Agreement Between Parent and Teacher Ratings of Disruptive Behavior Disorders in Children With Clinically Diagnosed ADHD. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 24 (1),67-73
- Apel, R. & Kaukinen, C. (2008). On The Relationship Between Family Structure And Antisocial Behavior: Parental Cohabitation And Blended Households. *Criminology*, 46, 35-70.
- Arseneault,L., Tremblay, R. E., Boulerice B., & Saucier, J.-F. (2002). Obstetrical Complications and Violent Delinquency: Testing Two Developmental Pathways. *Child development*, 73, 496-508.
- Axelrad, M.E., Butler, A.M., Dempsey, J. & Chapman, S.G. (2013). Treatment effectiveness of a brief behavioral intervention for preschool disruptive behavior. *J Clin Psychol Med Settings*, 20, 323-332.
- Baker, C.N., Arnold, D.H., & Meagher,S. (2011). Enrollment and attendance in a parent training prevention program for conduct problems. *Prevention Science*,12(2),126-138.

- Barlow, J. & Stewart-Brown, S. (2000). Behavior problems and group-based parent education programs. *Developmental and behavioral pediatrics*, 21(5), 356-370
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (1999). *Samboerne og samfunnet*.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/nouer/1999/nou-1999-25/21/1.html?id=354926>
- Berk, L. E. (2009). *Child Development*, Eight Edition. Boston: Pearson Higher Education.
- Boden, J.M., Fergusson, D.M., & Horwood, L.J (2010). Risk factors for conduct disorders and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49 (11): (s.1125-1133)
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Garvey, C. A., Hill, C., Fogg, L., & Resnick, B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in Nursing and Health*, 33, 164-173.
- Brennan, P.A., Grekin, E.R., & Mednick, S. A. (2003). I B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorders and delinquency* (s. 319-344). New York: Guildford Press
- Brestan, E. V. & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conductdisordered and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology*, 27, 180-189
- Brown, S. L. & Rinelli, L. N. (2004). Family Structure and Child Well-Being: The Significance of Parental Cohabitation. *Journal of Marriage and Family*, 66, 351–367.
- Burke, J., Loeber, R. & Birmhamer, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275-1293
- Calpadi, D. M. (1992). The co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8. *Development and psychopathology*, 4, 125-144
- Campbell, S.B., Spieker, S., Vandergrift, N., Belsky, J., & Burchinal, M. (2010). Predictors and sequelae of trajectories of physical aggression in school-age boys and girls. *Development and Psychopathology*, 22, 133-150.
- Carlson, M. J. & Corcoran, M. E. (2001). Family Structure and Children's Behavioral and Cognitive Outcomes. *Journal of Marriage and Family*, 63,779-792.
- Carlson, M, J. & Meyer, D, R. (2014). Family Complexity: Setting the Context. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* (654: 6)

- Carr, A. (2006). The handbook of child and adolescent clinical psychology, (s. 361-420). East Sussex, England: Routledge
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J. & Streuning, E. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence. 1. Age-and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 851-867.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Coie, J.D. (2004). The impact of negative social experiences on the development of antisocial behavior. I J.B. Kupersmidt, & K.A. Dodge (Eds.), *Children's peer relations: From development to intervention* (ss. 243-267). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costello, E.J., Angold, A., Burns, B., Stangl, D., Tweed, D., & Erkanli, A. (1996). The great Smoky Mountain Sstudy of Youth. I. Prevalence and correlates of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1137-1143.
- Coyne, A.C, Fontaine, N.M.G., Långstrøm, N., Lichtenstein, P., & D'Onofrio (2013). Teenage childbirth and young adult criminal convictions: A quasi-experimentalstudy of criminal outcomes. *Journal of Criminal Justice*, 41, 318–323
- Dadds & McHugh, (1992). Social support and treatment outcome in behavioral family therapy for child conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 252-259.
- Daugstad, G. (2008). Innvandring og innvandrere 2008. Statistisk sentralbyrå. ISBN 978-82-537-7472-5 Elektronisk versjon. Kongsvinger, Norge.
- DeGarmo, D.S., Patterson, G. R., & Forgatch, M.S.(2004). How do outcomes in a specified parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 2, 73-89.
- DeGarmo, D.S. & Forgatch, M.S. (2007). Efficacy of parent training for stepfathers: From playful spectator and polite stranger to effective stepfathering. *Parenting: Science and practice*, volume 7 number 4, 331-355.
- Delsignore, A. Schnyder, U. (2007). Control expectancies as predictors of psychotherapy outcome: A systematic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 467–483
- Demuth, S. & Brown, S.L. (2004). Family Structure, Family Processes, and Adolescent Delinquency: The Significance of Parental Absence Versus Parental Gender *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 41, 58 - 81.

- Deng, S., Liu, X., & Roosa, M. W. (2004). Agreement Between Parent and Teacher Reports on Behavioral Problems Among Chinese Children. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 25* (6), 407-114
- Dodge, K., & Pettit, G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology, 39* (2), 349-371.
- Drugli, M.B., Fossum, S., Larsson, B. & Mørch, W.-T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry, 19*, 555-565
- Drugli, M.B., & Larsson, B. (2006). Children aged 4-8 years treated with parent-training and child therapy because of conduct problems: Generalization effects to day-care and school settings. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*, 392-399.
- Drugli, M.B., Larsson, B., Fossum, S., & Mørch, W.-T. (2010). Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*, 559-566
- Dumas, J. E. (1989). Treating antisocial behavior in children: Child and family approaches. *Clinical Psychology Review, 9*,197-222.
- Eikemo, T. A. & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker. 2. utgave*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Eitle, D. (2005). Parental gender, single-parent families, and delinquency: Exploring the moderating influences of race/ethnicity. *Social Science Direct, 35*, 727-748.
- Embry, D. D. & Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review, 11*, 75-113
- Eyberg, S. M. & Pincus, D. (1999). *Child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. & Beldavs, Z.G. (2009). Testing the oregon delinquency model with 9-year follow-up of the oregon divorce study. *Development and psychopathology, 21*, 637–660
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & Gewirtz, A.H. (2013). Looking forward: The promise of widespread implementation of parent training programs. *Perspectives on Psychological Science, 8*(6), 682-964.
- Forgatch, M. S. & Martinez, C. R. Jr. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift i norsk psykologforening, 36*, 923-937

- Fossum, S., Mørch, W. T., Handegard, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology, 50*, 173-181.
- Frivol, S. & Bentzen, S. (2011). *Når våre blir mine og dine. En studie av sammenhengen mellom familiestruktur, barns atferdsproblemer og atferdsendring etter PMTO.* www.duo.uio.no
- Gardner, F., Trentacosta, C. J., Dishion, T. J., Connell, A., Shaw, D. S. & Melvin, M. N. (2009). Moderators of outcome in a brief family-centered intervention for preventing early problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 543–553.
- Gardner, F., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Burton, J., & Supplee, L. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: Effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal of Family Psychology, 21* (3), 398-406.
- Hagen, K.A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year follow-up of children with conduct problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40* (2), 165-178.
- Hetherington, E. M., Bridges, M. & Insabella, G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist, 53*, 167-184
- Howitt, D. & Cramer. D. (2008). *Introduction to Statistics in Psychology.* Harlow: Pearson education.
- Jain, S. & Cohen, A.K. (2013). Behavioral adaption among youth exposed to community violence: a longitudinal multidisciplinary study of family, peer and neighborhood-level protective factors. *Society for prevention Research, 14*, 606-617.
- Jussim, L. & Harber, K. D. (2005). Teacher expectations and self-fulfilling prophecies: Knowns and unknowns, resolved and unresolved controversies. *Personality and social psychology review, 9*(2), 131-155
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *J abnorm child psychol, 36*, 567-589
- Kawabata, Y., Alink, L.R.A., Tseng, W-L., van Ijzendoorn, M.H., & Crick, N.R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental review, 31*, 240-278.

- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in Childhood and Adolescence* (Second edition). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 161-178.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for Children and Adolescents. I Lambert, M.J (ed.) Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, fifth edition. (s 543-589). New York, NY: John Wiley and Sons, Inc.
- Kazdin, A.E, Siegel, T.C., & Bass, D. (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*, 733-747.
- Kazdin & Whitley (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71* (3), 504-515.
- Keenan, K., & Shaw, D.S. (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behavior in the first years of life. I B. Lahey, T.E. Moffitt, A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and delinquency* (ss 153-181). NY: Guilford Press.
- Kierkus, C.A & Hewitt, J.D (2009). The contextual nature of the family structure/delinquency relationship. *Journal of Criminal Justice*, *37*, 123-132.
- Kirkhaug, B., Drugli, M.B., Lydersen, S., & Mørch, W-T. (2013). Associations between high levels of conduct problems and co-occurring problems among the youngest boys and girls in schools: A cross-sectional study. *Nord J Psychiatry*, *67*(4), 225-232.
- Kjøbli, J. & Bjørnebekk, G. (2013). A randomized effectiveness trial of brief parent training: Six-month follow-up. *Research on Social Work Practice*, DOI: 10.1177/1049731513492860
- Kjøbli, J, Drugli, M. B., Fossum, S., & Askeland, E. (2012). Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får bedre hjelp? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *49*, 145-149
- Kjøbli, J., Nærde, A., Bjørnebekk, G., & Askeland, E. (2013). Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training. *Child and Adolescent Mental Health*, doi:10.1111/camh.12028
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prev sci*, *13*, 616-626. doi: 10.1007/s11121-012-0289-y

- Kliem, S., Foran, H., & Hahlweg, K. (2014). Single-mother families, psychological well-being, parenting practices, and child behavior problems: Result of a multi-mediator approach. *Kindheit und Entwicklung, 23*:2, 113-123.
- Lahey, B.B., Loeber, R., Hart, E.L., Frick, P.J., Applegate, B., Zhang, Q., et al. (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: Patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 83-93.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian Children: Results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry, 18*, 42-52.
- Leijten, P., Raaijmakers, M.A.J., Orobio De Castro, B., & Matthys, W. (2013). Does socioeconomic status matter? A meta-analysis of parent training effectiveness for disruptive child behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 42*, 384-392.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., & Zera, M. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(12), 1468–1484.
- Lundhahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical psychology review, 26*, 86-104.
- Lynam, D.R, Moffitt, T., & Stouthamer-Loeber, M. (1993). Explaining the relationship between IQ and delinquency: Class, race, test motivation, school failure or self-control? *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 187-196.
- Mack, K.Y., Leiber, M.J., Featherstone, R.A., & Monserud, M.A. (2007). Reassessing the family-delinquency association: Do family type, family processes, and economic factors make a difference? *Journal of Criminal Justice, 35*(1), 51-67.
- MacKenzie, E. P., Fite, P.J., & Bates, J.E. (2004). Predicting outcome in behavioral parent training: Expected and unexpected results. *Child and Family Behavior Therapy, 26*:2, 37-53.
- Madslie, I. (2014). Foreldrerådgivning.
<http://www.atferdssenteret.no/foreldreraadgivning/category379.html>
- Magnuson, K. & Berger, L. M. (2009). Family Structure States and Transitions: Associations With Children's Well-Being During Middle Childhood. *Journal of Marriage and*

- Family. 71,575-591.
- Martinez, C. R. & Forgatch, M. S. (2002). Adjusting to change: Linking family structure transitions with parenting and child adjustment. *Journal of Family Psychology*, 16,107–117.
- Merrell, K. W. & Caldarella, P. (2002). *Home and community social behavior scales: User's guide*. Eugene, OR: Assessment-Intervention Resources
- Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the "real world"? A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 16, 18-34.
- Moffitt, T. E. & Scott, S. (2008). Conduct Disorders of Childhood and Adolescence. I M. Rutter & E. Taylor (red.), *Child and adolescent psychiatry* (s. 543-564). Oxford: Blackwell.
- Mørch, W.-T. (2012) Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) – Rådgiverintervensjonen. http://www.ungsinn.no/post_tiltak/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir-radgiverintervensjonen-2/
- Nilsson, M., & Trana, H (2007). Fra fastlåste til utviklingsstøttene dialoger. Terapeutens opplevelse av kaos og mestring i samtaler med barn og foreldre. I H. Haavind & H. Øvreeide (eds). *Barn og unge i psykoterapi: terapeutiske fremgangsmåter og forandring bind 2 (pp.55-77)*. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Nixon, R.D.V. (2002). Treatment of behavior problems in prechoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, 22, 525-546.
- Nixon, R. D.V, Sweeney, L., Erickson, D. B. & Touyz, S. W. (2004). Parent-child interaction therapy: one- and two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 263–271.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Ortiz, J., & Raine, A. (2004). Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 154-162.
- Ostrov, J.M., & Bishop, C.M. (2008). Preschoolers' aggression and parent-child conflict: A

- multiinformant and multimethod study. *Journal of Experimental Child Psychology*, 99, 309-322.
- Patterson, G. R. (1982). A social learning approach: Coercive family process. Eugene, OR: Castalia publishing company
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. I J. B. Reid G. R., Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behaviour in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (s. 65-100). Washington, DC: American psychological association
- Patterson, G. R., Forgatch, M., Yoerger, K., & Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10, 531–547.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegard, B. H., Clifford, G., & Morch, W. T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31-38.
- Reed, A., Snyder, J., Staats, S., Forgatch, M.S., DeGarmo, D.S., Patterson, G.R., Low, S., Sinclair, R. & Schmidt, N. (2013). Duration and mutual entrainment of changes in parenting practices engendered by behavioral parent training targeting recently separated mothers. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 343-354.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Beauchaine, T. P. (2001). Parent training in head start: A comparison of program response among African American, Asian American, Caucasian, and Hispanic mothers. *Prevention Science*, 2, 209-227.
- Renzaho, A., Mellor, D., McCabe, M., & Powell, M. (2013). Family functioning, Parental Psychological Distress and Child Behaviours: Evidence from the Victorian Child Health and Wellbeing Study. *Australian Psychologist*, 48, 217-225
- Reyno, S.M. & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:1, 99-111.
- Rogosa, D. R., Brandt, D. & Zimowski, M. A. (1982). A growth curve approach to the measurement of change. *Psychological Bulletin*, 92, 726-748.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behaviour by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shaeffer, C. M., Pertas, H., Ialongo, N., Poduska, J., & Kellam, S. (2003). Modeling growth

- in boys' aggressive behavior across elementary school: Links to later criminal involvement, conduct disorder, and antisocial personality disorder. *Developmental Psychology*, 39, 1020-1035.
- Schoppe, S. J., Mangelsdorf, S. C. & Frosch, C. A. (2001). Coparenting, Family Process, and Family Structure: Implications for Preschoolers' Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Psychology*, 15, 526-545.
- Serketich, W. J. & Dumas, L. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 27, 171-186
- Shaw, D. S., Dishion, T. J., Supplee, L., Gardner, F., & Arnds, K. (2006). Randomized trial of a family-centered approach to the prevention of early conduct problems: 2-year effects of the family check-up in early childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1-9.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent management training – oregon modellen (PMTO). Teori, behandling og implementering i Norge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42, 587–597
- Solholm, R., Kjøbli, J. & Christiansen, T. (2013). Early initiatives for children at risk – development of a program for the prevention and treatment of behavior problems in primary services. *Prev sci*. doi: 10.1007/s11121-012-0334-x
- Stoolmiller, M., Patterson, G.R., & Snyder, J. (1997). Parental Discipline and Child Antisocial Behavior: A Contingency-Based Theory and Some Methodological Refinements. *Psychological Inquiry*, 8(3), 223-229
- Skogen, J. C. & Torvik, F. A. (2013). Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak. Rapport, 4, 1-44
- Snyder, J.J. & Patterson, G.R. (1995). Individual differences in social aggression: A test of a reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*. Vol.26(2), pp. 371-391.
- SSB, (2003). På kartet: Samlivsbrudd. <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/samlivsbrudd>
- SSB, (2004). Norske tenåringsmødre: Få, men fattige. <http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/norske-tenaaringsmodre-faa-men-fattige>
- SSB, (2009). Samlivsetablering - nye og ved varende mønstre. Gift, samboer eller «bare» kjæreste? <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/gift-samboer-eller-bare-kjaereste>

- SSB, (2012). Samboere, 2011. <http://www.ssb.no/samboer/>
- SSB¹, (2013). Fødte, 2012. <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/fodte/aar/2013-04-18#content>
- SSB², (2013) Familier og husholdninger, 1. januar 2013. <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/familie/aar/2013-04-11#content>
- Vannebo, A. (2013) Tidlig innsats for barn i risiko TIBIR. <http://www.atferdssenteret.no/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir/category162.html>
- Vitaro, F., Tremblay, R.E, & Bukowski, W.M. (2001). Friends, friendships and conduct disorders. I J.Hill & B. Maughan (Eds), *Conduct disorders in childhood and adolescence*, (ss. 346-376). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wadsworth, M.E. & Compas, B.E, (2002). Coping with family conflict and economic strain: The adolescent perspective. *Journal of research on adolescence*, 12(2), 243-274.
- Wadsworth, M.E., Raviv, T., Reinhard, C., Wolrff, B., DeCarlo Santiago, C., & Einhorn, L. (2008). An indirect effects model of the association between poverty and child functioning: The role of children's poverty-related stress. *Journal of Loss and Trauma*, 13, 156-185.
- Waldfoegel, J., Craigie, T. A. & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile Families and Child Wellbeing. *The Future of children*, 20, 87-112.
- Webster-Stratton, C. (1990). Long-term follow-up of families with young conduct problem children: From preschool to grade school. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 144–149.
- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 101-124.
- Webster-Stratton, C., & Reid, J.M. (2003). Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children: The Dina Dinosaur treatment program. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 1, 130-143.
- Webster-Stratton, C., Reid, J.M., & Hammond, M. (2004). Treating children with early onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training.

- Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105-124.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2010). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 33(1), 105-124
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Echshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K, M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared with Usual Clinical Care. A multilevel Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 70 (3), 750-761.
- Wells, L. E. & Rankin, J. H. (1991). Families and delinquency: A meta-analysis of the impact of broken homes. *Social Problems*, 38,71–93
- World Health Organization (WHO) (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. WHO: Sveits.
- Wu, Z., Hou, F. & Schimmele, C. M. (2008). Family Structure and Children's Psychosocial Outcomes. *Journal of Family Issues*, 29, 1600-1624.
- Youngstrom, E., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038-1050.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P.F.M., Bensing, M.J., van der Ende, J., Verhulst, F.C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. A review of recent literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 153-161.