

En studie av endring i sosial kompetanse hos barn med atferdsvansker etter foreldrerådgivning

Fanny Jervell Hult



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

Universitetet i Oslo

April 2015

En kvantitativ studie av endring i sosial kompetanse hos barn med atferdsvansker etter foreldrerådgivning

© Fanny Jervell Hult

2015

En studie av endring i sosial kompetanse hos barn med atferdsvansker etter foreldrerådgivning.

Fanny Jervell Hult

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfatter: Fanny Jervell Hult

Tittel: En studie av endring i sosial kompetanse hos barn med atferdsvansker etter foreldrerådgivning.

Veileder: Terje Ogden

Bakgrunn: Lav sosial kompetanse er hyppig forekommende blant barn med atferdsvansker, og er kjent som en viktig risikofaktor for utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker. Foreldrestøttende tiltak har som mål å hjelpe familier som har barn med atferdsvansker, ved å skape en reduksjon i problematferd og stimulere til økning av sosial kompetanse. Hensikten med denne studien var å undersøke endring i sosial kompetanse og de to tilhørende komponentene, selvregulering og relasjon til jevnaldrende etter foreldrerådgivning. Målet var deretter å undersøke om det var forskjeller i endring mellom selvregulering og relasjon til jevnaldrende i intervensjonsgruppen.

Metode: Studien bygger på et datamateriale fra Atferdssenteret bestående av 216 familier som har barn med begynnende eller allerede utviklede atferdsvansker. Studien er en pretest-posttest parallell randomisert studie med en intervensjonsgruppe og en sammenligningsgruppe. 29 familier falt fra underveis, og analysene i studien består av de 187 deltagerne som deltok ved begge måletidspunktene. Intervensjonen bestod av foreldrerådgivning, som er en modul i forebyggingsprogrammet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Sammenligningsgruppen mottok det vanlige tilbudet i kommunen. Foreldre er benyttet som informanter og har fylt ut Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS) som skal kartlegge sosial kompetanse og antisosial atferd.

Resultater: Resultater fra varianseanalyser med kovariat viste at foreldrerådgivningen skapte endring i sosial kompetanse og i komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende. Påfølgende t-tester som sammenlignet endring mellom komponentene i intervensjonsgruppen tydet på at det ikke var signifikant større endring i én komponent fremfor en annen. På tross av at det ikke oppnås statistisk signifikans, fremkom det en tendens i datasettet. Tendensen pekte i retning av at foreldrerådgivning hadde en noe større effekt på komponenten selvregulering fremfor relasjon til jevnaldrende.

Konklusjon: Resultatene tyder på at foreldrerådgivning er en effektiv intervensjon for å styrke sosial kompetanse hos barn med begynnende eller allerede utviklede atferdsvansker. Dette er oppløftende med tanke på målsettingen i TIBIR om å stanse og reversere negative utviklingsløp og å fremme en mer gunstig utvikling hos barna. Det forekommer en endring i både selvregulering og relasjon til jevnaldrende, og det er ikke belegg for å hevde at foreldrerådgivningen påvirker én komponent mer enn den andre. Funnene gir økt kunnskap om endring i barns sosiale kompetanse etter foreldrerådgivning, og kan ha betydning for hvordan behandlingsintervensjoner tilpasses ulike familiers behov.

Forord

I forbindelse med dette hovedoppgaveprosjektet er det flere som fortjener en stor takk. Først og fremst vil jeg få takke min veileder Terje Ogden ved Atferdssenteret som har bidratt med verdifulle innspill og veiledning i skriveprosessen, samt gitt meg tilgang til deres datamateriale. Jeg setter stor pris på den tid han har viet meg og min oppgaveskriving. Jeg har også vært så heldig å få god og tålmodig veiledning på metodeproblemer hos Anne-Marie Halberg ved Psykologisk Institutt.

Til slutt vil jeg få takke alle de tålmodige menneskene jeg har rundt meg, og som har støttet meg gjennom hele oppgaveskrivingen. Venner, familie og min kjære samboer Even har vært viktige for meg i denne perioden.

Oslo, april 2015

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Atferdsvansker og sosial kompetanse.....	2
1.2.1	Atferdsvansker	2
1.2.2	Sosial kompetanse	4
1.2.3	Forholdet mellom sosial kompetanse og antisosial atferd	5
1.3	Selvregulering.....	7
1.3.1	Selvregulering og sosial atferd	8
1.4	Interpersonlige ferdigheter	9
1.4.1	Avvisning fra jevnaldrende	10
1.4.2	Trening i avvikende atferd	11
1.5	Tidlig innsats for barn i risiko	12
1.5.1	Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)	12
1.5.2	Teoretisk rammeverk: Sosial Interaksjon Læringsteori	13
1.5.3	Foreldrerådgivningsmodulen i TIBIR	15
1.5.4	Kjernekomponenter i foreldrerådgivningsmodulen	15
1.5.5	Forskning på TIBIR	17
1.6	Oppsummering og problemstilling	18
2	METODE	20
2.1	Utvalg og rekruttering	20
2.2	Design	21
2.3	Mål på atferd.....	21
2.3.1	Home and Community Social Behavior Scales	22
2.4	Manglende data, ekstremverdier og test for normalitet.....	23
2.5	Reliabiliteten til målinger og effektstørrelser	24
2.5.1	Reliabilitetsestimering av differanseskårer	24
2.5.2	Effektstørrelser	25
2.6	Analysestrategi	26
3	RESULTATER	28
3.1	Frafallsanalyser.....	28
3.2	Baseline-analyser.....	29

3.3	Faktoranalyse av HCSBS	30
3.3.1	Relasjon til jevnaldrende	33
3.3.2	Selvregulering	34
3.4	Varianseanalyser med pretest-nivå som kovariat	34
3.5	Differanseskårer for selvregulering og relasjon til jevnaldrende	36
3.6	Effektstørrelser	37
4	DISKUSJON	38
4.1	Foreldrerådgivning gir bedre sosial kompetanse	38
4.1.1	Endring av foreldreferdigheter	39
4.1.2	Selvregulering og relasjon til jevnaldrende	40
4.2	Ingen komparativ effekt på komponentnivå	42
4.2.1	Foreldrerådgivningens oppbygging og innhold	42
4.2.2	Uendret sosial rolle	43
4.2.3	Begrenset generalisering	44
4.2.4	Foreldre som informanter	44
4.3	Praktiske og kliniske implikasjoner	45
4.4	Styrker og begrensninger	46
4.5	Videre forskning	48
5	Konklusjon	50
	Litteraturliste	51
	Tabell 1: Beskrivende statistikk for fullførtgruppen ved pretest	21
	Tabell 2: Reliabiliteten til målingene på skalanivå og komponentnivå ved pre- og posttest	24
	Tabell 3: Korrelasjon pre-posttest og reliabiliteten til differanseskårer for utfallsmålene	25
	Tabell 4: Beskrivende statistikk for frafallgruppen ved pretest	28
	Tabell 5: Gjennomsnitt, standardavvik og t-tester for antisosial atferd og sosial kompetanse for gruppebetingelse	29
	Tabell 6: Beskrivende statistikk for intervensjon- og sammenligningsgruppen ved pretest	29
	Tabell 7: Gjennomsnitt, standardavvik og t-tester for sosial kompetanse og antisosial atferd for gruppebetingelse	30
	Tabell 8: Faktorladninger og strukturmatrise etter eksplorerende faktoranalyse	32
	Tabell 9: Skala-ledd med faktorladninger til «relasjon til jevnaldrende»	33
	Tabell 10: Skala-ledd med faktorladninger til «selvregulering»	34
	Tabell 11: Gjennomsnitt, standardavvik/standardfeil og ANCOVA for utfallsmålene for gruppebetingelsene	36
	Tabell 12: Differanseskårer og paret t-test for intervensjonsgruppen	37
	Tabell 13: Effektstørrelser: Cohens d_s og Cohens d_z	37

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn

Atferdsvansker og atferdsforstyrrelser er hyppig forekommende blant barn og unge i Norge, og regnes som en av de vanligste årsakene til henvisninger til psykisk helsevern (Skogen & Torvik, 2013). I en rapport fra Folkehelseinstituttet ble forekomsten av diagnostiserbare atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge under 18 år beregnet til å ligge på rundt 3,5 %. Alvorlig atferdsforstyrrelse utgjorde 1,7 % av tilfellene, mens opposisjonell atferdsforstyrrelse utgjorde 1,8 %. I begge tilfeller var det en relativt stor kjønnsforskjell, med høyest forekomst blant gutter (Skogen & Torvik, 2013). Flere longitudinelle studier trekker frem langtidseffekten av atferdsvansker i tidlig alder. Barn med atferdsproblemer i tidlig alder har en høyere forekomst av en rekke vansker i voksen alder, blant annet alvorlig kriminalitet, psykiske vansker, lav utdanning, arbeidsledighet, økt forekomst av partnervold og rusmisbruk (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002). Samtidig viser Nixon (2002) til at mange barn med tidlige atferdsproblemer vil fortsette sin antisosiale karriere hvis de ikke mottar behandling. Tidlig intervensjon og forebygging av atferdsvansker er derfor viktig for barnet og for familien. Det er også et samfunnsøkonomisk perspektiv på forebygging og tidlig intervensjon. Med de mange konsekvensene av tidlige atferdsvansker, påfører individene samfunnet enorme kostnader, i form av utgifter til kriminalomsorg, barnevern, skole og psykisk helsevern. I tillegg kommer tap knyttet til manglende verdiskapning (Knapp, 2000). Analyser viser at offentlige utgifter kan reduseres hvis ressurser brukes på tidlig intervensjon og forebygging, fremfor å håndtere problematferd når den allerede er utviklet (Foster, Jones & The Conduct Problems Prevention Research Group, 2005).

Foreldrestøttende tiltak er utviklet for å hjelpe foreldre som har barn med atferdsproblemer, slik at de negative utviklingsløpene kan stanses og reverseres. Tiltakene retter seg mot foreldrene og forsøker å skape endringer i deres måte å håndtere barnas atferd på (Kazdin, 1997). Slike intervensjoner omtales også ofte som «foreldretrening» eller «foreldreintervensjoner» i litteraturen, en begrepsbruk denne oppgaven også vil veksle mellom. Intervensjonene har bred støtte i forskning, både nasjonalt (Ogden & Hagen, 2008) og internasjonalt (Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Michelson, Davenport, Dretzke, Barlow & Day, 2013). Foreldrestøttende tiltak har to målsetninger. Den ene er å skape en reduksjon i

atferdsvansker, mens den andre handler om å styrke barnas sosiale kompetanse (Kazdin, 1997). I mange tilfeller underkommuniseres den doble målsetningen til foreldretrening, og problematferden får mye av oppmerksomheten. Et fokus på å bedre den sosiale kompetansen er i seg selv svært viktig. Sosial kompetanse har en viktig rolle i barns tidlige utvikling, og barn med lav sosial kompetanse vil ofte slite med vennerelasjoner, dårlige skoleprestasjoner, eksternaliserende atferd, og senere mistilpasning i samfunnet (Ladd, Kochenderfer & Coleman, 1996; Brotman et al., 2005; Sørli, Hagen & Ogden, 2008). I tillegg argumenteres det for at manglende sosial kompetanse er en av de viktigste risikofaktorene for utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker hos barn (Brotman et al., 2005). Intervensjoner rettet mot å styrke den sosiale kompetansen anses som viktige for å redusere forekomsten av antisosial atferd (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Selv om sosial kompetanse lenge har stått i skyggen av problematferd, er det utført en rekke studier på effekten av foreldretrening på barns sosiale kompetanse. Enkelte studier finner at foreldretrening alene ikke har en effekt på barnets sosiale kompetanse, men at det i kombinasjon med intervensjoner rettet direkte inn mot trening av barnets sosiale ferdigheter har en effekt (se f. eks Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004; Drugli, Larsson & Clifford, 2007). Andre forskere finner evidens for at foreldretrening alene har en effekt på barnas sosiale kompetanse (Kjøbli & Ogden, 2012).

1.2 Atferdsvansker og sosial kompetanse

I den videre utredningen vil begrepene atferdsvansker og sosial kompetanse presenteres. Deretter vil det gjøres rede for forholdet mellom dem.

1.2.1 Atferdsvansker

Aggressiv og opposisjonell atferd forekommer hos de aller fleste barn i oppveksten, og anses som en del av normalutviklingen (Loeber & Hay, 1997). Det kan innebære fysisk aggresjon mot søsken og jevnaldrende og trass mot foreldre. Mens de aller fleste barna vokser av seg den uønskede atferden, vil enkelte fortsette å fremvise avvikende atferd og kan utvikle økende nivåer av problematferd (Tremblay et al., 2004). Hva som anses som «normal» og «avvikende» atferd kommer ikke bare an på selve atferden, men også faktorer som tid, sted, kultur og situasjon (Kazdin, 1997). I diagnostisk sammenheng kjennetegnes atferdsforstyrrelser av et mønster av vedvarende og gjentagende atferd som bryter med de

forventninger, normer og regler som eksisterer i samfunnet. Atferden avviker fra det man kan forvente av et barn på gjeldende alderstrinn, og medfører lidelse eller nedsatt funksjonsevne for barnet (Skogen & Torvik, 2013; Loeber & Farrington, 2000). Det er vanlig å skille mellom to hovedtyper av atferdsforstyrrelser: opposisjonell atferdsforstyrrelse (Oppositional Defiant Disorder: ODD) og alvorlig atferdsforstyrrelse (Conduct Disorder: CD).

Opposisjonell atferdsforstyrrelse kjennetegnes av et mønster av negativistisk, utfordrende og fiendtlig atferd som inkluderer trass, kranling og provoserende atferd (Kazdin, 2005; Skogen & Torvik, 2013). Det vil i mindre grad innebære aggressiv atferd. Alvorlig atferdsforstyrrelse viser til et gjentakende og vedvarende mønster av atferd der barnet krenker andres grunnleggende rettigheter eller grunnleggende sosiale normer. Det innebærer klare normbrudd, samt voldelige og aggressive handlinger (Skogen & Torvik, 2013). Eksempler på slik atferd er ildspåsettelse, stjeling, lyving, slåssing og grusomheter mot dyr og personer (APA, 1994; Kazdin, 2005). Opposisjonell atferdsforstyrrelse kan forstås som en forløper for mer alvorlige former for atferdsforstyrrelse (Loeber, Burke, Lahey, Winters & Zera, 2000).

I litteraturen finner man ofte begreper som «atferdsvansker», «atferdsproblemer» og «antisosial atferd». Disse begrepene, og flere andre, brukes om et mønster av atferd som betegnes som problematisk og normbrytende (Skogen & Torvik, 2013). Ofte vil diagnosen atferdsforstyrrelse anses som en ekstrem ytterkant på et kontinuum av atferdsvansker (Lahey & Waldman, 2003). Det betyr at begrepet atferdsvansker kan omfatte atferd som er innenfor et diagnostisk område, men at det også refererer til atferd som kan være av mindre alvorlig art. I denne oppgaven vil «atferdsvansker», «atferdsproblemer» og «antisosial atferd» benyttes om atferd som er normbrytende og avvikende, men uten at det nødvendigvis refererer til den diagnostiske kategorien. Begrepsbruken legger opp til en forståelse av at problematferd kan variere i alvorlighetsgrad langs en dimensjon. Det anses at en slik dimensjonal forståelse fanger bedre målgruppen i studien som er barn med begynnende eller allerede utviklede atferdsvansker, uten krav til formell diagnose (Kjøbli & Ogden, 2012).

Det er stor heterogenitet blant barn med atferdsvansker, både med hensyn til alvorlighetsgrad, alder for oppstart og tilleggsvansker. I forbindelse med alder for oppstart er det vanlig å referere til atferdsvansker som enten barndomsdebuterende eller ungdomsdebuterende (Moffitt, 2003). Skillet stammer opprinnelig fra observasjoner av at enkelte individer har tidligere oppstart og mer vedvarende og alvorlige atferdsvansker, mens andre har senere

oppstart og mindre stabile antisosiale atferdstrekk (Moffitt, 1993). Atferdsproblemer som forekommer tidlig i et barns liv antas å ha en sterkere genetisk komponent, som i kombinasjon med dårlige oppvekstvilkår kan føre til skjevutvikling som vedvarer over tid (Moffitt, 2003). Ungdomsdebuterende atferdsvansker antas å fylle en mer sosial funksjon, der atferden er involvert i utvikling av identitet og kan benyttes for å oppnå status og tilhørighet (Moffitt, 2003). Atferdsvansker som oppstår i ungdomsalderen anses som mer modifiserbare enn atferdsvansker med tidlig oppstart (Ogden, 2015). Mange barn og ungdom med atferdsvansker har også komorbide tilstander. Angst, depresjon, ADHD og lærevansker er de vanligste tilleggsvanskene (Ogden, 2015).

1.2.2 Sosial kompetanse

I litteraturen finnes det flere ulike definisjoner av sosial kompetanse og forskjellige aspekter ved konstruktet vektlegges. En definisjon fremhever sosial kompetanse som «...kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å etablere og vedlikeholde sosiale relasjoner. Den fører til en realistisk oppfatning av egen kompetanse, og er en forutsetning for sosial mestring, sosial aksept og for vennskap» (Ogden, 2015, pp 27). Denne definisjonen peker både på hva sosial kompetanse innebærer og hvilke resultater det har å være sosialt kompetent. Å ha kunnskap, ferdigheter og holdninger innebærer at individet vet hva som er gjeldende forventninger til sosialt akseptabel atferd, og at han eller hun har evner som tillater å utføre denne atferden. Den sosiale kompetansen har en funksjon og betydning for samspillet med andre mennesker ved at den tillater individet å skape og opprettholde relasjoner til andre over tid (Ogden, 2015).

Hva som vurderes som sosialt kompetent atferd vil variere med barnets alder, hvem de er med og hvor de er. Det stilles for eksempel andre krav til et barns atferd når det er tre år og når det er ti år, og lærere, foreldre og jevnaldrende stiller ulike krav til atferd (Ogden, 2011). Det er heller ikke slik at høy sosial kompetanse innebærer at barnet alltid gjør det som er sosialt ønskelig eller tilpasset situasjonen (Ogden, 2015). For eksempel vil det å motstå gruppepress kunne anses som sosialt kompetent atferd, selv om det innebærer at barnet ikke tilpasser seg normene i gruppen. Selv om vurderinger av hva som er sosialt kompetent atferd vil variere er det enkelte kjennetegn ved barn med høy sosial kompetanse. Barn som har høy sosial kompetanse velger mer effektive atferdsstrategier, de aksepteres av sine jevnaldrende og har tidlige gjensidige vennskap (Vaughn, Colvin, Azria, Caya & Krzysik, 2001). At de oftere

aksepteres av andre og har gode vennskap viser at de har hensiktsmessige strategier for å inngå i relasjoner med andre og gode interpersonlige ferdigheter. Sosialt kompetente barn vil for eksempel observere og tilpasse seg de jevnaldrende-gruppene de forsøker å bli en del av. De vil ta del gjennom positiv og prososial atferd som å tilby seg å hjelpe eller å komme med positive kommentarer. I gruppesammenhenger er de inkluderende og de bidrar til at andre føler seg vel (Ogden, 2015).

Barn utvikler tidlig sosial kompetanse i interaksjoner med foreldrene og senere med venner (Ogden, 2001; Ogden, 2015). Barnet får gjennom familierelasjoner muligheten til å observere, lære og utøve interpersonlige ferdigheter som bidrar til gode sosiale relasjoner (Fabes, Gaertner & Popp, 2008). Læringen skjer ved at foreldrene forteller barna sine eksplisitt om sosiale regler og forventninger for atferd, og gjennom indirekte prosesser der barnet er vitne til at foreldrene demonstrerer sosiale verdier og atferd (Fabes et al., 2008). Det er også viktig hvordan foreldrene benytter seg av belønning og straff for å fremme eller hemme atferd, og hvordan de begrunner denne bruken (Ogden, 2015). Vellykket sosialisering forekommer når foreldre bruker mild straff, som for eksempel pausetid for å hemme aggresjon, og positiv forsterkning av mer konstruktiv sosial atferd (Snyder & Patterson, 1995). Foreldre har i tillegg en svært viktig rolle i å hjelpe barnet med vennerelasjoner. De kan gi råd, veiledning og hjelpe med sosiale strategier i relasjoner med andre barn. De har også en viktig oppgave med å strukturere og fasilitere sosial interaksjon med jevnaldrende og med andre i miljøet rundt barnet (Fabes et al., 2008). For eksempel kan foreldrene legge til rette for at barnet har lekekamerater, og kan bidra til å løse konflikter som oppstår i lek på en god måte. Barnet vil benytte sosial interaksjon med jevnaldrende som en arena for å videreutvikle sin sosiale kompetanse (Ogden, 2001). Forholdet mellom interaksjon med jevnaldrende og sosial kompetanse er gjensidig. Sosialt kompetente barn har flere positive interaksjoner med jevnaldrende, og disse interaksjonene bidrar til å øke den sosiale kompetansen. Barn som har lav sosial kompetanse står i fare for å ha flere negative interaksjoner med jevnaldrende. De er også utsatt for mer avvisning, noe som reduserer muligheten de får til å øve på sine sosiale ferdigheter (Ladd, 1999).

1.2.3 Forholdet mellom sosial kompetanse og antisosial atferd

På mange måter kan atferdsvansker forklares som manglende sosial kompetanse (Ogden, 2015). Barn med atferdsvansker kan mangle de sosiale ferdighetene som kreves for sosialt

kompetent atferd, eller de kan av ulike årsaker unngå å ta dem i bruk (Ogden, 2015). Selv om sosial kompetanse og antisosial atferd er nært forbundet, argumenteres det for at de representerer to ulike konstrukter i den overordnede dimensjonen sosial fungering (Sørliet et al., 2008). Resultater fra studier som har inkludert samtidige målinger av sosial kompetanse og antisosial atferd indikerer at det er en relativt sterk, negativ korrelasjon mellom dem (Merrell & Caldarella, 1999; Sørliet et al., 2008). Resultatene antyder at de barna med høy sosial kompetanse viser mindre antisosial atferd, og at de barna med mye antisosial atferd har lavere sosial kompetanse. Det at korrelasjonene ikke er perfekte indikerer at konstruktene er mer enn bare motsatte poler på den samme dimensjonen. Samtidig vektlegges det at det er et betydelig overlapp mellom dem, og at de derfor er nært forbundet (Sørliet et al., 2008).

Koblingen mellom sosial kompetanse og atferdsvansker er godt etablert, og et viktig spørsmål som melder seg omhandler retningsforholdet mellom dem. Er det sosial kompetanse som fører til tilpasset atferd, eller er det tilpasset atferd som fører til god sosial kompetanse? I en longitudinell studie av Bornstein, Hahn og Hayes (2010) fant de at barn med lav sosial kompetanse i tidlig barndom (4 år) fremviste mer eksternaliserende problematferd i sen barndom (10 år) og i tidlig ungdomsalder (14 år). Høy sosial kompetanse predikerte bedre tilpasning over tid. Sammen med funn som viser at eksternaliserende atferd ikke predikerer sosial kompetanse på senere tidspunkt, tar de funnene til inntekt for at sosial kompetanse er en forløper for atferdsmessig tilpasning (Bornstein et al., 2010). Lav sosial kompetanse vil i så måte kunne utgjøre en risikofaktor for utvikling av atferdsvansker.

I den videre fremstillingen vil det legges særlig vekt på to faktorer som er involvert i både sosial kompetanse og antisosial atferd, nemlig selvregulering og interpersonlige ferdigheter. Selvregulering trekkes i en nylig publisert artikkel frem som et spesielt fruktbart forskningsområde for å forstå etiologien bak atferdsvansker (Barnes, Boutwell, Beaver & Gibson, 2013). Interpersonlige ferdigheter trekkes også frem som en viktig risikofaktor for atferdsvansker, og vil i særlig grad påvirke fungering med familie og jevnaldrende (Webster-Stratton & Lindsay, 1999; Snyder, 2002).

1.3 Selvregulering

Utvikling av selvregulering har viktige implikasjoner for et barns fungering i sosiale situasjoner (Berger, 2011) og knyttes både til sosial kompetanse og til antisosial atferd (Buckner, Mezzacappa & Beardslee, 2009). Berger og hennes kolleger (Berger, Kofman, Livneh & Henik, 2007, pp. 257) benytter seg av følgende definisjon av selvregulering: «Selvregulering er evnen til å overvåke og modulere kognisjoner, emosjoner og atferd for å oppnå sine mål og/eller for å tilpasse seg de kognitive og sosiale kravene i bestemte situasjoner» (egen oversettelse). Definisjonen fra Berger et al. (2007) fremhever at det sannsynligvis ikke er snakk om én enkelt prosess, men en gruppe monitorerende mekanismer som ligger til grunn for evnen til selvregulering av domener som kognisjoner, emosjoner og atferd. Berger et al. (2007) antyder at det kan være en universell underliggende faktor knyttet til temperament som styrer alle formene for selvregulering, og at den faktoren er det eksekutive aspektet ved oppmerksomhet (Rothbart, Posner & Kieras, 2008). Eksekutiv oppmerksomhet innebærer mekanismer for å overvåke og løse konflikter mellom tanker, følelser og responser. Eksekutiv oppmerksomhet danner det nevralt grunnlaget for utvikling av viljestyrt kontroll, også kalt effortful control. Viljestyrt kontroll regnes som en komponent i temperament hos barn, og tillater barnet å hemme en dominant respons for å utføre en subdominant respons, oppdage feil og planlegge (Rothbart et al., 2008). Evnen til å inhibere en dominant atferd eller emosjonell respons for å utføre en annen respons er nødvendig i mange utviklingsprosesser, som for eksempel selvregulering, uttrykkelse av emosjoner og sosialisering (Kochanska, Murray & Harlan, 2000).

Forskjeller i selvregulering knyttes til både genetiske og miljømessige faktorer. Beaver et al. (2009) har funnet at genetikken kan forklare rundt halvparten av variansen i selvkontroll. Kochanska et al. (2000) har på sin side vært opptatt av hvordan foreldreatferd påvirker barnets viljestyrte kontroll, som igjen er forbundet med selvregulering. Barn som har mødre som er mer responsive, emosjonelt tilgjengelige, støttende, aksepterende og sensitive har bedre viljestyrt kontroll. Mødres bruk av kontroll og makt er relatert til lavere nivåer av viljestyrt kontroll hos barnet (Kochanska et al., 2000). Et annet perspektiv anser selvregulering som en styrke som kan trenes opp, nesten som en muskel (Muraven & Baumeister, 2000). Denne modellen anser selvregulering som en begrenset ressurs, og når den begrensede ressursen er brukt opp vil evnen til selvregulering bli dårligere. Som en muskel vil den trenge hvile etter en treningsøkt, men den vil samtidig bli sterkere til neste gang.

Forskning tyder på at trening av selvregulering kan føre til bedre selvregulering (Muraven, 2010).

1.3.1 Selvregulering og sosial atferd

God evne til selvregulering er forbundet med høyere sosial kompetanse og med lavere forekomst av problematferd (Buckner et al., 2009). Det er også funnet at lavere selvreguleringsferdigheter er forbundet med eksternaliserende vansker og høyere forekomst av negativ affekt, særlig sinne (Eisenberg et al., 2001; Eisenberg et al., 1996). Eisenberg og hennes kolleger har lenge forsket på hvordan emosjonell reaktivitet og emosjonsregulering er involvert i sosial kompetanse og antisosial atferd hos barn. I en studie av Fabes et al. (1999) fant de at individuelle forskjeller i regulering og forekomsten av negativ emosjonalitet var relatert til barns sosiale kompetanse. Studien viste at mer intense og stressende situasjoner gav mer negative interaksjoner med jevnaldrende, og dette skjedde i større grad hos barn med lav grad av viljestyrt kontroll. De fant samtidig at barn med høy grad av viljestyrt kontroll responderte mer sosialt kompetent enn barn med dårligere viljestyrt kontroll i situasjoner preget av høy intensitet. I situasjoner som var preget av lav intensitet var ikke viljestyrt kontroll like sterkt forbundet med negative emosjonelle responser, og forekomsten av sosialt kompetent atferd var relativt høy hos alle barna. Det kan tyde på behovet for regulering øker i takt med intensiteten i situasjonen. Fabes et al. (1999) peker på flere måter sterk negativ emosjonalitet kan svekke barns sosiale kompetanse i interaksjon med andre. Sterk negativ emosjonell aktivering kan påvirke de sosiale ferdighetene som trengs for å møte krav i situasjonen. Ved sterk negativ emosjonalitet vil sannsynligheten for sinneutbrudd, aggressiv og truende atferd øke, som igjen kan føre til at andre barn avviser dem. Ved brudd i relasjonene vil det også kunne redusere sjansen for at barnet får mulighet til å benytte og øve seg på sosialt kompetent atferd i fremtiden (Fabes et al., 1999). God selvregulering på sin side vil i større grad gjøre barnet i stand til å hemme uønskede responser relatert til negativ affekt, som for eksempel sinne og fiendtlighet. Det vil også bidra til å opprettholde prososial atferd som vennlighet og hjelpsomhet i møte med andre barn (Fabes et al., 1999).

Flere studier viser at emosjonell reaktivitet og liten evne til selvregulering gir utslag i barnas sosiometriske status, og gjør dem mindre populære blant venner (Eisenberg et al., 1993; Eisenberg, Fabes, Nyman, Bernzweig & Pinuelas, 1994). I en nyere studie av Trentacosta og Shaw (2009) finner de at lav emosjonell selvregulering er assosiert med avvisning fra

jevndrende og antisosial atferd. Lav emosjonell selvregulering predikerer avvisning fra jevndrende og avvisning fra jevndrende predikerer antisosial atferd på et senere tidspunkt. De finner kun en indirekte effekt av selvregulering på antisosial atferd som medieres av avvisning fra jevndrende. De hevder at dårlig emosjonell selvregulering kan gi problemer med regulering av sinne i sosiale situasjoner. Over tid vil manglende evne til å regulere sinne og frustrasjon kunne føre til negative samspillsmønstre og avvisning fra jevndrende (Maszk, Eisenberg & Guthrie, 1999). Avvisning er forbundet med antisosial atferd, en sammenheng som vil gjennomgås nøyere senere i oppgaven.

1.4 Interpersonlige ferdigheter

Å mestre interaksjoner med jevndrende er en svært viktig utviklingsoppgave for barn. Venner påvirker barn gjennom å gi daglige sosiale erfaringer som former sosial atferd i barndom og ungdomsalder (Snyder, 2002). I interaksjon med jevndrende lærer barn samarbeid, mestring av sosiale koder, og forhandling av konflikter. For at interaksjoner med andre skal oppleves som gode må barnet ha grunnleggende sosiale ferdigheter. Det kan være for eksempel ferdigheter som tillater ham eller henne å avpasse avstand og nærhet, stemmeleie og kontakt, samt at begge parter får slippe til i samtale og lek (Ogden, 2015). En studie fra Webster-Stratton og Lindsay (1999) tyder på at barn med atferdsvansker mangler viktige interpersonlige ferdigheter, og at det får konsekvenser for deres mulighet til å delta i lek med jevndrende. I studien ble barn som var henvist for atferdsvansker sammenlignet med en kontrollgruppe i hypotetiske sosiale situasjoner. De fant at barn med atferdsvansker hadde en lavere forekomst av positive problemløsningsstrategier og høyere forekomst av negative problemløsningsstrategier. De hadde også en smalere bredde av positive strategier, det vil si at de kom på færre positive alternativer enn kontrollgruppen. Positive problemløsningsstrategier var i dette tilfellet for eksempel å si unnskyld, å dele med andre, å vente på tur eller å etterkomme andres ønsker. Funnene ble understøttet av direkte observasjoner av sosiale interaksjoner med jevndrende. I lek hadde barna i den kliniske gruppen færre positive sosiale ferdigheter og flere aggressive konflikthåndteringsstrategier enn kontrollgruppen. Til sammen vil manglende interpersonlige ferdigheter gjøre disse barna til lite attraktive lekekamerater, noe som speiles i rapportering av lavere aksept fra jevndrende (Webster-Stratton & Lindsay, 1999).

1.4.1 Avvisning fra jevnaldrende

Avvisning fra jevnaldrende er en sentral risikofaktor for utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker (Laird, Jordan, Dodge, Pettit & Bates, 2001; Hay, Payne & Chadwick, 2004). Miller-Johnson og kolleger undersøkte sammenhengen mellom aggresjon, avvisning fra jevnaldrende og atferdsvansker. De fant at avvisning fra jevnaldrende bidrar til påfølgende atferdsvansker, uavhengig av effekten av aggresjon på atferdsvansker. Ifølge forskerne er avvisning fra jevnaldrende altså ikke bare en markør for aggressiv atferd, men en selvstendig risikofaktor for utvikling av atferdsvansker (Miller-Johnson, Coie, Maumary-Gremaud, Bierman & The Conduct Problems Prevention Research Group, 2002). Forskere finner at det særlig er kronisk avvisning fra jevnaldrende som er assosiert med senere atferdsvansker (Laird et al., 2001). Vedvarende avvisning kan bidra til en fiendtlig innstilling til normative jevnaldrende som vil føre til negative interaksjoner (Vitaro, Tremblay & Bukowski, 2000).

Det finnes flere mulige forklaringer på hvorfor enkelte barn er utsatt for avvisning fra jevnaldrende. Avvisning fra jevnaldrende vil i mange tilfeller kunne være et uttrykk for at barna mangler sosial kompetanse og sosiale ferdigheter som tillater dem å interagere på en hensiktsmessig måte (Webster-Stratton & Lindsay, 1999; Miller-Johnson et al., 2002; Ogden, 1995). En annen årsak som trekkes frem er at det kan stamme fra interaksjonsmønstre som er etablert i familien. Barn som har vokst opp i hjem preget av tvingende samspill, der konflikter og maktkamper råder, vil ta med seg de aversive atferdsstrategiene de har lært hjemme til barnehage og skole (Snyder, 2002; Shaw, Owens, Giovannelli & Winslow, 2001). Tvingende samspill med jevnaldrende involverer gjensidig eskalerende interaksjoner preget av negative og aggressive reaksjoner (Snyder et al., 2008). Slike samspill vil opprettholde og forsterke atferdsvansker ved at barnet lærer at aggresjon er funksjonelt i interaksjon med andre (Snyder, 2002; Snyder et al., 2008). For eksempel kan fysisk aggresjon brukes for å få et annet barn til å slutte å erte, eller for å få tilgang til en leke. Det er også forskning som tyder på at barn som er aggressive og som blir avvist har vansker med regulering, både av affekt og av atferd. Miller-Johnson et al. (2002) fant at avvisning var forbundet med mer dysregulert reaktiv aggresjon og mer impulsivitet og uoppmerksomhet. Reaktiv aggresjon handler om å oppfatte andre som fiendtlige og reagere på andres provokasjoner med ukontrollert sinne og aggresjon (Vitaro, Gendreau, Tremblay & Oligny, 1998). Impulsivitet og uoppmerksomhet kan føre til at de forstyrrer andre barns aktiviteter i klasserommet og i organisert lek. Deres vansker med regulering og tendens til å reagere med sinne vil kunne skape et mønster med interpersonlige

konflikter med jevnaldrende og avvisning (Miller-Johnson et al., 2002). I tillegg til å opprettholde og forsterke aggressiv atferd, kan tvingende samspill og avvisning fra jevnaldrende skape utviklingsløp der barnet får stadig mindre tilgang på sosiale miljøer som fremmer normativ sosial atferd (Snyder, 2002; Bagwell, Coie, Terry & Lochman, 2000). Barnet blir dermed frarøvet muligheten til å inngå i samspill som kan bidra til utvikling av prososial atferd.

Når et barn blir avvist fra den normative gruppen vil det ha en tendens til å finne andre jevnaldrende som har tilsvarende problematikk (Snyder et al., 2005). En slik seleksjonsprosess forekommer både på grunn av avvisning fra mer prososiale venner og på grunn av nisjeseleksjon (Miller-Johnson et al., 2002). Omgang med antisosiale jevnaldrende vil representere en arena for trening i avvikende atferd, som er assosiert med en økning i atferdsvansker (Snyder et al., 2005; Snyder et al., 2008).

1.4.2 Trening i avvikende atferd

Trening i avvikende atferd omhandler snakk om og øvelse i avvikende atferd i interaksjoner med jevnaldrende, samt vikarierende eksponering via andres snakk om og øvelse i avvikende atferd (Snyder et al., 2008; Dishion, Spracklen, Andrews & Patterson, 1996). Økning i antisosial atferd antas å skyldes at jevnaldrende gir rikelig med positiv forsterkning for antisosial atferd og mindre forsterkning for prososial atferd (Dishion et al., 1996). Hvordan positiv forsterkning kan bidra til økning i atferdsvansker ble blant annet undersøkt i en studie av Dishion et al. (1996). De kodet samtaler mellom 186 gutter med atferdsvansker og deres venner for innhold og reaksjon fra samtalepartneren. Innholdet ble kodet som enten normativt eller avvikende og reaksjonen fra venner som latter eller pause. Latter vil virke som en positiv forsterker, og pause vil fungere nøytralt eller som straff. Funnene viste at antisosiale venner skapte sosiale betingelser som fremmet snakk om avvikende atferd, mens normative venner skapte betingelser som fremmet og opprettholdt snakk om normativ atferd. Longitudinelle analyser av ungdommens atferd to år senere viste at snakk om avvikende atferd predikerte økninger i avvikende atferd, selv når man kontrollerte for opprinnelig nivå av problematferd. Forskerne hevder at det å snakke om avvikende atferd kan etablere problematferd som en felles aktivitet som igjen kan forsterke den sosiale mistilpasningen (Dishion et al., 1996). Mye tyder på at barn som inngår i trening i avvikende atferd i stor grad bruker aggresjon og

antisosial atferd for å opprettholde og fremme sin sosiale status blant jevnaldrende (Snyder et al., 2008).

Lav sosial kompetanse kan være både en forløper for, og en konsekvens av atferdsvansker. Dårlige interpersonlige ferdigheter gjør barnet utsatt for avvising fra jevnaldrende og assosiasjon med avvikende jevnaldrende. Dette kan igjen resultere i at barnet får stadig færre muligheter til å lære og å utøve sosialt kompetent atferd, og istedenfor lærer antisosial atferd (Snyder, 2002; Snyder et al., 2005). Det er derfor viktig å forebygge sosiale vansker.

1.5 Tidlig innsats for barn i risiko

I kjølvannet av en ekspertkonferanse i 1997 med tema «Barn og unge med alvorlige atferdsvansker» ble det besluttet å opprette en enhet som skulle iverksette og spre bruken av evidensbaserte programmer for forebygging og behandling av atferdsproblemer hos barn og unge. De skulle også evaluere tiltakene som ble iverksatt (Atferdssenteret.no, 09. mars 2015). Det første steget i prosessen var å øke behandlingskompetansen ved å implementere Parent Management Training- Oregon modellen (PMTO) i spesialisthelsetjenesten for barn og unge og Multisystemisk Terapi (MST) (Atferdssenteret.no, 09. mars 2015). Det neste steget var å utvikle et program til bruk i primærtjenesten for barn i kommunene.

1.5.1 Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)

Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) er et program som er utviklet for å identifisere barn med atferdsvansker så tidlig som mulig, og tilby et skreddersydd behandlingstilbud (Solholm, Kjøbli & Christiansen, 2013). For å kunne fungere preventivt og fange opp negativ utvikling tidlig har TIBIR blitt implementert i primærtjenesten i kommunene, som for eksempel ved offentlige helsestasjoner, skoler, barnehager, og barneverntjenesten. Intervensjonene kan rettes mot alle de viktige sosiale arenaene der problematferden forekommer, som hjem, skole eller barnehage. De kan rettes mot foreldrene, andre viktige voksne i barnets liv og barnet selv (Solholm et al., 2013). Programmet består av seks moduler som er laget for å utfylle hverandre og for å kunne erstatte hverandre etter en vurdering av familiens behov. Modulene som inngår i TIBIR er kartlegging og identifisering av atferdsvansker, forelderådgivning, PMTO for foreldre i grupper, PMTO-behandling, sosial ferdighetstrening for barn og konsultasjon for ansatte i barnehage eller skole (Solholm et al., 2013). Barn med forløpere til

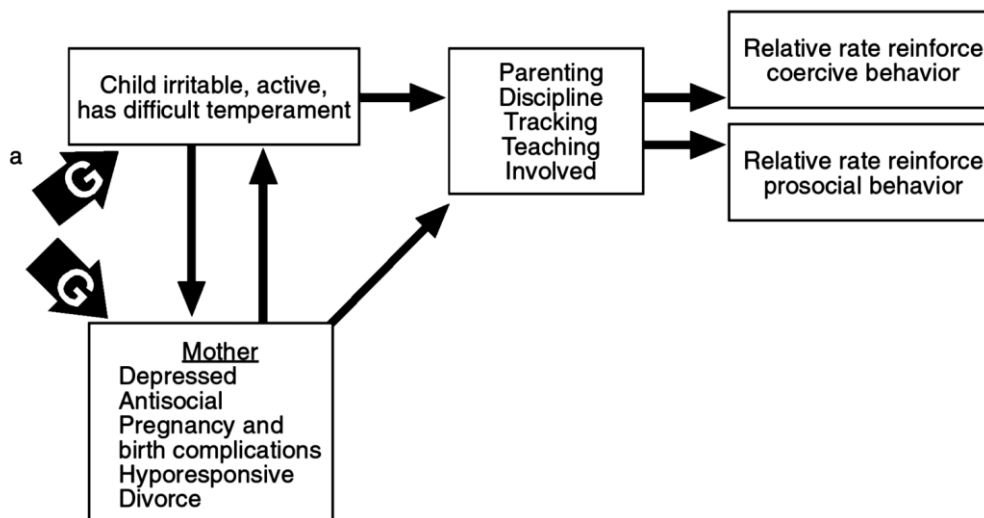
antisosial atferd vil tilbys kortvarige intervensjoner, mens barn med moderat til høy risiko for å utvikle atferdsvansker vil få tilbud om lengre og mer omfattende behandlingsintervensjoner. Intervensjonene tilbys av nøkkelpersonell i kommunene som er trent til å identifisere barn med risikoatferd, og skreddersy passende intervensjoner (Solholm et al., 2013).

1.5.2 Teoretisk rammeverk: Sosial Interaksjon Læringsteori

Intervensjonene i TIBIR er basert på prinsipper fra Sosial Interaksjon Læringsteori (SIL) (Patterson, 1982) og PMTO, som ble utviklet av Patterson og kolleger ved Oregon Social Learning Center (Solholm et al., 2013). SIL har hentet inspirasjon fra både sosial læringsteori og sosial interaksjonsteori (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005). Felles for inspirasjonskildene er at de har et særskilt fokus på hvordan de sosiale omgivelsene påvirker barnets tilpasning. Det sosiale interaksjonsperspektivet er opptatt av hvordan samhandlingen mellom individet og familiemedlemmer, samt individet og venner på et mikrososialt nivå påvirker tilpasning. Sosial læringsteori er opptatt av hvordan individet lærer atferd og hvordan den senere opprettholdes gjennom forsterkningsbetingelser (Solholm et al., 2005). Det teoretiske rammeverket anerkjenner at foreldrene, karakteristikk ved barnet og den bredere sosiale konteksten, bidrar til barnets tilpasning gjennom transaksjonsprosesser. Barnets tilpasning påvirkes direkte av foreldreatferd og indirekte av kontekstuelle faktorer (Forgatch & Martinez, 1999). I den grad foreldre benytter seg av positiv foreldreatferd som disiplin, tilsyn, positiv involvering, problemløsning og oppmuntring av ferdigheter vil det bidra til god tilpasning hos barnet. Foreldreatferd som vil føre til mistilpasning er tvingende taktikker og streng og inkonsistent oppdragelse (Forgatch & Martinez, 1999; Forgatch & DeGarmo, 2002). Konteksten rundt familien, som for eksempel økonomi eller skilsmisse, påvirker barnets tilpasning gjennom å redusere forekomsten av positiv foreldreatferd og øke mengden tvingende foreldreatferd (Forgatch & Martinez, 1999). På samme måte vil også barnet bidra til interaksjoner som fører til utvikling og opprettholdelse av avvikende atferd (Snyder & Stoolmiller, 2002). For eksempel vil barn med et vanskelig temperament ha lettere for å inngå i tvingende samspill med foreldre, og det kan ha negative konsekvenser når foreldreferdigheter for å håndtere det mangler (Patterson, 2002). Intervensjoner som bygger på SIL-rammeverket legger til grunn at foreldrene er de proksimale endringsagentene og man vil øke forekomsten av positive strategier og redusere bruken av tvingende strategier. Slik kan foreldre redusere barnas avvikende atferd og øke forekomsten av prososial atferd (Forgatch & Martinez, 1999).

Sosial Interaksjons Læringsteori (Patterson, 1982) forklarer utvikling og opprettholdelse av antisosial atferd og manglende utviklingen av sosial kompetanse gjennom læringserfaringer i familien (Ogden, 2001; Dishion, Duncan, Eddy, Fagot & Fetrow, 1994). Utvikling av atferdsvansker skjer ved at barnet «trenes» i antisosial atferd og får manglende trening av sosialt kompetent atferd (Patterson, 2002). «Treningen» forekommer ved at barnet lærer å kontrollere omgivelsene gjennom en betinget bruk av atferd. At barnet lærer seg betinget bruk av aversiv atferd for å kontrollere andre, er det Patterson (2002) refererer til som *coercion*. Begrepet kan oversettes til norsk som tvingende atferd og handler om at et individ tar i bruk aversive stimuli som er betinget av atferden til den andre (Solholm et al., 2005). Et eksempel kan være at en gutt protesterer når foreldrene krever at han gjør lekser. Når gutten protesterer vil foreldrene etter hvert vil trekke kravet, og han vil lære at den aversive atferden bidrar til å «vinne» konflikten. Det vil øke forekomsten av atferden i fremtiden. En slik læring er uttrykk for det man innen operant betingning kaller negativ forsterkning, ved at den aversive tilstanden forsvinner når en bestemt atferd utføres (Patterson, 2002). Foreldrene vil samtidig oppleve guttens protest som en straff, og det vil redusere forekomsten av atferden hos foreldrene i fremtiden. Interaksjonsmønstrene vil forme familiemedlemmene slik at de over tid opptrer stadig mer fiendtlig ovenfor hverandre (Solholm et al., 2005).

Ifølge Patterson (2002) bærer et barn med atferdsvansker en dobbel byrde, i form av problematferd og fremtredende sosial inkompetanse. Sosial inkompetanse kan stamme fra en manglende utvikling og/eller anvendelse av prososiale ferdigheter fordi barnet ikke forsterkes for slik atferd (Patterson, 2002; Solholm et al., 2005; Dishion et al., 1994). Patterson (2002) vektlegger at et barn vil benytte den atferden som gir størst mulig avkastning, og at det i enkelte familier er aversiv atferd fremfor prososiale strategier som gir størst gevinst. De to utviklingsløpene reflekterer altså den relative forekomsten av forsterkning for sosialt kompetent atferd og forsterkning for tvingende atferd (Snyder & Stoolmiller, 2002; Patterson, 2002). I figur 1 (Patterson, 2002, s 30) presenteres en modell for hvordan karakteristikk ved barnet og ved foreldrene interagerer og påvirker foreldreferdighetene. Foreldreferdighetene bidrar direkte til atferdsvansker og sosial kompetanse avhengig av den relative forekomsten av forsterkning for tvingende atferd og prososial atferd.



^aG refers to mechanisms that may be sensitive to genetic contributions.

Figur 1: Modell over utvikling av atferdsvansker og sosial kompetanse.

1.5.3 Foreldrerådgivningsmodulen i TIBIR

Hvis foreldre angir i vurderingssamtalen at de kan trenge veiledning på grunn av vansker med å håndtere et krevende barn, eller er usikre på egne foreldreferdigheter, kan de få tilbud om foreldrerådgivning. Den kommunalt ansatte vil foreta en vurdering av om det anses som nyttig for familien å ta imot rådgivning, eller om mer omfattende PMTO-behandling vil være mer hensiktsmessig. Foreldrerådgivningen består av tre til fem møter mellom foreldrene og den kommunalt ansatte, avhengig av hvor omfattende problemene er, og hvilke komponenter i PMTO som vektlegges (Berg, Christiansen, Flock & Launes, 2006). Foreldrerådgivningen fokuserer på de samme foreldreferdighetene som PMTO-behandlinger, men det er forskjeller i måten intervensjonen er organisert på, antall timer som tilbys og opplæringen av familierådgivere (Kjøbli & Ogden, 2012). De ferdighetene som vektlegges er grensesetting, tilsyn, positiv involvering, oppmuntring og problemløsning, som anses som sentrale foreldreferdigheter (Solholm et al., 2013; Forgatch & Martinez, 1999). Foreldrerådgivning tilbys av sertifiserte foreldrerådgivere som har fått opplæring i grunnleggende PMTO-ferdigheter og teknikker.

1.5.4 Kjernekomponenter i foreldrerådgivningsmodulen

Hvordan forløpet blir med den enkelte familie avhenger av hva foreldrene strever med og hva de allerede mestrer. Foreldrerådgivning går ut på at foreldrene skal få verktøy for å hindre en

videre skjevutvikling hos et barn med begynnende eller allerede etablerte atferdsvansker. I timene lærer foreldrene nye ferdigheter og øver på dem. De får i hjemmeoppgave å prøve ut de nye ferdighetene med barna. Det legges vekt på å skape et godt klima for samarbeid med familiene. Vekslingen i timene mellom samtale, demonstrasjon, rollespill og bruk av tavle bidrar til et slikt samarbeid. Hvert møte har en målsetting, en begrunnelse og en prosedyre (Berg et al., 2006).

Berg et al. (2006) har laget en fremgangsmåte for hvordan en foreldrerådgivning kan struktureres. Temaene for møtene er ulike fra gang til gang, men de har til felles at det gis hjemmeoppgaver basert på møtets innhold som gjennomgås i den påfølgende timen. I det første møtet legges det vekt på å etablere et samarbeid med foreldrene og kartlegge deres ressurser. Foreldrene blir introdusert for hva foreldrerådgivning går ut på, og det legges vekt på å kartlegge foreldrenes forventninger, bekymringer og mål. Det vil også gjøres en kartlegging av barnets problemer og barnets og familiens ressurser. Hjemmeoppgaven er en kartlegging av familiemedlemmenes sterke sider og foreldrenes forventninger til behandlingen.

Den andre timen fokuserer å gi foreldrene verktøy for å gi gode og effektive beskjeder og det legges vekt på betydningen av å samarbeide med barnet for å fremme prososial oppførsel. Rådgiveren vil demonstrere eksempler på gode og mindre gode beskjeder, og det vil diskuteres hvilke fordeler og ulemper beskjedene kan ha. Det vektlegges at effektive beskjeder vil gi grunnlag for bedre samarbeid og vil gjøre det enklere å benytte andre verktøy. Deretter vil det legges opp til at foreldrene skal få øve seg på ferdigheten gjennom rollespill.

I det tredje møtet er temaet ros og oppmuntring. For å hjelpe barnet med å utvikle nye ferdigheter vektlegges det at foreldrene skal gi masse ros og oppmuntring for den positive atferden og mestringen barnet viser. Det vektlegges også at positiv samhandling kan bidra til å bryte negative samspill. For å få best mulig effekt burde ros og oppmuntring være kort, presis og spesifikk. Hvordan ros og oppmuntring skal administreres avhenger av barnet og problemsituasjoner, og utformes i samarbeid med foreldrene.

I det fjerde møtet fokuseres det på foreldreferdighetene grensesetting, problemløsning og tilsyn. Innhold for møtet vil velges basert på familien og deres behov. I mange familier vil

møtet først og fremst dreie seg om effektiv grensesetting. Grensesettingsteknikkene læres ikke bort før foreldrene behersker noe bruk av effektive beskjeder og oppmuntring. Teknikkene for grensesetting er milde, og kan for eksempel være pausetid eller ignorering. Det er viktig at foreldrene får en forståelse av at effektiv grensesetting ligger i hvordan beskjeder blir gitt, hva de velger å oppmuntre og hva de retter positiv oppmerksomhet mot. Foreldrene må formidle tydelige krav og regler for barnet, og håndheve disse. Hvis barnet ikke følger reglene eller gjør som det forventes av dem, skal foreldrene ta i bruk forutsigbare konsekvenser. Det er et uttalt mål at foreldrene skal lære hvordan de kan unngå å trappe opp konflikter. For at foreldrene skal få trent på effektiv grensesetting legges det opp til praktiske øvelser. Problemløsning handler om å vise foreldrene at de kan benytte problemløsningsstrategier, og bidra til å øke deres handlingsalternativer. Tilsyn handler om hvordan foreldrene kan utøve tilsyn med barna sine, det vil si å ha oversikt over hvem de er med, hva de gjør og hvor de er. I tillegg vektlegges betydningen av positiv involvering og interesse (Berg et al., 2006).

Det siste møtet er satt av til oppsummering og avslutning. Rådgiveren kan også bruke deler av det siste møtet til supplement og videreføring av tidligere temaer ved behov. Ved oppsummering er man ute etter foreldrenes erfaringer i løpet av intervensjonen, om målene som ble satt i begynnelsen er nådd eller om familien trenger ytterligere hjelp. Sentrale poeng i det siste møtet som fremheves er foreldrenes ressurser, betydningen av foreldrenes bidrag til endring og betydningen av å fortsette å bruke verktøyene som de har lært. Ved behov kan foreldrene tilbys mer intensive tiltak som foreldregruppe eller PMTO-behandling (Berg et al., 2006).

1.5.5 Forskning på TIBIR

Forskning på TIBIR viser at foreldre etter foreldrerådgivning rapporterer mindre problematferd og bedre sosial kompetanse hos barna. Foreldrene rapporterer økt forekomst av positive foreldreferdigheter og mindre streng og inkonsistent bruk av disiplin. Positive foreldreferdigheter kan for eksempel være at foreldrene skryter av barnet sitt, eller gir komplimenter. Det rapporteres ingen endring i foreldrenes bruk av passende disiplin (appropriate discipline), for eksempel at de krever at barnet skal gjøre opp for seg hvis det har gjort noe galt. Det er heller ingen endring i hvorvidt foreldrene har klare og tydelige forventninger til barnet. Lærerne i studien rapporterer ingen endring i problematferd eller sosial kompetanse hos barna etter foreldrerådgivning (Kjøbli & Ogden, 2012).

TIBIR bygger på det samme teoretiske rammeverket, og de samme foreldreferdighetene som PMTO-intervensjoner. Man kan anta at noen av de samme mekanismene vil være involvert i endring som forekommer etter PMTO-behandling og TIBIR-intervensjoner. En norsk PMTO-studie av Hagen, Ogden og Bjørnebekk (2011) viser at foreldre som har mottatt PMTO-behandling har mer effektive strategier for disiplin. Effektive strategier for disiplin skal hjelpe foreldrene med å ta i bruk milde og forutsigbare konsekvenser for atferd, og slik redusere forekomsten av tvingende samspill og maktkamper. Når foreldre klarer å bruke mer effektive strategier for disiplin, vil barna lære at trass og opposisjonell atferd ikke lenger lønner seg. En annen konsekvens er at foreldrene kommer i en bedre posisjon for å fremme barnas kompetanseområder. Effektiv disiplin viser seg å ha en positiv effekt på sosiale ferdigheter hos barna (Hagen et al., 2011). I tillegg finner de at PMTO-intervensjoner gir høyere nivåer av familiekohesjon, og at samhold i familien predikerer bedre sosiale ferdigheter. Det hevdes at bedre samhold i familien vil gjøre at medlemmene opplever en sterkere tilknytning til hverandre. Det blir enklere for foreldrene å ha tilsyn med barnas aktiviteter og barna vil i større grad involvere foreldrene i livene sine (Hagen et al., 2011).

1.6 Oppsummering og problemstilling

Atferdsvansker og sosial kompetanse er nært knyttet sammen. Som vist tidligere i oppgaven kan lav sosial kompetanse både representere en risiko for utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker og vil samtidig være en mulig konsekvens av atferdsvansker (Brotman et al., 2005; Snyder, 2002). To viktige funksjonsområder som er relatert til både sosial kompetanse og antisosial atferd, er selvregulering og interpersonlige ferdigheter. Mye tyder på at god fungering på disse dimensjonene kan beskytte mot atferdsvansker, mens dårlig fungering kan gjøre barn utsatt for prosesser som fører til atferdsvansker (Barnes et al., 2013; Webster-Stratton & Lindsay, 1999; Eisenberg et al., 1993). Det er derfor av sentral betydning for forebygging av atferdsvansker å utvikle intervensjoner som kan styrke sosial kompetanse, og sørge for at disse er så effektive som mulig.

TIBIR er et intervensjonsprogram som er utviklet for å hjelpe foreldre til å benytte positive foreldreferdigheter slik at de styrke den sosiale kompetansen og kan hindre og reversere skjevutvikling hos barn med atferdsvansker (Kjøbli & Ogden, 2012). Forskning på effekten

av foreldretrening på sosial kompetanse hos barn er blandet. Enkelte forskere finner at intervensjoner som består av ren foreldretrening ikke skaper endring i sosial kompetanse (Webster-Stratton et al., 2004), mens andre finner at foreldretrening fører til endringer i sosial kompetanse hos barna (Kjøbli & Ogden, 2012). Det trengs mer kunnskap om endring i sosial kompetanse etter foreldreintervensjoner.

Sosial kompetanse er et bredt konstrukt, og det har foreløpig vært lite fokus på hvordan foreldretrening virker på ulike aspekter ved sosial kompetanse. Forskning på komponentnivå forekommer innenfor mange andre psykologiske domener, blant annet emosjonell kompetanse (se f. eks Miller et al., 2006). Forskning på komponentnivå kan bidra til å få frem kompleksiteten i det man studerer, og det kan bidra til mer nyansert kunnskap (Miller et al., 2006). Derfor anses det som viktig at også sosial kompetanse studeres på komponentnivå, for å kunne bidra til en grundigere forståelse av hvordan foreldrestøttende tiltak virker på sosial kompetanse. Slik kunnskap vil kunne brukes for å videreutvikle og tilpasse intervensjonene for å oppnå bedre effekter. Denne studien vil gå nærmere inn på hva slags endring som forekommer i sosial kompetanse etter foreldrerådgivning ved å studere endringen på komponentnivå. Komponentene som benyttes er «selvregulering» og «relasjon til jevnaldrende», som er komponenter i sosial kompetanse som målt med Home and Community Social Behavior Scales. Det foreligger lite forskning på komponentnivå i sosial kompetanse, og det er derfor vanskelig å vite hvilke endringer som kan forventes etter foreldrerådgivning.

Studien vil bidra til mer kunnskap om endring i sosial kompetanse gjennom to målsetninger. Først vil det undersøkes om foreldrerådgivning har en effekt på sosial kompetanse og på komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende. Når det er undersøkt om foreldrerådgivningen har effekt på komponentnivå, vil endringen i de to komponentene sammenlignes for intervensjonsgruppen. Sammenligningen vil gjøres for å kunne besvare følgende spørsmål: Er det forskjell i effekt av foreldrerådgivning på selvregulering og relasjon til jevnaldrende i intervensjonsgruppen, eller vil endringen være like stor i begge komponentene i sosial kompetanse?

2 METODE

Datamaterialet i studien ble stilt til rådighet av Atferdssenteret (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis). Det er søkt godkjenning for prosjektet fra Regional Etisk Komité (REK). Datamaterialet er tidligere benyttet i forskning ved Atferdssenteret.

2.1 Utvalg og rekruttering

Ifølge Kjøbli og Ogden (2012) deltok totalt 216 barn og deres foreldre eller omsorgspersoner i studien ved pretest, og 187 familier ved posttest. Familiene var rekruttert fra alle de fem helseregionene i Norge. De hadde selv tatt kontakt med en tjeneste i kommunen, eller blitt kontaktet på grunn av begynnende eller mer utviklet problematferd hos et barn. For å gjøre prosedyren mest mulig lik prosedyren i kommunen, ble det ikke gjennomført en formell screening eller diagnostisering av barna. Deltagelse i studien ble basert på den kommunalt ansattes kliniske vurdering (Kjøbli & Ogden, 2012). Kriterier for deltagelse i studien var at et barn mellom tre og tolv år fremviste problematferd hjemme, i barnehagen eller på skolen. Eksklusjonskriterier for deltagelse var autismediagnose, dokumenterte seksuelle overgrep eller psykisk utviklingshemming hos barnet. Det var også et eksklusjonskriterium at foreldrene eller omsorgspersonen hadde alvorlige psykiske helseproblemer eller mental svekkelse. Ett barn ble ekskludert på grunn av autismediagnose, og ett annet ble ekskludert fordi barnet var under tre år. Av praktiske og økonomiske hensyn var det kun én av foreldrene eller omsorgspersonene som deltok som respondent i studien (Kjøbli & Ogden, 2012).

Utvalget i denne studien er begrenset til familier som deltok ved både pretest og ved posttest, og bestod av 187 familier. 95 familier var allokert til intervensjonsgruppen (50,8 %) og 92 familier til sammenligningsgruppen (49,2 %).

De beskrivende analysene (se tabell 1) viste at gjennomsnittsalderen på barna i fullførtgruppen var 7,19 år. Kjønnfordelingen viste at det var en høyere forekomst av gutter enn jenter, med henholdsvis 125 mot 62. Gjennomsnittsalderen var 35,35 år for omsorgspersonen som deltok som respondent. 77 (41,2 %) av foreldrene hadde gjennomført utdanning på høyskole- eller universitetsnivå, mens 110 (58,8 %) hadde utdanning på grunnskole- eller videregående nivå. 173 av respondentene som deltok i studien hadde norsk

bakgrunn (92,5 %), mens kun 14 individer (7,5 %) hadde annen etnisk bakgrunn. Videre viste foreldrerapporteringen at 122 (65,2 %) av barna bodde med to voksne, mens 65 barn (34,8 %) bodde med en aleneforelder. Ifølge Kjøbli og Ogden (2012) var andelen aleneforeldre betydelig høyere i dette utvalget enn i normalbefolkningen.

Tabell 1: Beskrivende statistikk for fullførtgruppen ved pretest

Fullført-gruppe (n= 187)	
Gjennomsnittsalder på barnet	7,19 (SD 2,59)
Kjønn på barnet	125 gutter (66,8%) 62 jenter (33,2%)
Gjennomsnittsalder respondent	35,35 (SD 5,98)
Utdanningsnivå	Høy utdanning: 77 (41,2%) Lav utdanning: 110 (58,8%)
Sivilstatus respondent	I et forhold: 122 (65,2%) Singel: 65 (34,8%)
Etnisitet	Norsk bakgrunn: 173 (92,5%) Annen etnisitet: 14 (7,5%)

2.2 Design

Designet er en pretest-posttest parallell randomisert studie, med 50:50 ratio mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen. Familiene ble tilfeldig allokert til enten en intervensjonsgruppe eller en sammenligningsgruppe etter pretest. Intervensjonsgruppen fikk tilbud om foreldrerådgivning, mens sammenligningsgruppen mottok det vanlige tilbudet i kommunen. Posttest ble gjennomført innen cirka to uker etter intervensjonens avslutning (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.3 Mål på atferd

Kartlegging av barn og unges sosiale kompetanse fremstår som sentralt for å kunne forebygge og motvirke sosiale, emosjonelle og atferdsmessige problemer. For å kunne forebygge er man nødt til å ha verktøy som kan fange opp de barna som presenterer en risiko for skjevutvikling, og å rette tiltak spesifikt mot disse barna (Merrell, Streeter, Boelter, Caldarella & Gentry, 2001).

2.3.1 Home and Community Social Behavior Scales

I denne studien ble kartleggingsverktøyet Home and Community Social Behavior Scales (HCSBS) (Merrell & Caldarella, 2002) benyttet for å gi informasjon om barnets sosiale kompetanse. HCSBS anses som et unikt verktøy for spesifikk kartlegging av sosial atferd, som omfatter sosial kompetanse og antisosial atferd. Verktøyet er spesifikt i den forstand at det kun fokuserer på sosial kompetanse og antisosial atferd, fremfor å skulle måle mer globale dimensjoner av positiv atferd eller problematferd (Merrell & Caldarella, 1999). Instrumentet kan gi informasjon om både omfanget og alvorlighetsgraden av antisosial atferd og barnets grad av sosial kompetanse.

Home and Community Social Behavior Scales kan fylles ut av foreldre og andre omsorgspersoner som har barn mellom 5 og 18 år (Merrell et al., 2001). Instrumentet er utformet for å komplementere kartlegging av sosial atferd på skolen ved bruk av School Social Behavior Scales (SSBS; Merrell, 1993) og skal reflektere sosial og antisosial atferd som er relevant for hjem og nærmiljø (Lund & Merrell, 2001). HCSBS består av til sammen 65 ledd som skal besvares på en 5-punkt skala. Respondenten skal angi opplevelsen av forekomsten av en spesifikk atferd fra 1 som betyr «aldri» til 5 som betyr «ofte» (Lund & Merrell, 2001). Leddene er fordelt på to skalaer, der én måler sosial kompetanse og den andre måler antisosial atferd (Lund & Merrell, 2001). Sosial kompetanse-skala består av ledd som beskriver adaptiv og prososial atferd hos barnet, som for eksempel om barnet samarbeider godt med jevnaldrende og om det oppfører seg akseptabelt i ulike situasjoner. Antisosial atferd måles ved at foreldrene skal angi forekomsten av problematferd, som for eksempel om barnet erter andre barn, om det er involvert i slåsskamper, om det utviser fysisk aggresjon eller har sinneutbrudd (Merrell et al., 2001). Gjennom faktoranalyser er det funnet to subskalaer eller komponenter som tilhører skalaen for sosial kompetanse. Disse er «relasjon til jevnaldrende» og «selvregulering» (Merrell, Felter-Gant & Tom, 2011). Innholdet i de to subskalaene vil gjennomgå nærmere i resultatdelen.

Forskning på måleinstrumentets psykometriske egenskaper tyder på at HCSBS har tilfredsstillende reliabilitet og validitet. Merrell og Caldarella (1999) fant belegg for høy intern konsistens, med alfa-koeffisienter på sosial kompetanse og antisosial atferd på henholdsvis .94, og på .95. De gjennomførte også en analyse av de interne stabilitetsegenskapene til HCSBS, basert på karakteristikk ved undergrupper som kjønn,

etnisitet og risikostatus. Resultatene tyder på at skårer for intern stabilitet i HCSBS er høye på tvers av undergrupper, med koeffisienter på mellom .95 og .98 (Merrell & Caldarella, 1999). Test-retest reliabiliteten på 1 ukes intervall er på .82 til .91 og interrater reliabiliteten er på mellom .64 og .86 (Froeschle, Smith & Ricard, 2007). Instrumentets validitet har blitt undersøkt gjennom sammenligninger av skårer på HCSBS hos ulike grupper av barn, og sammenligninger av HCSBS med andre måleinstrumenter som skal måle samme atferd. Instrumentets sensitivitet for gruppeforskjeller antas å gi informasjon om det underliggende konstruktet, da individer som er høye på konstruktet man ønsker å måle burde oppnå høyere skårer enn individer som har lavere grad av konstruktet (Lund & Merrell, 2001). Lund og Merrell (2001) har undersøkt konstruktvaliditeten til HCSBS ved å undersøke dens sensitivitet for teoretisk forankrede gruppeforskjeller. Funnene tyder på at HCSBS effektivt klarer å skille mellom ulike grupper. Merrell et al. (2001) sammenlignet i en annen studie skårer på instrumentet med skårer på til sammen fem andre atferdsmål, og med både kliniske og ikke-kliniske utvalg. De fant støtte for tilfredsstillende diskriminerende og konvergerende validitet. HCSBS ble oversatt til norsk for bruk i den opprinnelige studien, men er ikke validert i andre norske utvalg (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.4 Manglende data, ekstremverdier og test for normalitet

I den opprinnelige studien av Kjøbli og Ogden (2012) ble det utført analyser av manglende verdier, av ekstremverdier og en test for normalitet. Manglende verdier ble analysert med Little's MCAR-test og man fant at verdiene manglet tilfeldig. Manglende verdier ble erstattet på item-nivå ved bruk av expectation maximization-prosedyren (EM). De videre analysene ble utført både med og uten imputasjoner for manglende verdier, og man fant at fremgangsmåtene gav lignende resultater (Kjøbli & Ogden, 2012). Videre ble ekstremverdier i datasettet undersøkt både ved pre- og posttest. Det ble gjort for å forsikre seg om at verdiene var innenfor bredden av skårer som var definert av maksimum- og minimumsverdiene til skalaen. Det trimmede gjennomsnittet på 5 % -nivå ble sammenlignet med det opprinnelige gjennomsnittet, og forskjellene indikerte at ekstremverdiene hadde liten betydning for det opprinnelige gjennomsnittet. Det ble derfor ikke gjennomført en moderering av ekstremverdiene. I tillegg ble skalaene vurdert med tanke på normalfordelingen og man fant at skalaene befant seg innenfor en akseptabel variasjonsbredde av kurtose og skjevhet

(skewness) (+/- 2). Det ble derfor ikke utført noen endring av variablene (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.5 Reliabiliteten til målinger og effektstørrelser

Det ble gjennomført en estimering av reliabiliteten til målingene som benyttes i denne studien. Deltagerne som ikke fullførte til posttest ble ikke tatt med i reliabilitetsestimatene. Det betyr at varians, korrelasjon mellom pretest og posttest og reliabilitet ved pre- og posttest kun ble kalkulert for fullførtgruppen. Cronbachs alpha for pre- og posttest for sosial kompetanse-skala, samt for komponentene er presentert i tabell 2. I litteraturen anbefales det at Cronbachs alpha bør være minst .70 (DeVellis, 2012). Reliabiliteten til målingene på skalanivå er tilfredsstillende både for pretest og for posttest, med alphaverdier på henholdsvis .93 og .95. Også komponentene oppnår tilfredsstillende reliabilitet.

Tabell 2: Reliabiliteten til målingene på skalanivå og komponentnivå ved pre- og posttest

HCSBS	Cronbachs alpha	
	Pretest	Posttest
Sosial kompetanse	.93	.95
Selvregulering	.90	.92
Relasjon til jevnaldrende	.90	.95

2.5.1 Reliabilitetsestimering av differanseskårer

I denne studien benyttes differanseskårer for å undersøke forskjeller i endring mellom komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende for intervensjonsgruppen. Differansen ble regnet ut som gjennomsnitt ved posttest minus gjennomsnitt ved pretest, og en positiv skåre indikerer en økning i komponentene i sosial kompetanse. Differanseskårer benyttes ofte som et mål på endring over tid, eller forskjeller mellom to ulike målinger fra samme utvalg (Thomas & Zumbo, 2012). Bruk av differanseskårer har vært omdiskutert i litteraturen. Ofte hevdes det at differanseskårer har lav reliabilitet, men dette gjelder i tilfeller der pre- og posttestskårene har lik varians og lik reliabilitet. Reliabiliteten til differanseskårer kan være tilfredsstillende hvis pre- og posttestskårer har forskjellig variabilitet og reliabilitet (Rogosa, Brandt & Zimowski, 1982; Dimitrov & Rumrill, 2003). For å regne ut reliabiliteten

til målinger benytter man seg av pre- og posttest-reliabilitet, korrelasjonen mellom pretest- og posttestskårer, og variansen til målingene (Spreng, 1994). Reliabiliteten til differanseskårene for selvregulering og relasjon til jevnaldrende er på henholdsvis .69 og .76, og vurderes som tilfredsstillende (se tabell 3).

Differanseskårenes reliabilitet ble estimert ved formelen som vist i Spreng (1994):

$$r_{\text{diff}} = \frac{r_{11} S^2_1 + r_{22} S^2_2 - 2r_{12} S_1 S_2}{S^2_1 + S^2_2 - 2r_{12} S_1 S_2}$$

hvor r_{11} representerer reliabiliteten til pretestmålingene, S^2_1 variansen i pretestmålingene, r_{22} reliabiliteten til posttestmålingene, S^2_2 variansen i posttestmålingen og r_{12} korrelasjonen mellom pretest- og posttestmålingene.

Tabell 3: Korrelasjon pre-posttest og reliabiliteten til differanseskårer for utfallsmålene

	Korrelasjon pretest- posttest	Reliabiliteten til differanseskårer
Selvregulering	.71	.69
Relasjon til jevnaldrende	.68	.76

2.5.2 Effektstørrelser

Når man oppnår statistisk signifikans gir det informasjon om at resultatene sannsynligvis ikke skyldes tilfeldigheter, og at det vi observerer sannsynligvis er en reell forskjell (Bordens & Abbott, 2008). Det gir imidlertid ikke informasjon om hvor sterk effekten er. Effektstørrelser tillater å presentere styrken i den rapporterte effekten som et standardisert mål. Det betyr at man kan sammenligne effekter på tvers av studier, selv når ulike skalaer er benyttet for å måle den avhengige variabelen. Det tillater i tillegg å kommunisere den praktiske betydningen av funnene (Lakens, 2013). I denne oppgaven vil Cohens d benyttes. Cohens d er en familie med effektstørrelser som har til felles at de konseptuelt baserer seg på forskjeller mellom observasjoner dividert på standardavvikene i observasjonene. Det er noe ulike fremgangsmåter for å kalkulere effektstørrelser for resultater mellom grupper og innen samme gruppe (Lakens, 2013). Det er i oppgaven behov for både utregning av effektstørrelse for

resultater mellom grupper og innen samme gruppe. Begge fremgangsmåtene vil presenteres, henholdsvis som Cohens d_s og Cohens d_z .

Cohens d_s for forskjeller mellom grupper vil regnes ut ved å benytte gjennomsnittet i den ene gruppen minus gjennomsnittet i den andre gruppen, og dele på gjennomsnittlig standardavvik for gruppene (Howitt & Cramer, 2008).

Cohens d_s ble beregnet med følgende formel fra Borenstein (2009):

$$d_s = \frac{Y_1 - Y_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)S_1^2 + (n_2 - 1)S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}}$$

hvor Y_1 er gjennomsnittet i den ene gruppen, Y_2 er gjennomsnittet i den andre gruppen, n_1 er antall deltagere i den ene gruppen og n_2 er antall deltagere i den andre gruppen. S_1 og S_2 representerer standardavvikene i de ulike gruppene.

Den standardiserte effektstørrelsen i innen-gruppe design blir referert til som Cohens d_z . Cohens d_z vil benyttes for å beregne effektstørrelsen for differanseskårene. Effektstørrelsen kan regnes ut basert på t-verdien og antallet deltagere (Lakens, 2013).

Cohens d_z ble beregnet med følgende formel som presentert i Lakens (2013):

$$d_z = \frac{t}{\sqrt{n}}$$

2.6 Analysestrategi

Oppgavens målsetning er å undersøke endring i sosial kompetanse og komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende etter foreldrerådgivning. Deretter er hensikten å undersøke om endringen er lik for de to komponentene. Analysene vil bestå av flere steg. Det første steget i analyseprosessen vil være å undersøke om det finnes systematiske forskjeller mellom frafallsgruppen og fullført-gruppen ved pretest. Dette gjøres for å utelukke at det

finnes karakteristikk ved frafallsgruppen ved pretest som kan ha påvirket frafallet. Det vil også gjennomføres sammenligninger av intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen ved pretest for å utelukke at det er systematiske forskjeller som kan ha innvirkning på resultatet ved posttest. Videre vil det gjennomføres en eksplorerende faktoranalyse av sosial kompetanse-skala i HCSBS for å finne underkomponentene i sosial kompetanse.

Komponentene som hentes ut i faktoranalysen vil senere benyttes i separate enveis ANCOVA-analyser for å undersøke om forelderådgivning har effekt på utfallsmålene sosial kompetanse, selvregulering og relasjon til jevnaldrende. En videre målsetting med studien er å undersøke om det er forskjeller i endring fra pre- til posttest mellom de to komponentene i sosial kompetanse for intervensjonsgruppen. Det vil derfor lages differanseskårer for komponentene som vil brukes i en paret t-test (paired sample t-test).

I analysene vil kun respondenter som deltok ved begge måletidspunktene inkluderes. Fremgangsmåten kan begrunnes i at tidligere forskning på det samme datamaterialet har vist at analyser med og uten imputasjoner for manglende verdier gir lignende resultater (Kjøbli & Ogden, 2012). I faktoranalysen er det imidlertid gjort et unntak. Der er det besluttet å inkludere alle respondentene som deltok ved pretest, uavhengig av frafall. Årsaken til at det er valgt å inkludere deltagerne som falt fra underveis, er at det i faktoranalyser anbefales ha store utvalg (Pallant, 2007). Større utvalg bidrar til at utvalgets faktorladninger gir mer presise estimater av populasjonens ladninger, og at faktorladningene blir mer stabile ved gjentatte målinger (MacCallum, Widaman, Zhang & Hong, 1999). Å inkludere deltagerne som falt fra underveis kan forsvares med at randomisering skal sørge for at det ikke er systematiske forskjeller mellom gruppene i utgangspunktet, og at det derfor ikke skal ha betydning å inkludere deltagerne som falt fra.

3 RESULTATER

3.1 Frafallsanalyser

Det ble utført analyser av deltagerne som falt fra mellom pre- og posttest. I alt gjaldt det 29 familier. Frekvensanalyser viste at den vanligste grunnen til frafall var at familiene ikke lenger ønsket å delta (51,7 %) og at de ikke svarte på henvendelser (31 %). Andre årsaker var sykdom (3,4 %), flytting (6,9 %), at mor var blitt gravid (3,4 %) eller at familien ville ha mer eller annen hjelp (3,4 %). Det falt fra 13 familier fra intervensjonsgruppen og 16 fra sammenligningsgruppen.

I frafallsgruppen (se tabell 4) var barnas gjennomsnittsalder 7,86 år. Fordelingen mellom gutter og jenter viste at det var 22 gutter og 7 jenter, altså en betydelig overvekt av gutter. For respondentene i frafallsgruppen var gjennomsnittsalderen 35,03 år. 14 barn bodde med en aleneforelder mens 15 barn bodde med to voksne. 21 respondenter hadde utdanning på grunnskole- eller videregående nivå, mens 8 respondenter hadde utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Alle foreldrene i frafallsgruppen var norske.

Tabell 4: Beskrivende statistikk for frafallsgruppen ved pretest.

Frafallsgruppe (n=29)	
Gjennomsnittsalder på barnet	7,86 (SD 2,67)
Kjønn på barnet	22 gutter (75,9%) 7 jenter (24,1%)
Gjennomsnittsalder respondent	35,03 (SD 6,80)
Utdanningsnivå	Høy utdanning: 8 (27,6%) Lav utdanning: 21 (72,4%)
Sivilstatus respondent	I et forhold: 15 (51,7%) Singel: 14 (48,3%)
Etnisitet	Norsk bakgrunn: 29 (100%)

For å undersøke om det var spesifikke egenskaper ved frafallsgruppen som kan være av betydning for resultatene, ble det gjennomført analyser for å undersøke mulige demografiske forskjeller mellom frafallsgruppen og den gruppen som fullførte til posttest. T-tester og chi-square analyser viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom fullførtgruppen og

fracfallsgruppen på demografiske variabler som barnets kjønn og alder, samt respondentens alder, utdanningsnivå, sivilstatus og etnisitet.

Videre ble det benyttet t-tester for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom fullførtgruppen og fracfallsgruppen ved pretest på utfallsmålet sosial kompetanse. Det ble også tatt med mål på antisosial atferd for å undersøke om gruppene skilte seg på graden av antisosial atferd ved pretest. Slike analyser ble utført for å undersøke om det var forskjeller mellom gruppene i problematferd og i sosial kompetanse ved pretest som kan ha vært av betydning for de videre resultatene. Det var ingen signifikante forskjeller mellom fracfallsgruppen og fullførtgruppen på sosial kompetanse og antisosial atferd ved pretest. Resultatene fra t-testen er presentert i tabell 5.

Tabell 5: Gjennomsnitt, standardavvik og t-tester for antisosial atferd og sosial kompetanse for gruppebetingelse

	Fullførtgruppe (n=187)	Fracfallsgruppe (n=29)	t	df	Sig (2-tailed)
Antisosial atferd	73,16 (SD 19,52)	79,03 (SD 20,51)	1,50	214	.52
Sosial kompetanse	109,17 (SD 18,82)	106,76 (SD 16,63)	-.65	214	.13

3.2 Baseline-analyser

Hensikten med analyser ved pretest er å undersøke om det finnes forskjeller mellom de ulike gruppene som kan påvirke resultatet på den avhengige variabelen. Egenskaper ved intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen er presentert i tabell 6. I t-tester og chi-square analyser ble det ikke funnet statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på demografiske variabler. Variablene som ble inkludert var barnets kjønn og alder, samt respondentens alder, utdanningsnivå, sivilstatus og etnisitet.

Tabell 6: Beskrivende statistikk for intervensjon- og sammenligningsgruppen ved pretest

	Intervensjonsgruppe (n=95)	Sammenligningsgruppe (n=92)
Gjennomsnittsalder på barnet	7,22 (SD 2,61)	7,15 (SD 2,60)
Kjønn på barnet	63 gutter (66,3%) 32 jenter (33,7%)	62 gutter (67,4%) 30 jenter (32,6%)

Gjennomsnittsalder forelder	35,54 (SD 5,81)	35,16 (SD 6,17)
Utdanningsnivå	Høy utdanning: 44 (46,3%) Lav utdanning: 51 (53,7%)	Høy utdanning: 33 (35,9%) Lav utdanning: 59 (64,1%)
Sivilstatus respondent	I et forhold: 65 (68,4%) Singel: 30 (31,6%)	I et forhold: 57 (62%) Singel: 35 (38%)
Etnisitet	Norsk bakgrunn: 88 (92,6%) Annen etnisitet: 7 (7,4%)	Norsk bakgrunn: 85 (92,4%) Annen etnisitet: 7 (7,6%)

Det ble videre gjennomført t-tester for å undersøke om det var relevante forskjeller i sosial kompetanse ved pretest mellom gruppen som ble allokert til intervensjonstiltak og gruppen som ble allokert til sammenligningsbetingelsen. Mål på antisosial atferd ble også tatt med for å undersøke om det var forskjeller mellom gruppene i graden av problematferd før intervensjon, som burde kontrolleres for i de videre analysene. Resultatene er presentert i tabell 7. Resultatene viste at intervensjonsgruppen hadde et noe høyere nivå av problematferd og lavere sosial kompetanse enn sammenligningsgruppen, men uten at forskjellene var statistisk signifikante.

Tabell 7: Gjennomsnitt, standardavvik og t-tester for sosial kompetanse og antisosial atferd for gruppebetingelse

	Intervensjonsgruppe (n=95)	Sammenligningsgruppe (n=92)	t	df	Sig (2-tailed)
Antisosial atferd	74,36 (SD 19,10)	71,91 (SD 19,97)	.856	185	.16
Sosial kompetanse	107,28 (SD 19,04)	111,11 (SD 18,50)	-1.39	185	.39

3.3 Faktoranalyse av HCSBS

Faktoranalyse er en metode for å redusere store sett med variabler til et mindre antall faktorer eller komponenter. Dette skjer ved at man finner grupper med variabler som har høye korrelasjoner seg imellom (Pallant, 2007). Faktorer antas å reflektere underliggende prosesser som skaper korrelasjonene mellom variabler (Tabachnick & Fidell, 2007). Man skiller mellom eksplorerende og konfirmerende faktoranalyser. Eksplorerende faktoranalyser benyttes gjerne i tidlige faser av forskning når man skal utforske relasjonen mellom variabler. Konfirmerende faktoranalyse benyttes gjerne senere i forskningen for å teste hypoteser om den underliggende strukturen til et sett med variabler (Pallant, 2007).

For at datasettet skal anses som egnet for faktoranalyse må størrelsen på utvalget være tilfredsstillende. Det er flere ulike anbefalinger når det kommer til hva som vurderes som tilfredsstillende størrelse på utvalget. Floyd og Widaman (1995) anbefaler en subjekt-item ratio på 4:1 eller 5:1, det vil si 4 eller 5 responser per ledd. I dette tilfellet består sosial kompetanseskalaen av 32 ledd, og det er totalt 216 responser. Det gir en subjekt-item ratio på nærmere 7:1, og tyder på at kravet for bruk av faktoranalyse tilfredsstilles. En annen viktig forutsetning for bruk av faktoranalyse omhandler styrken i korrelasjonene mellom variablene. Tabachnick og Fidell (2007) anbefaler at man undersøker korrelasjonsmatrisen for å se om det er flere koeffisienter på over .3. SPSS gir også to andre mål for å vurdere om datasettet er egnet for faktoranalyse. Disse er Bartlett's test of sphericity og Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Bartlett's test of sphericity bør være signifikant på et 5 % -nivå, mens KMO bør ha en verdi på over .6 (Tabachnick & Fidell, 2007). I forkant av faktoranalysen i denne studien ble det undersøkt om datasettet var egnet for faktoranalyse. I korrelasjonsmatrisen ble det funnet flere korrelasjoner på .3 og over. KMO-verdien var på .873, og overstiger dermed den verdien som anbefales og Bartlett's test var signifikant ($p=.00$). Til sammen støtter funnene at datasettet er egnet for faktoranalyse.

Det ble gjennomført en eksplorerende faktoranalyse av sosial kompetanse-skalaen i HCSBS ved pretest. Metoden som ble benyttet var en prinsipal komponent analyse (PCA) med oblimin rotasjon. Oblimin rotasjon ble benyttet fordi det er rimelig å anta at skalaene er korrelert med hverandre (Field, 2013). Antall komponenter som ble ekstrahert i den eksplorerende faktoranalysen ble vurdert på grunnlag av Kaisers kriterium og Cattells scree-plot. Kaisers kriterium foreslår at alle komponenter med en egenverdi over 1 skal beholdes (Pallant, 2007), og dermed vil 7 komponenter ekstraheres. Komponentene ble i dette tilfellet lite tolkbare. Videre ble derfor Cattells Scree-plot undersøkt, som indikerte et brudd etter andre komponent. Basert på de ovennevnte analysene og tidligere forskning (se f. eks Merrell et al., 2011) ble det besluttet å beholde en to-komponentløsning for videre undersøkelse (se tabell 8). I to-komponentløsningen forklarte komponentene til sammen 41,74 % av variansen, der komponent 1 forklarte 31,06 % av variansen og komponent 2 forklarte 10,68 % av variansen. De to komponentene i HCSBS vil i denne oppgaven bli referert til som «relasjon til jevnaldrende» og «selvregulering». Resultatene og navngivningen er i tråd med tidligere forskning på HCSBS (Merrell et al., 2011; Crowley & Merrell, 2003).

Tabell 8: Faktorladninger og strukturmatrise etter eksplorerende faktoranalyse

HCSBS ledd, komponentvis	Faktorladning	Struktur -matrise
Relasjon til jevnaldrende		
1. Samarbeider med kamerater/venninner	.742	.715
2. Takler greit overgangene mellom ulike aktiviteter	.465	.498
4. Hjelper kamerater/venninner hvis de trenger det	.449	.525
6. Forstår kamerater/venninnens behov og problemer	.456	.579
9. Inviterer kamerater/venninner med på aktiviteter	.668	.594
11. Har ferdigheter/evner som kamerater/venninner ser opp til/beundrer	.718	.701
12. Er aksepterende overfor kamerater/venninner	.661	.675
15. Gir seg eller inngår hensiktsmessige kompromisser med kamerater	.549	.607
17. Oppfører seg akseptabelt på skolen	.390	.408
19. Er sammen med mange forskjellige kamerater/venninner	.736	.702
21. Er flink til å sette i gang eller bli med på samtaler med kamerater	.820	.753
25. Trer inn i pågående aktiviteter med kamerater på en akseptabel måte.	.679	.696
26. Har gode lederegenskaper	.507	.569
30. Bli invitert med på aktiviteter av kamerater/venninner	.810	.784
32. Bli «sett opp til» og respektert av kamerater/venninner	.780	.786
Selvregulering		
3. Fullfører plikter uten påminnelser	.547	.513
5. Deltar i familie- eller gruppeaktiviteter på en hensiktsmessig måte	.440	.556
7. Forholder seg rolig når det oppstår problemer	.624	.608
8. Hører etter og følger beskjeder fra foreldre/foresatte	.695	.709
10. Ber om klargjøring på en akseptabel måte	.539	.537
13. Fullfører plikter på en selvstendig måte	.715	.670
14. Fullfører plikter eller andre oppgaver innen tidsfristen	.612	.622
16. Følger familien og nærmiljøets regler	.696	.713
18. Spør om hjelp på en akseptabel måte	.464	.484
20. Gjør arbeid på en tilfredsstillende måte i forhold til sitt evnenivå	.336	.465
22. Er sensitiv for andres følelser	.372	.495

23. Reagerer akseptabelt på korrigeringer fra foreldre/foresatte	.818	.780
24. Kontrollerer temperamentet når han/hun blir sint	.809	.748
27. Tilpasser seg forventningene til oppførsel i ulike situasjoner	.455	.597
28. Legger merke til og roser andres prestasjoner	.434	.547
29. Er selvhøvedende på en akseptabel måte	.361	.493
31. Har selvkontroll	.591	.656

3.3.1 Relasjon til jevnaldrende

Den første komponenten omtales som «relasjoner til jevnaldrende» og inneholder 15 spørsmål som er knyttet til hvordan barna fungerer med jevnaldrende (se tabell 9). Skala-leddene fokuserer på prososiale atferdskarakteristikker som å hjelpe andre og å være aksepterende ovenfor andre. De viser også til sosiale ferdigheter barnet besitter, og som hjelper barnet å samhandle med andre barn på en hensiktsmessig måte. Eksempler på dette er at barnet trer inn i pågående aktiviteter med andre, eller at det setter i gang og blir med på andres samtaler. Enkelte spørsmål tar også opp hvordan barnet anses av andre barn. For eksempel kartlegges det om barnet har ferdigheter som gjør at han eller hun blir sett opp til av andre barn og om barnet blir respektert av de andre. Barn som skårer lavt på denne komponenten vil ha vanskeligheter med å interagere med andre barn, vil ha få prososiale strategier og vil stå i fare for å avvises av jevnaldrende. Denne komponenten kan i stor grad anses å reflektere barnets interpersonlige ferdigheter slik de kommer til uttrykk med i samhandling med jevnaldrende.

Tabell 9: Skala-ledd med faktorladninger til «relasjon til jevnaldrende».

HCSBS Relasjon til jevnaldrende	Faktorladning
21. Er flink til å sette i gang eller bli med på samtaler med kamerater	.820
30. Blir invitert med på aktiviteter av kamerater/venninner	.810
32. Blir «sett opp til» og respektert av kamerater/venninner	.780
1. Samarbeider med kamerater/venninner	.742
19. Er sammen med mange forskjellige kamerater/venninner	.736
11. Har ferdigheter/evner som kamerater/venninner ser opp til/beundrer	.718
25. Trer inn i pågående aktiviteter med kamerater på en akseptabel måte.	.679
9. Inviterer kamerater/venninner med på aktiviteter	.668
12. Er aksepterende overfor kamerater/venninner	.661

15. Gir seg eller inngår hensiktsmessige kompromisser med kamerater	.549
26. Har gode lederegenskaper	.507

Merknad: Kun faktorladninger over .50 er tatt med.

3.3.2 Selvregulering

Komponenten «Selvregulering» inneholder 17 spørsmål som skal fange opp i hvor stor grad barnet klarer å regulere seg selv emosjonelt og atferdsmessig (se tabell 10).

Atferdskarakteristikker som vektlegges innen denne komponenten er om barnet har hensiktsmessige reaksjoner på å bli korrigert av andre, om barnet hører etter på beskjeder og om det klarer å kontrollere sinnet sitt i ulike situasjoner. Barn som får høye skårer på denne komponenten vil ofte være godt tilpasset det sosiale miljøet det befinner seg i og vil ta hensyn til andre. De vil også være flinke til å kommunisere egne behov på en akseptabel måte. Barn som har lav selvregulering vil kunne fremstå som emosjonelt og atferdsmessig dysregulert.

Tabell 10: Skala-ledd med faktorladninger til «selvregulering».

HCSBS Selvregulering	Faktorladning
23. Reagerer akseptabelt på korrigeringer fra foreldre/foresatte	.818
24. Kontrollerer temperamentet når han/hun blir sint	.809
13. Fullfører plikter på en selvstendig måte	.715
16. Følger familien og nærmiljøets regler	.696
8. Hører etter og følger beskjeder fra foreldre/foresatte	.695
7. Forholder seg rolig når det oppstår problemer	.624
14. Fullfører plikter eller andre oppgaver innen tidsfristen	.612
31. Har selvkontroll	.591
3. Fullfører plikter uten påminnelser	.547
10. Ber om klargjøring på en akseptabel måte	.539

Merknad: Kun faktorladninger over .50 er tatt med.

3.4 Varianseanalyser med pretest-nivå som kovariat

I analyser av studier med et randomisert pretest-posttest-design anbefales det å bruke varianseanalyse med kovariat (ANCOVA) (Rausch, Maxwell & Kelley, 2003). I ANCOVA vil effekten av den uavhengige variabelen vurderes etter at skårer på den avhengige variabelen

er justert for forskjeller som er assosiert med en kovariat. En kovariat er en variabel som måles før den avhengige variabelen og som er korrelert med den avhengige variabelen (Tabachnick & Fidell, 2007). Inkludering av kovariater vil redusere feilvariansen og skape økt sensitivitet for effekten av den uavhengige variabelen (Bordens & Abbott, 2008).

Randomisering er en måte å skape grupper som sannsynligvis er like på alle variabler. Ofte vil det allikevel kunne være enkelte forskjeller mellom gruppene etter randomisering som skyldes tilfeldigheter. Disse tilfeldige variasjonene vil kontrolleres for i ANCOVA ved å kalkulere et justert gjennomsnitt. Det justerte gjennomsnittet er en måte å svare på hvordan gjennomsnittet på den avhengige variabelen i to grupper ville blitt hvis de to gruppene hadde det samme gjennomsnittet på kovariaten (Huitema, 2011).

ANCOVA tillater å undersøke om grupper er forskjellige fra hverandre på posttest når man kontrollerer for pretest-skårer, og om gruppene endrer seg ulikt fra pre- til posttest (Rausch et al., 2003). Forskjellen mellom gjennomsnittene ved posttest vil gi et estimat av behandlingseffekten (Huitema, 2011). Varianseanalysene ble utført for å undersøke nullhypotesen, som er at de justerte gjennomsnittene i gruppene er like ved posttest. Hvis nullhypotesen avvises vil det gi grunnlag for å hevde at intervensjonen har en effekt på sosial kompetanse og på de underliggende komponentene, noe de videre analysene er avhengige av.

I forkant av varianseanalysene ble det undersøkt om antagelser om linearitet og homogenitet i regresjonsstigningen ble brutt, noe som ikke var tilfellet. Deretter ble en enveis varianseanalyse med sosial kompetanse ved pretest som kovariat utført for å undersøke effekten av foreldrerådgivning på sosial kompetanse. Den uavhengige variabelen var betingelsene de ulike gruppene var randomisert til (intervensjon og sammenligning) og den avhengige variabelen var målinger av sosial kompetanse ved posttest. Deltagernes skårer på sosial kompetanse ved pretest ble lagt inn som kovariat i analysen. Kontrollert for pretest-skårer viste analysene en statistisk signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen på posttest-skårer for sosial kompetanse, $F(1, 184) = 7,36, p = .007$, partial eta squared = .04. Det var en sterk sammenheng mellom skårer på sosial kompetanse ved pretest og ved posttest ($p = .00$), som indikert av en partial eta squared-verdi på .54.

Det ble også gjennomført separate varianseanalyser for komponentene i sosial kompetanse, med pretest-nivå for den enkelte komponenten som kovariat. Kontrollert for pretest-nivå viste

analysene en statistisk signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen på posttest-skårer for selvregulering, $F(1,184) = 5,41, p = .02$, partial eta squared = .03. Det var en sterk sammenheng mellom skårer på selvregulering ved pretest og ved posttest ($p = .00$), som indikert av en partial eta squared-verdi på .52. For komponenten relasjon til jevnaldrende viste analysene en statistisk signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen på posttest-skårer, kontrollert for pretest-nivå, $F(1, 184) = 5,11, p = .02$, partial eta squared = .03. Det var også her en sterk sammenheng mellom skårer på relasjon til jevnaldrende ved pretest og ved posttest ($p = .00$), som indikert av en partial eta squared-verdi på .48. Samlet sett viser resultatene at intervensjonsgruppen oppnår større endring på sosial kompetanse og på komponentene enn sammenligningsgruppen. Resultatene er presentert i tabell 11.

Tabell 11: Gjennomsnitt, standardavvik/standardfeil og ANCOVA for utfallsmålene for gruppebetingelsene

	Intervensjonsgruppe (n= 95)		Sammenligningsgruppe (n= 92)		F-verdi	Sig. nivå
	T1	T2 ¹	T1	T2 ¹		
HCSBS skala						
Sosial kompetanse	107,28 (SD 19,04)	119,80 (SE 1,41)	111,11 (SD 18,50)	114,31 (SE 1,44)	7,36	.007
HCSBS komponent						
Selvregulering	54,55 (SD 10,59)	61,10 (SE .79)	55,14 (SD 10,68)	58,48 (SE .80)	5,41	.02
Relasjon til jevnaldrende	52,74 (SD 10,54)	58,52 (SE .77)	55,97 (SD 10,53)	56,02 (SE .79)	5,11	.02

¹For T2 er det oppgitt justert gjennomsnitt og standardfeil (SE). Kovariatene er gitt følgende verdier: Sosial kompetanse= 109,17; Selvregulering=54,84; Relasjon til jevnaldrende=54,33.

3.5 Differanseskårer for selvregulering og relasjon til jevnaldrende

En målsetning med studien var å undersøke om endring i komponentene i sosial kompetanse var lik som følge av foreldrerådgivning. For å sammenligne endring i komponentene ble det laget differanseskårer for komponentene i intervensjonsgruppen, og endring ble målt som gjennomsnitt ved posttest minus gjennomsnitt ved pretest. For selvregulering var differansen mellom pre- og posttest på 6,34 (SD 8,55) poeng, og for relasjon til jevnaldrende var

differansen på 4,70 (SD 8,23) poeng. Det ble utført en paret t-test der differanseskårene for selvregulering og relasjon til jevnaldrende ble sammenlignet (se tabell 12). Funnene viste at det ikke var statistisk signifikante forskjeller i endring i de to komponentene, $t(94)=1,93$, $p=.057$ (2-tailed). Den gjennomsnittlige forskjellen for intervensjonsgruppen i de to komponentene var 1,64 med et 95- % konfidensintervall på mellom -0,48 og 3,32. Det er verdt å merke seg at funnene var på grensen til å oppnå statistisk signifikans. Den komponenten som viser størst endring er selvregulering.

Tabell 12: Differanseskårer og paret t-test for intervensjonsgruppen

	Selvregulering	Relasjon til jevnaldrende	t(94)	Sig. nivå
Differanseskårer (posttest - pretest)	6,34 (SD 8,55)	4,70 (SD 8,23)	1,93	.057

3.6 Effektstørrelser

For å få et mål på hvor stor effektstørrelsen er, har Cohens d_s blitt kalkulert for forskjeller i posttest-skårer mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen (se tabell 13). Siden det justerte gjennomsnittet er benyttet, er standardfeilen for målingen konvertert til standardavvik før utregning av Cohens d_s . Effektstørrelsene som oppnås i dette tilfellet vurderes som middels store basert på Cohens (1992) anbefalinger, der .20 indikerer små effekter, .50 indikerer middels effekter og .80 indikerer store effekter. Det er ifølge Tabachnick og Fidell (2007) også vanlig å rapportere effektstørrelser selv om funnene ikke er statistisk signifikante. En effektstørrelse ble derfor regnet ut for differansen i endring i komponentene relasjon med jevnaldrende og selvregulering i intervensjonsgruppen. Utregning av Cohens d_z indikerte små effekter, med en verdi på .20.

Tabell 13: Effektstørrelser: Cohens d_s og Cohens d_z

	Cohens d_s	Cohens d_z
Sosial kompetanse	.40	
Selvregulering	.34	
Relasjon til jevnaldrende	.33	
Differanseskårer		.20

4 DISKUSJON

I denne studien har det vært undersøkt om det skjer en endring i sosial kompetanse og de to tilhørende komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende som følge av foreldrerådgivning. Videre har hensikten vært å undersøke om intervensjonen har lik effekt på selvregulering og relasjon til jevnaldrende, eller om den har større evne til å stimulere endring i en komponent fremfor en annen. Det unike bidraget til denne studien var at intervensjonens effekt ble analysert og sammenlignet på komponentnivå, noe som så vidt det er kjent ikke er gjort før. Studien gir mer kunnskap om hva slags endringer foreldre opplever i sosial kompetanse hos barna etter foreldrerådgivning. Det legges opp til en drøfting av resultatene som vil forankres i teori og empiri.

4.1 Foreldrerådgivning gir bedre sosial kompetanse

Analysene viste at intervensjonsgruppen endret seg mer enn sammenligningsgruppen på sosial kompetanse og på komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende. En signifikant større endring hos intervensjonsgruppen kan antas å skyldes intervensjonen, ettersom det er en randomisert kontrollert studie (Greenland, 1990). Det betyr at foreldrerådgivningen kan sies å styrke både barnas selvregulering og relasjon til jevnaldrende, som til sammen utgjør globalmålet sosial kompetanse. Utrekning av effektstørrelser tydet på at det var snakk om middels effektstørrelser, etter Cohens (1992) forslag til tolkning. Effektstørrelsene befinner seg i det nedre sjiktet av middels effekt, og representerer forholdsvis moderate endringer. Funnene fra denne studien viser at foreldrerådgivningen styrker sosial kompetanse hos barna, som er en viktig målsetning for foreldretreningsprogrammer (Kazdin, 1997). At foreldretrening alene kan skape endring i sosial kompetanse, står i kontrast til funn fra Webster-Stratton et al. (2004). De fant at foreldreintervensjoner alene ikke skapte endringer i sosial kompetanse, men at det i kombinasjon med sosial ferdighetstrening av barna skapte positive endringer i sosial kompetanse. Resultatene fra den nåværende studien er oppløftende med tanke på målsettingen i TIBIR om å stanse og reversere negative utviklingsløp og å fremme en mer gunstig utvikling hos barn med atferdsvansker.

Det er ikke grunnlag i analysene til å si noe konkret om *hvordan* foreldrerådgivningen virker på sosial kompetanse og på komponentene. Det er likevel mulig å si noe om hvordan man kan tenke seg at endring forekommer basert på det teoretiske rammeverket SIL og tidligere forskning. Betydningen av endring i sosial kompetanse for barnets tilpasning vil drøftes fortløpende.

4.1.1 Endring av foreldreferdigheter

Sosial Interaksjon Læringsteori, som foreldrerådgivningen baserer seg på, bygger på at foreldre er de proksimale endringsagentene i barnas liv. Ved å hjelpe foreldrene til å lære, og benytte mer positive foreldreferdigheter, vil barnas atferd kunne endres (Forgatch & Martinez, 1999). Det fremmes at barns sosiale kompetanse vil styrkes når foreldre skaper en reduksjon i forsterkning for tvingende atferd og økt forsterkning av sosialt kompetent atferd (Patterson, 2002). Ved at foreldrene får flere hensiktsmessige ferdigheter vil de kunne endre forsterkningsmønstrene slik at det i større grad er positiv atferd som får oppmerksomhet og belønnes. Den positive atferden vil bli mer funksjonell for barnet og dermed vil den benyttes oftere. Aversiv atferd vil bli mindre funksjonell og vil benyttes sjeldnere (Patterson, 2002). I TIBIR vektlegges flere foreldreferdigheter som skal bidra til å redusere forekomsten av forsterkning for aversiv atferd og skape bedre vekstvilkår for sosialt kompetent atferd. Foreldreferdigheter som antas å være spesielt knyttet til sosial kompetanse hos barna er gode og effektive beskjeder, samarbeid med barnet, og ros og oppmuntring av positiv atferd (Berg et al., 2006). Positiv samhandling kan i tillegg ha en gunstig effekt ved at det bidrar til å bryte negative samspillsmønstre som er kjent for å forsterke avvikende atferd (Berg et al., 2006). Ogden (2015) påpeker samtidig at barn lærer sosial kompetanse gjennom hvilken atferd foreldrene modellerer. Ved at foreldrene får flere ferdigheter i problemløsning og selv blir bedre på å gi gode og effektive beskjeder, kan det forventes at barna også vil lære slik atferd gjennom modellering. Når foreldrene benytter seg av mindre negativ atferd vil også barna kunne forventes å fremvise mindre negativ atferd, i tråd med sosial læringsteori (Bandura, 1978). Forskning fra en norsk PMTO-studie vektlegger betydningen av familiekoheasjon for endring i barnets sosiale kompetanse (Hagen et al., 2011). Familiekoheasjon vil gjøre tilknytningen mellom familiemedlemmene sterkere slik at foreldrene i større grad er involvert i barnas liv. Det er flere aspekter ved foreldrerådgivningen i TIBIR som kan antas å bidra til bedre familiekoheasjon, blant annet ros og oppmuntring av positiv atferd, der hensikten er å fremme positiv samhandling og rette fokus mot positiv atferd og mestring (Berg et al., 2006).

4.1.2 Selvregulering og relasjon til jevnaldrende

Den ovenstående diskusjonen tar for seg hvordan foreldreferdigheter kan skape endring i sosial kompetanse på et overordnet nivå. Sanders og Mazzucchelli (2013) trekker i en nylig publisert artikkel spesifikt frem hvordan foreldretreningsprogrammer kan fremme endring i selvregulering hos barn. De viser til at når foreldre lærer hvordan de kan modellere atferd og utvikler mer positive foreldreferdigheter, vil det ha gunstige effekter på barnets selvregulering. For eksempel vektlegger de at foreldre skal gi positiv oppmerksomhet når barnet viser ønskede ferdigheter, og at de skal veilede barnet sitt og modellere atferd i situasjoner som krever ferdigheter som det ikke har. Slik vil barnet få bedre problemløsningsstrategier, og i større grad kunne regulere egen atferd og emosjoner, overvåke egen atferd og bli mer uavhengig i ulike oppgaver i livet (Sanders & Mazzucchelli, 2013). De nevnte foreldreferdighetene er ferdigheter som også vektlegges i TIBIR. For eksempel er viktige elementer i forelderådgivningen å lære foreldrene å gi ros og oppmuntring for positiv atferd og styrke problemløsningsevner hos barnet. Det kan bidra til å styrke selvregulering hos barnet.

Et annet interessant perspektiv på hvordan selvregulering kan styrkes, kommer fra forskning som anser selvregulering som en ferdighet som kan trenes opp (Muraven & Baumeister, 2000). Gjennom å bli utsatt for oppgaver som krever selvregulering vil selvreguleringsferdigheter styrkes (Muraven, 2010). I TIBIR vektlegges det å lære foreldrene effektiv grensesetting. Ved at foreldrene lærer å sette grenser for barna og benytte milde konsekvenser for brudd på regler, kan man anta at barna i større grad vil bli utsatt for situasjoner der de må benytte seg av selvregulering. Et eksempel kan være at barnet må holde lydnivået lavt når han eller hun er innendørs. Barnet må regulere impulsen til å skrike høyt eller bråke for å unngå konsekvenser. Det kan også tenkes at situasjoner der barnet blir pålagt konsekvenser for uønsket atferd, som pausetid eller tap av privilegier, kan skape sterke emosjoner som må reguleres. Over tid vil selvreguleringen kunne styrkes.

De langsiktige konsekvensene av bedre selvregulering kan antas å være knyttet til bedre regulering av kognisjoner, emosjoner og atferd (Eisenberg et al., 1993; Fabes et al., 1999). Når barnet har bedre kontroll over emosjonell reaktivitet vil sannsynligheten for sinneutbrudd og aggressiv og truende atferd reduseres. Barnet vil i større grad kunne benytte prososiale ferdigheter i samhandling med andre (Fabes et al., 1999). En positiv konsekvens av bedre

selvregulering kan være at barnet i mindre grad vil bli avvist av andre barn, i tråd med forskning som viser at dårlig selvregulering er assosiert med avvising (Trentacosta & Shaw, 2009).

Når det gjelder relasjon til jevnaldrende kan man anta at foreldrenes forsterkning og modellering av sosialt ønsket atferd vil føre til at barna lærer nye sosiale ferdigheter. Det kan også gjøre at barna i større grad tar i bruk ferdigheter de allerede besitter fordi atferden i større grad oppmuntres av foreldrene (Ogden, 2015). Samtidig vil barna lære at tvingende atferd ikke lønner seg fordi de ikke lenger oppnår den samme effekten ved å ta i bruk slik aversiv atferd (Patterson, 2002). Læring av prososial atferd som skjer i hjemmet kan antas å generaliseres til skole og barnehage, på samme måte som aversiv atferd lært hjemme tas med til barnehage og skole (Snyder, 2002; Shaw et al., 2001). En positiv konsekvens av å lære sosiale ferdigheter er dermed at barnet kan benytte disse i samhandling med jevnaldrende. Det kan gjøre barnet mindre utsatt for avvising, og det kan ta del i vennegrupper som fremmer positive ferdigheter fremfor antisosial atferd (Snyder, 2002).

Mindre avvising fra jevnaldrende vil være særdeles viktig for barn med atferdsvansker. Det er kjent at avvising vil bidra til påfølgende atferdsvansker, og vil i mange tilfeller også ledsages av assosiasjon med avvikende venner (Miller-Johnson; Snyder et al., 2008). Som kjent er assosiasjon med avvikende venner en kontekst der barn og unge kan få rikelig med trening i avvikende atferd (Snyder et al., 2008). Tidligere forskning har vist at en viktig endringsmekanisme for å skape reduksjoner i atferdsvansker er å begrense assosiasjon med avvikende venner og redusere forekomsten av avvising (Van Lier, Vuijk & Crijnen, 2005). De fant at reduksjoner i atferdsvansker sammenfalt med interaksjoner med mer normative jevnaldrende. Det resulterte i flere muligheter til å lære kompetent atferd og kan ha gjort at de benyttet seg mindre av aversiv og tvingende atferd. Det vil derfor være en viktig målsetning for intervensjoner at barnet ikke tar del i grupper med andre barn med atferdsvansker for å hindre ytterligere skjevutvikling. Det kan tenkes at når barnet får bedre selvregulering og tar i bruk flere sosiale ferdigheter, vil de i større grad få innpass i normative vennegjenger. I tråd med Dishion et al. (1996) sine funn om at normative venner forsterker og opprettholder normativ atferd, vil deltagelse i slike vennegrupper være svært gunstig for barnets tilpasning. Ladd (1999) viser for eksempel at samhandling med sosialt kompetente barn gir økt sosial kompetanse gjennom muligheter til å lære og å øve på ferdigheter.

Bedre sosial kompetanse kan føre barnet i retning av mer tilpasset atferd, i form av mer kompetent atferd og mindre avvikende atferd. Det kan samtidig bidra til at barnets bidrag til negative interaksjoner i familien reduseres. Barna anses i SIL som selvstendige bidragsyttere til negative og tvingende samspill i familien ved å påvirke foreldreferdigheter (Snyder & Stoolmiller, 2002). Når barnets bidrag til negative interaksjoner reduseres kan det bli lettere for foreldrene å benytte positive ferdigheter, som igjen vil forsterke utvikling av ytterligere sosial kompetanse. Det kan skapes en positiv spiral som bidrar til en stadig mer positiv utvikling av prososiale ferdigheter og reduksjon i atferdsvansker.

4.2 Ingen komparativ effekt på komponentnivå

Resultatene viser ikke signifikante forskjeller i endring mellom pre- og posttest på selvregulering og på relasjon til jevnaldrende i intervensjonsgruppen. Det tyder på at foreldrerådgivning styrker begge aspektene av sosial kompetanse i like stor grad. Resultatene er imidlertid på grensen til å oppnå statistisk signifikans, noe som antyder en trend i datamaterialet. Funnene peker i retning av at selvregulering endrer seg noe mer enn relasjon til jevnaldrende, men effektstørrelsen er liten. Det er usikkert hva det kan skyldes, men det vil videre legges opp til en diskusjon rundt mulige forklaringer på funnene.

4.2.1 Foreldrerådgivningens oppbygging og innhold

Det er relevant å se nærmere på om det er karakteristikk ved foreldrerådgivningen som kan favorisere en noe større endring i selvregulering fremfor relasjon til jevnaldrende. Først og fremst kan det være av betydning at intervensjonen er kort og at det i mange forløp ikke er nok tid til å prioritere alle foreldreferdighetene. De foreldreferdighetene som prioriteres er avhengige av familiens behov, og vil som oftest være gode og effektive beskjeder, ros og oppmuntring og grensesetting. Problemløsning og tilsyn er ferdigheter som kan, men som ikke alltid vektlegges. Hvilke foreldreferdigheter som prioriteres, kan ha betydning for hvilke aspekter ved sosial kompetanse som stimuleres mest. Grensesetting anses for eksempel som en sentral foreldreferdighet og prioriteres ofte i foreldrerådgivningen (Berg et al., 2006). Som tidligere nevnt kan foreldres bruk av effektiv grensesetting være forbundet med flere anledninger for barnet til å trene på selvregulering, som igjen kan styrke ferdigheten. Det er vist at styrket selvregulering kan forekomme etter korte intervensjoner (Muraven, 2010).

Mens endringer i selvregulering kan forekomme raskt, kan det være vanskeligere å endre samspillsmønstre som er etablert med jevnaldrende. Det er ingen foreldreferdigheter som fokuserer spesielt på å lære foreldrene å hjelpe barna med å skape bedre samspill med jevnaldrende, selv om foreldre har en viktig rolle i å strukturere og fasilitere interaksjoner med jevnaldrende (Fabes et al., 2008).

4.2.2 Uendret sosial rolle

Det er kjent at lav sosial kompetanse og atferdsvansker gjør barn upopulære blant jevnaldrende, og utsatt for avvisning (Eisenberg et al., 1993; Trentacosta & Shaw, 2009). Selv om barna lærer sosiale ferdigheter i skolealder, kan et mønster av avvisning fra jevnaldrende som er etablert på grunn av lav sosial kompetanse og atferdsvansker være vanskelig å snu når det først er etablert (Webster-Stratton & Reid, 2003). Det er mulig at barna i denne studien i virkeligheten har tilegnet seg flere sosiale ferdigheter enn det de får muligheten til å vise i samhandling med jevnaldrende, fordi deres sosiale rolle og status er uendret. Enkelte av spørsmålene som er knyttet til komponenten relasjon til jevnaldrende omhandler barnets sosiale status, for eksempel om det blir sett opp til og respektert av andre. Selv om barnet har tilegnet seg nye sosiale ferdigheter kan vedvarende avvisning føre til at deres samspill med jevnaldrende forblir uendret. Foreldrene vil som en konsekvens kunne rapportere mindre endringer i denne komponenten. Hvis dette er tilfellet kan tiden fra intervensjonens avslutning til måling av posttest være av betydning. Posttest-målingen ble foretatt cirka 2 uker etter intervensjonens avslutning (Kjøbli & Ogden, 2012), noe som kan ha vært for kort tid til å muliggjøre vesentlige endringer i hvordan andre barn oppfatter dem. En svakere rapportert endring i relasjon til jevnaldrende vil i så måte kunne være uttrykk for vedvarende avvisning, og at barnet ikke får vist de ferdighetene det har lært. En slik forklaring gjør det tydelig at intervensjoner som skal hindre og reversere skjevutvikling bør iverksettes så tidlig som mulig, før sosiale roller er etablert og fastlåst (Webster-Stratton et al., 2001). En annen implikasjon er at barna kan ha behov for hjelp til å endre sin sosiale rolle, for eksempel gjennom direkte sosial ferdighetstrening. Det er laget én modul i TIBIR som adresserer direkte sosial ferdighetstrening av barn. Målet er å redusere forsterkning for antisosial atferd og kontakten med avvikende jevnaldrende, og øke forekomsten av prososiale ferdigheter (Solholm et al., 2013). Direkte sosial ferdighetstrening har vist positive effekter på barns sosiale kompetanse (Webster-Stratton et al., 2004).

4.2.3 Begrenset generalisering

Et annet alternativ som kan bidra til å forklare en noe mindre bedring i komponenten relasjon til jevnaldrende, er at barna ikke benytter seg av de ferdighetene de lærer hjemme i interaksjoner med jevnaldrende. Flere studier finner at foreldretreningsprogrammer som skaper endring i én kontekst kan ha begrenset generalisering til andre viktige sosiale arenaer, for eksempel fra hjem til skole og barnehage (Webster-Stratton & Hammond, 1997; Drugli & Larsson, 2006). En årsak til manglende generalisering kan være at aversiv atferd har blitt mindre funksjonell hjemme, men at det ikke er skjedd en endring i forsterkningsbetingelsene på skolen og med venner. Dermed kan barnet fortsatt få negativ forsterkning for aversiv atferd med jevnaldrende og inngå i tvingende samspill. Det er også slik at barnet fortsatt kan oppholde seg med venner som er avvikende. De gir positiv forsterkning for snakk om eller utførelse av antisosial atferd, og manglende forsterkning for sosialt kompetent atferd. Forklaringen antar en noe svakere endring i relasjon til jevnaldrende fordi forsterkningsbetingelsene ikke er endret i samspill med jevnaldrende. Barnet har dermed ikke noen motivasjon for å skulle handle annerledes når det er med jevnaldrende fordi aversiv atferd fremdeles er funksjonell. Webster-Stratton et al. (2004) hevder at manglende generaliseringseffekt kan skyldes at foreldretrening ikke adresserer i stor nok grad vansker i samspill med jevnaldrende. Det er nødvendig med direkte instruksjon av barnet for å erstatte negativ atferd med prososiale alternativer i interaksjon med jevnaldrende (Webster-Stratton et al., 2004). Årsaken til manglende generalisering kan i så måte skyldes at ferdigheter barnet lærer i samhandling med voksne ikke er like relevante for samhandling med jevnaldrende, eller at de av ulike grunner ikke klarer å ta dem i bruk.

4.2.4 Foreldre som informanter

Det er tidligere i oppgaven blitt diskutert muligheten for at aspekter ved foreldrerådgivningen i seg selv kan skape sterkere endring i en komponent fremfor en annen. Antydning til forskjeller i endring kan også være et biprodukt av at foreldre er benyttet som informanter. Spørsmålene i HCSBS som lader til komponenten selvregulering knyttes i mange tilfeller til hvordan barnet handler i situasjoner som foreldrene kan observere. For eksempel kartlegges det om barnet følger beskjeder og regler, og om det har hensiktsmessige reaksjoner på å bli korrigert. Spørsmålene som lader til relasjon til jevnaldrende tar for seg situasjoner som ofte kan forekomme uten at foreldre er til stede. Eksempelvis kartlegges det om barnet trer inn i

pågående aktiviteter på en hensiktsmessig måte og hvordan barnet oppfattes av andre barn. Endringer i selvregulering vil gjøre seg gjeldende i hjemmet og være tydelige for foreldre. I kontrast vil samhandling med jevnaldrende vise seg i kontekster som foreldrene ikke nødvendigvis har like stor tilgang til, som lek og aktiviteter utenfor hjemmet. Det kan bety at barna har utviklet flere ferdigheter som de benytter i samhandling med jevnaldrende, men at foreldrene ikke er til stede for å observere det.

4.3 Praktiske og kliniske implikasjoner

Funnene fra denne studien gir støtte til at foreldrerådgivningsmodulen i TIBIR er et effektivt tiltak for å stimulere sosial kompetanse hos barn og unge med begynnende eller allerede utviklede atferdsvansker. Foreldrerådgivningen stimulerer både til økt selvregulering og bedre fungering med jevnaldrende, som er kjente risikofaktorer for atferdsvansker. Behandling av barn med atferdsvansker er viktig, da mange vil få vedvarende problemer hvis de ikke mottar behandling (Nixon, 2002). Studien finner støtte for at endring i sosial kompetanse hos barn kan forekomme ved rene foreldretreningsprogrammer og etter selv korte intervensjoner. I kombinasjon med at intervensjonen er tilgjengelig i et bredt spekter av kommunale tjenester, gjør det at man kan hjelpe mange barn og familier med atferdsvansker på en kostnadseffektiv måte. I dette tilfellet er effektstørrelsene middels store, noe som tyder på at det muligens kan være hensiktsmessig å kombinere foreldrerådgivning med andre tiltak, som sosial ferdighetstrening for å skape større endringer. Tidligere forskning har vist signifikant bedre resultater på sosial kompetanse ved kombinasjon av foreldretrening og direkte trening av sosiale ferdigheter hos barnet (Webster-Stratton & Reid, 2003), noe også TIBIR har mulighet til å tilby (Solholm et al., 2013).

I tråd med forebyggingsperspektivet finner denne studien at tidlig intervensjon kan bidra til endring i sosial kompetanse. Slik kan foreldrerådgivningen forhåpentligvis bidra til å snu negative utviklingsforløp og skape bedre tilpasning. Studien finner at foreldrerådgivning fører til endring i selvregulering og relasjon til jevnaldrende, som er viktige funksjonsområder i sosial kompetanse. Å fremme sosial kompetanse vil kunne skape positive utviklingsløp, i tråd med forskning som viser at høy sosial kompetanse predikerer god tilpasning (Bornstein et al., 2010). Bedre sosial kompetanse vil også kunne motvirke mistilpasning ved å redusere forekomsten av andre risikoprosesser som er assosiert med atferdsvansker, for eksempel

avvisning fra jevnaldrende, assosiasjon med avvikende venner og tvingende samspill med foreldre (Patterson, 2002; Snyder, 2002; Snyder et al., 2008).

Funnene peker i retning av at selvregulering bedrer seg noe mer enn relasjon til jevnaldrende, selv om det ikke er statistisk signifikante forskjeller i endring mellom komponentene. En implikasjon for klinisk praksis er at samhandling med jevnaldrende kan være et funksjonsområde som kan trenge ekstra oppmerksomhet i utformingen og tilpasningen av intervensjoner.

4.4 Styrker og begrensninger

Det er flere styrker og begrensninger ved studien som det må tas hensyn til ved vurdering av resultatene. Studier som benytter seg av et randomisert kontrollert design har den fordel at det tillater å trekke slutninger om kausalitet (Greenland, 1990). Man kan derfor hevde at det er intervensjonen som fører til endring i sosial kompetanse og i komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende. Det er imidlertid ikke tatt høyde for eventuelle moderatorvariabler i denne studien som kan ha påvirket resultatene, som for eksempel barnets alder og kjønn. Moderatorvariabler er variabler som vil påvirke styrken på forholdet mellom den uavhengige og avhengige variabelen (Baron & Kenny, 1986). Moderatorvariabler kan muliggjøre undersøkelser av effekten av intervensjonen på undergrupper, for eksempel om jenter har bedre utbytte av intervensjonen enn gutter. Manglende hensyn til moderatorvariabler kan føre til at man ikke avdekker om behandlingen kan være mer eller mindre hensiktsmessig for enkelte pasientgrupper (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord & Kupfer, 2001). Å avdekke hvilke grupper som har utbytte av hvilke intervensjoner er viktig, slik at behandlingsopplegg kan skreddersys i større grad til den enkelte pasient.

Studien er gjennomført i kommunale tjenester for barn og unge, og gir derfor mulighet til å si noe om hvordan intervensjonen vil virke når den administreres til foreldre i en naturlig klinisk setting. Dette er i tråd med Weisz og Grays (2008) anbefalinger om at intervensjoner som skal benyttes i kliniske populasjoner også bør være testet under lignende forhold som de skal implementeres i. Det gir høyere ekstern validitet. Høy ekstern validitet gir mulighet til å generalisere funnene til andre situasjoner, men går samtidig på bekostning av den indre validiteten. Den indre validiteten omhandler forskningsdesignets evne til å undersøke

hypotesen som det er laget for å teste, og kan trues i den grad ytre variabler kan gi alternative forklaringer på funnene fra studien (Bordens & Abbott, 2008). Det anbefales at man tar steg for å sikre høy grad av ekstern validitet i forskning som er ment å skulle benyttes på anvendte problemer. Samtidig må man forsøke å opprettholde et tilfredsstillende nivå av indre validitet (Bordens & Abbott, 2008). I denne studien anses det som en fordel at resultatene har høy ytre validitet fordi man ønsker å vite om funnene kan generaliseres til behandling av andre barn og unge i kommunale tjenester. Samtidig anses den indre validiteten som tilfredsstillende, blant annet på grunn av randomisering til gruppebetingelsene.

Sammenligningsgruppen er i denne studien en aktiv kontrollgruppe, og har mottatt det vanlige tilbudet i kommunen. Det representerer en styrke at intervensjonen er sammenlignet med det eksisterende tilbudet, og at det viser bedre resultater. Det anbefales at nye intervensjoner bør sammenlignes med det eksisterende tilbudet for å vurdere om det er hensiktsmessig å implementere til fordel for det eksisterende tilbudet (Weisz & Gray, 2008). At foreldrerådgivning har vist seg å være mer effektiv enn det eksisterende tilbudet taler for at TIBIR kan gi flere barn og familier hjelp enn med det nåværende tilbudet, og dermed være hensiktsmessig å implementere i kommunene. Det representerer samtidig en begrensning at sammenligningsgruppen har mottatt et intervensjonstilbud som ikke er systematisk kartlagt. Når sammenligningsgruppen har mottatt intervensjoner blir det vanskelig å si noe om hvilken endring som ville ha forekommet uavhengig av deltagelse i studien. Studier viser for eksempel til at det forekommer en stor økning i atferdsvansker og kun marginal bedring i sosial kompetanse hos barn med atferdsvansker som ikke mottar noe intervensjon (Frey, Hirschstein & Guzzo, 2000), noe som også kunne vært tilfellet hvis sammenligningsgruppen ikke mottok et tilbud.

Bruk av foreldre som informanter kan gi nyttig informasjon om barn og unges sosiale kompetanse (Renk & Phares, 2004), men er ikke uten ulemper. Det representerer en klar begrensning at foreldrene i dette tilfellet både er fokus for intervensjonen og respondenter. En mulig konsekvens er at foreldrene kan fokusere selektivt på informasjon som bekrefter antagelser de allerede har, også kjent som bekreftelsesbias (Bordens & Abbott, 2008). I denne studien kan bekreftelsesbias komme til uttrykk ved at foreldre forventer at det skal forekomme en endring i sosial kompetanse, og at de blir mer oppmerksomme på atferd hos barnet som indikerer en slik endring. Det utgjør et validitetsproblem fordi man risikerer at

målingen av sosial kompetanse er et uttrykk for forventninger fremfor reell endring. Samtidig tyder mye på at nettopp forventninger til behandling er av betydning for deltagelse så vel som endring etter behandling. De som har større tro på endring vil oftere bli værende i terapi, samt oppnå bedre resultater (Nock & Kazdin, 2001; Borkovec & Costello, 1993). For å redusere mulige skjevheter knyttet til at foreldre er den eneste informasjonskilden, kan inkludering av andre informanter, som for eksempel lærere eller barnet selv være hensiktsmessig.

4.5 Videre forskning

Denne studien tar kun for seg endring i komponenter i sosial kompetanse som vurdert av foreldre. Det er kjent at foreldre og lærere ofte har ulike vurderinger av barns atferd (Renk & Phares, 2004). Den opprinnelige studien av Kjøbli og Ogden (2012) fant at foreldre, men ikke lærere vurderte barnas sosiale kompetanse som bedre etter foreldrerådgivning. At lærere ikke rapporterte endring i sosial kompetanse kan være uttrykk for at foreldrerådgivningen ikke er godt nok egnet for å skape generaliseringseffekter til andre områder av barnets liv. Det er også mulig at enkelte aspekter ved sosial kompetanse endrer seg, men at det ikke fremkommer når man benytter globale målinger. Slik vil en forlengelse av den aktuelle studien til å undersøke endring på komponentnivå når lærere er informanter, kunne gi verdifull kunnskap om endring i sosial kompetanse. Kunnskapen vil kunne brukes for å forbedre intervensjonene som administreres.

For videre forskning vil det også kunne være interessant å undersøke forskjeller i endring avhengig av alder og kjønn. Ut fra det teoretiske rammeverket antas det at de yngre barna vil ha størst effekt av foreldreintervensjoner fordi de er mer i kontakt med foreldrene enn eldre barn (Forgatch & Martinez, 1999), noe en norsk PMTO-studie også finner støtte for (Ogden & Hagen, 2008). Det vektlegges også at eldre barn vil kunne ha etablert interaksjonsmønstre med jevnaldrende som skaper avvisning, og som er vanskelige å endre når barnet blir eldre (Webster-Stratton & Reid, 2003). Det vil derfor være interessant å undersøke om alder er en modererende variabel som gjør seg gjeldende for sosial kompetanse og for komponentene i sosial kompetanse. Barnets kjønn har også vist seg å være relatert til endring i sosial kompetanse etter foreldreintervensjoner, der jenter viser størst endring (Kjøbli & Ogden, 2009). Forskning som studerer moderatorvariabler vil kunne ha betydning for hvordan foreldreintervensjoner administreres. For eksempel kan det tenkes at enkelte vil ha bedre

utbytte av en type intervensjon, mens andre vil oppnå en mer gunstig effekt med andre typer intervensjoner. Ved å ha mer kunnskap om hvilke grupper som har best utbytte av hvilke intervensjoner vil man komme i en bedre posisjon til å skreddersy effektive behandlingstilbud til det enkelte tilfellet.

5 Konklusjon

Formålet med studien var å undersøke endring i barns sosial kompetanse og de to tilhørende komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende etter foreldrerådgivning. Videre var hensikten å undersøke om det var forskjeller i endring mellom selvregulering og relasjon til jevnaldrende. Halvparten av deltagerne fikk tilbud om foreldrerådgivning, mens den andre halvparten mottok det vanlige tilbudet i kommunen. Barnets sosiale kompetanse ble målt med kartleggingsverktøyet HCSBS, som inneholder komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende. Resultatene viste at intervensjonsgruppen endret seg mer enn sammenligningsgruppen på globalmålet sosial kompetanse og på komponentene, og at effektstørrelsen var middels stor. Det var ingen signifikante forskjeller når endring i selvregulering og relasjon til jevnaldrende ble sammenlignet for intervensjonsgruppen. Det var imidlertid en tendens i datasettet som pekte i retning av at selvregulering endret seg mer enn relasjon til jevnaldrende. Samlet sett støtter resultatene i denne oppgaven at foreldrerådgivningen i TIBIR er en effektiv intervensjon for å skape bedring i sosial kompetanse og i komponentene selvregulering og relasjon til jevnaldrende hos barn og unge med begynnende atferdsvansker. Siden komponenten relasjon til jevnaldrende viser antydning til svakere endring kan det være et fruktbart område for forsterket innsats for å heve intervensjonens evne til å skape endring. Funnene fra studien bidrar til økt kunnskap om endring i sosial kompetanse etter foreldrerådgivning. Et interessant utgangspunkt for videre studier kan være å undersøke forskjeller i endring der mulige moderatorvariabler tas med. Det vil også være relevant å undersøke lærerrapportert endring på komponentnivå.

Litteraturliste

American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*, (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Om Atferdssenteret. (2015). Hentet 09. mars 2015. Fra <http://www.atferdssenteret.no/historie/category137.html>.

Bagwell, C. L., Coie, J. D., Terry, R. A., & Lochman, J. E. (2000). Peer Clique Participation and Social Status in Preadolescence. *Merrill-Palmer Quarterly*, 46(2), 280-305.

Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/23093717>.

Bandura, A. (1978). Social Learning Theory of Aggression. *Journal of Communication*, 28(3), 12-29. doi: 10.1111/j.1460-2466.1978.tb01621.x.

Barnes, J. C., Boutwell, B. B., Beaver, K. M., & Gibson, C. L. (2013). Analyzing the Origins of Childhood Externalizing Behavioral Problems. *Developmental Psychology*, 49(12), 2272-2284. doi: 10.1037/a0032061.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychology Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>.

Beaver, K. M., Shutt, J. E., Boutwell, B. B., Ratchford, M., Roberts, K., & Barnes, J. C. (2009). Genetic and Environmental Influences on Levels of Self-Control and Delinquent Peer Affiliation: Results from a Longitudinal Sample of Adolescent Twins. *Criminal Justice and Behavior*, 36(1), 41-60. doi: 10.1177/0093854808326992.

- Berg, E. T., Christiansen, T., Flock, M., & Launes, E. (2006). *Tidlig innsats for barn i risiko: Et kommunalt program for forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn: Foreldrerådgivning*. Oslo: Atferdssenteret.
- Berger, A. (2011). *Self-Regulation: Brain, Cognition and Development*. Washington DC: American Psychological Association.
- Berger, A., Kofman, O., Livneh, U., & Henik, A. (2007). Multidisciplinary Perspectives on Attention and the Development of Self-Regulation. *Progress in Neurobiology*, 82, 256–286. doi:10.1016/j.pneurobio.2007.06.004
- Bordens, K. S., & Abbott, B. B. (2008). *Research design and methods. A process approach*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Borenstein, M. (2009). Effect sizes for continuous data. In H. Cooper., L. V. Hedges & J. C. Valentine (Eds.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (pp. 221-235). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of Applied Relaxation and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.611>.
- Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2010). Social Competence, Externalizing and Internalizing Behavioral Adjustment from Early Childhood through Early Adolescence: Developmental Cascades. *Development and Psychopathology*, 22, 717-735. doi: 10.1017/S0954579410000416.
- Brotman, L. M., Gouley, K. K., Chesir-Teran, D., Dennis, T., Klein, R. G., & Shrout, P. (2005). Prevention for Preschoolers at High Risk for Conduct Problems: Immediate

- Outcomes on Parenting Practices and Child Social Competence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(4), 724-734. doi: 10.1207/s15374424jccp3404_14.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2009). Self-Regulation and its Relations to Adaptive Functioning in Low Income Youths. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 19-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0014796>.
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>.
- Crowley, S. L., & Merrell, K. W. (2003). The Structure of the School Social Behavior Scales: A Confirmatory Factor Analysis. *Assessment for Effective Intervention*, 28(2), 41-55. doi: 10.1177/073724770302800205.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development. Theory and Application* (3th ed). Los Angeles, US: SAGE Publications, Inc.
- Dimitrov, D. M., & Rumrill Jr, P. D. (2003). Pretest-Posttest Designs and Measurement of Change. *Work*, 20(2), 159-165. Hentet fra <http://iospress.metapress.com/content/7x9hgpq885t2yttq/>.
- Dishion, T. J., Duncan, T. E., Eddy, J. M., Fagot, B. I., & Fetrow, R. (1994). The World of Parents and Peers: Coercive Exchanges and Children`s Social Adaptation. *Social Development*, 3(3) 255-268. doi: 10.1111/j.1467-9507.1994.tb00044.x.
- Dishion, T. J., Spracklen, K. M., Andrews, D. W., & Patterson, G. R. (1996). Deviancy Training in Male Adolescent Friendships. *Behavior Therapy*, 27(3), 373-390. doi:10.1016/S0005-7894(96)80023-2.

- Drugli, M. B., & Larsson, B. (2006). Children Aged 4-8 Years Treated with Parent Training and Child Therapy Because of Conduct Problems: Generalisation Effects to Day-Care and School Settings. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15, 392-399. doi: 10.1007/s00787-006-0546-3.
- Drugli, M. B., Larsson, B., & Clifford, G. (2007). Changes in Social Competence in Young Children Treated Because of Conduct Problems as Viewed by Multiple Informants. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16(6), 370-378. doi: 10.1007/s00787-007-0609-0.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Reiser, M., ...Guthrie, I. K. (2001). The Relations of Regulation and Emotionality to Children's Externalizing and Internalizing Problem Behavior. *Child Development*, 72(4), 1112-1134. doi: 10.1111/1467-8624.00337.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Bernzweig, J., Karbon, M., Poulin, R., & Hanish, L. (1993). The Relations of Emotionality and Regulation to Preschoolers' Social Skills and Sociometric Status. *Child Development*, 65(5), 1418-1438. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb02961.x.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., Maszk, P., Holmgren, R., & Suh, K. (1996). The Relations of Regulation and Emotionality to Problem Behavior in Elementary School Children. *Development and Psychopathology*, 8(1), 141-162. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S095457940000701X>.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Nyman, M., Bernzweig, J., & Pinuelas, A. (1994). The Relations of Emotionality and Regulation to Children's Anger-Related Reactions. *Child Development*, 65(1), 109-128. doi: 10.1111/j.1467-8624.1994.tb00738.x.

- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Disruptive Behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 215–237. doi: 10.1080/153744410701820117.
- Fabes, R. A., Eisenberg, N., Jones, S., Guthrie, I., Poulin, R., Shepard, S., & Freidman, J. (1999). Regulation, Emotionality, and Preschoolers' Socially Competent Peer Interactions. *Child Development*, 70(2), 432-442. doi: 10.1111/1467-8624.00031.
- Fabes, R. A., Gaertner, B. M., & Popp, T. K. (2008). Getting along with others: Social competence in early childhood. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 297-316). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: and sex and drugs and rock 'n' roll*. (4th ed.). Los Angeles, LA: SAGE.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor Analysis in the Development and Refinement of Clinical Assessment Instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286-299. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.7.3.286>.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. In J. B. Reid., G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 235-256). Washington, DC: American Psychological Association.

- Forgatch, M. S., & Martinez Jr, C. R. (1999). Parent Management Training: A Program Linking Basic Research and Practical Application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 923-937.
- Foster, M. E., Jones, D. E., & The Conduct Problems Prevention Research Group. (2005). The High Costs of Aggression: Public Expenditures Resulting From Conduct Disorder. *American Journal of Public Health*, 95(10), 1767–1772. doi: 10.2105/AJPH.2004.061424.
- Frey, K. S., Hirschstein, M. K., & Guzzo, B. A. (2000). Second Step: Preventing Aggression by Promoting Social Competence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(2), 102-112. doi : 10.1177/106342660000800206.
- Froeschle, J. G., Smith, R. L. & Ricard, R. (2007). The Efficacy of a Systematic Substance Abuse Program for Adolescent Females. *Professional School Counseling*, 10(5), 498-505. Hentet fra <http://search.proquest.com/docview/213360538?accountid=14699>.
- Greenland, S. (1990). Randomization, Statistics and Causal Inference. *Epidemiology*, 1(6), 421-429. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/25759845?seq=1#page_scan_tab_contents.
- Hagen, K. A., Ogden, T., & Bjørnebekk, G. (2011). Treatment Outcome and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(2), 165-178. doi: 10.1080/15374416.2011.546050.
- Hay, D. F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer Relations in Childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 84-108. doi: 10.1046/j.0021-9630.2003.00308.x.

- Howitt, D., & Cramer, D. (2008). *Introduction to Statistics in Psychology*. (4th ed.). Essex, UK: Pearson Education Ltd.
- Huitema, B. E. (2011). *The analysis of covariance and alternatives: Statistical methods for experiments, quasi-experiments, and single-case studies*. Hoboken, NJ: Wiley Inc.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 161-178. doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01851.x.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender Differences in Intake Characteristics and Behavior Change among Children in Families Receiving Parent Management Training. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 823-830. doi:10.1016/j.childyouth. 2009.03.004.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training in Primary Care Settings. *Prevention Science*, 13, 616-626. doi: 10.1007/s11121-012-0289-y.
- Knapp, M. (2000). Economic evaluation and conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood & adolescence* (pp. 478-507). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kochanska, G., Murray, K. T., & Harlan, E. T. (2000). Effortful Control in Early Childhood: Continuity and Change, Antecedents, and Implications for Social Development. *Developmental Psychology*, 36(2), 220-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.36.2.220>.

- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2001). How do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxy Risk Factors. *American Journal of Psychiatry*, 158(6), 848–856. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.6.848>.
- Ladd, G. W. (1999). Peer Relationships and Social Competence during Early and Middle Childhood. *Annual Review of Psychology*, 50, 333-359. doi: 10.1146/annurev.psych.50.1.333.
- Ladd, G. W., Kochenderfer, B. J., & Coleman, C. (1996). Friendship Quality as a Predictor of Young Children's Early School Adjustment. *Child Development*, 67(3), 1103-1118. doi: 10.1111/j.1467-8624.1996.tb01785.x.
- Lahey, B. B., & Waldman, I. D. (2003). A developmental propensity model of the origins of conduct problems during childhood and adolescence. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 76-117). New York, NY: Guilford Press.
- Laird, R. D., Jordan, K. Y., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Bates, J. E. (2001). Peer Rejection in Childhood, Involvement with Antisocial Peers in Early Adolescence, and the Development of Externalizing Behavior Problems. *Developmental Psychopathology*, 13(2), 337-354. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=73999&fileId=S0954579401002085>.
- Lakens, D. (2013). Calculating and Reporting Effect Sizes to Facilitate Cumulative Science: A Practical Primer for *t*-Tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00863.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional Defiant and Conduct Disorder: A Review of the Past 19 Years, Part 1. *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39(12), 1468-1484. doi:10.1097/00004583-200012000-00007.

Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young Children who Commit Crime: Epidemiology, Developmental Origins, Risk Factors, Early Interventions, and Policy Implications. *Development and Psychopathology*, 12, 737-762. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=62547&fileId=S0954579400004107>.

Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key Issues in the Development of Aggression and Violence from Childhood to Early Adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410. doi : 10.1146/annurev.psych.48.1.371.

Lund, J., & Merrell, K.W. (2001). Social and Antisocial Behavior of Children with Learning and Behavioral Disorders: Construct Validity of The Home and Community Social Behavior Scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19, 112-122. doi: 10.1177/073428290101900201.

MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample Size in Factor Analysis. *Psychological Methods*, 4(1), 84-89. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>.

Maszk, P., Eisenberg, N., & Guthrie, I. K. (1999). Relations of Children's Social Status to their Emotionality and Regulation: A Short-Term Longitudinal Study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 45(3), 468-492. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/pdf/23092582.pdf>.

Merrell, K. W. (1993). *School Social Behavior Scales*. Eugene, OR: Assessment-Intervention Resources.

Merrell, K. W., & Caldarella, P. (1999). Social-Behavioral Assessment of At-Risk Early Adolescent Students: Psychometric Characteristics and Validity of a Parent Report

- Form of the School Social Behavior Scales. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 17, 36-49. doi: 10.1177/073428299901700104.
- Merrell, K. W., & Caldarella, P. (2002). *Home and community social behavior scales: User's guide*. Eugene, OR: Assessment-Intervention Resources.
- Merrell, K. W., Felver-Gant, J. C., & Tom, K. M., (2011). Development and Validation of a Parent Report Measure for Assessing Social-Emotional Competencies of Children and Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 20, 529-540. doi: 10.1007/s10826-010-9425-0.
- Merrell, K. W., Streeter, A. L., Boelter, E. W., Caldarella, P., & Gentry, A. (2001). Validity of the Home and Community Social Behavior Scales: Comparisons with Five Behavior-Rating Scales. *Psychology in the Schools*, 38(4), 313-325. doi: 10.1002/pits.1021.
- 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. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(1), 18-34. doi: 10.1007/s10567-013-0128-0.
- Miller, A. L., Fine, S. E., Gouley, K. K., Seifer, R., Dickstein, S., & Shields, A. (2006). Showing and Telling about Emotions: Interrelations between Facets of Emotional Competence and Associations with Classroom Adjustment in Head Start Preschoolers. *Cognition and Emotion*, 20(8), 1170-1192. doi : 10.1080/02699930500405691.
- Miller-Johnson, S., Coie, J. D, Maumary-Gremaud, A., Bierman, K., & the Conduct Problems Prevention Research Group. (2002). Peer Rejection and Aggression and Early Starter

- Models of Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(3), 217-230.
doi : 10.1023/A:1015198612049.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. doi : <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>.
- Moffitt, T. E. (2003). Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: A 10-year research agenda. In B. B. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (Eds.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (pp. 49-75). New York, NY: Guilford Press.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the Life-Course Persistent and Adolescent-Limited Antisocial Pathways: Follow-up at Age 26. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=100937&fileId=S0954579402001104>.
- Muraven, M. (2010). Building Self-Control Strength: Practicing Self-control Leads to Improved Self-Control Performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(2), 465-468. doi:10.1016/j.jesp.2009.12.011.
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-Regulation and Depletion of Limited Resources: Does Self-Control Resemble a Muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247-259. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.2.247>.
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of Behavior Problems in Preschoolers: A Review of Parent Training Programs. *Clinical Psychology Review*, 22(4), 525-546. doi: 10.1016/S0272-7358(01)00119-2.

- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2001). Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180. doi: 10.1023/A:1016699424731.
- Ogden, T. (1995). Kompetanse i Kontekst: En Studie av Risiko og Kompetanse hos 10- og 13-Åringer, (*Rapport 3*). Oslo: Barnevernets utviklingscenter (BVU).
- Ogden, T. (2001). *Sosial kompetanse og problematferd i skolen. Kompetanseutviklende og problemløsende arbeid i skolen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, T. (2011). Sosial Ferdighetsopplæring for Barn og Ungdom. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 64-68. Hentet fra <http://psykologtidsskriftet.no/pdf/2011/64-68.pdf>.
- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children with Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.607>.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (3th ed.). England: Open University Press.
- 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. In J. B. Reid., G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.

- Rausch, J. R., Maxwell, S. E., & Kelley, K. (2003). Analytic Methods for Questions Pertaining to a Randomized Pretest, Posttest, Follow-Up Design. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(3), 467-486. doi: 10.1207/S15374424JCCP3203_15.
- Renk, K., & Phares, V. (2004). Cross-informant Ratings of Social Competence in Children and Adolescents. *Clinical Psychology Review* 24, 239-254. doi:10.1016/j.cpr.2004.01.004.
- Rogosa, D., Brandt, D., & Zimowski, M. (1982). A Growth Curve Approach to the Measurement of Change. *Psychological Bulletin*, 92(3), 726-748. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.726>.
- Rothbart, M. K., Posner, M. L., & Kieras, J. (2008). Temperament, attention and the development of self-regulation. In K. McCartney & D. Phillips (Eds), *Blackwell Handbook of Early Childhood Development*. (pp. 338-357). Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.
- Sanders, M. R., & Mazzucchelli, T. G. (2013). The Promotion of Self-Regulation through Parenting Interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 16(1), 1-17. doi: 10.1007/s10567-013-0129-z.
- Shaw, D. S., Owens, E. B., Giovannelli, J., & Winslow, E. B. (2001). Infant and Toddler Pathways Leading to Early Externalizing Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(1), 36-43. doi:10.1097/00004583-200101000-00014.
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). Atferdsforstyrrelser blant Barn og Unge i Norge: Beregnet Forekomst og Bruk av Hjelpetiltak (*Rapport, 4*). Oslo: Folkehelseinstituttet.

- Snyder, J. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: Peer relationships. In J. B. Reid., G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 101–122). Washington, DC: American Psychological Association.
- Snyder, J., & Patterson, G. R. (1995). Individual Difference in Social Aggression: A Test of a Reinforcement Model of Socialization in the Natural Environment. *Behavior Therapy*, 26, 371–391. doi:10.1016/S0005-7894(05)80111-X.
- Snyder, J., Schrepferman, L., McEachern, A., Barner, S., Johnson, K., & Provines, J. (2008). Peer Deviancy Training and Peer Coercion: Dual Processes Associated With Early-Onset Conduct Problems. *Child Development* 79(2), 252-268. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01124.x.
- Snyder, J., Schreperferman, L., Oeser, J., Patterson, G., Stoolmiller, M., Johnson, K., & Snyder, A. (2005). Deviancy Training and Association with Deviant Peers in Young Children: Occurrence and Contribution to Early Onset Conduct Problems. *Development and Psychopathology*, 17, 397-413. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579405050194>.
- Snyder, J., & Stoolmiller, M. (2002). Reinforcement and coercion mechanisms in the development of antisocial behavior: The family. In J. B. Reid., G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 65-100) Washington, DC: American Psychological Association.

- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training- Oregon-modellen. Teori, Behandlingsprogram 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. *Prevention Science*, 14, 535-544. doi: 10.1007/s11121-012-0334-x.
- Spreng, R. A. (1994). A Reassessment of the Reliability of Difference Scores in the Measurement of Disconfirmation of Expectations. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfactions and Complaining Behavior*, 7, 114-118.
- Sørli, M-A., Hagen, K. A., & Ogden, T. (2008). Social Competence and Antisocial Behavior: Continuity and Distinctiveness Across Early Adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 18(1), 121-144. doi: 10.1111/j.1532-7795.2008.00553.x
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston, MA: Pearson/Allyn and Bacon.
- Thomas, D. R., & Zumbo, B. D. (2012). Difference Scores from the Point of View of Reliability and Repeated-Measures ANOVA: In Defence of Difference Scores for Data Analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 72(1), 37-43. doi: 10.1177/0013164411409929.
- Tremblay, R.E., Nagin, D.S., Seguin, J.R., Zoccolillo, M., Zelazo, P.D., Boivin, M., ... Japel, C. (2004). Physical Aggression during Early Childhood: Trajectories and Predictors. *Pediatrics*, 114(1), 43-50. doi: 10.1542/peds.114.1.e43.
- Trentacosta, C. J., & Shaw, D. S. (2009). Emotional Self-Regulation, Peer Rejection, and Antisocial Behavior: Developmental Associations from Early Childhood to Early

- Adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(3), 356-365.
doi:10.1016/j.appdev.2008.12.016.
- Van Lier, P. A. C., Vuijk, P., & Crijnen, A. A. M. (2005). Understanding Mechanisms of Change in the Development of Antisocial Behavior: The impact of a Universal Intervention. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(5), 521-535.
- Vaughn, B. E., Colvin, T. N., Azria, M. R., Caya, L., & Krzysik, L. (2001). Dyadic Analysis of Friendship in a Sample of Preschool-age Children Attending Head Start: Correspondence between Measures and Implications for Social Competence. *Child Development*, 72(3), 862-878. doi: 10.1111/1467-8624.00320.
- Vitaro, F., Gendreau, P. L., Tremblay, R. E., & Oligny, P. (1998). Reactive and Proactive Aggression Differentially Predict Later Conduct Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(3), 377-385. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=10433&fileId=S0021963097002102>.
- Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Bukowski, W. M. (2000). Friends, friendships, and conduct disorders. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorder in childhood and adolescence* (pp. 346–378). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- 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(1), 93–109. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.1.93>.
- Webster-Stratton, C., & Lindsay, D. W. (1999). Social Competence and Conduct Problems in Young Children: Issues in Assessment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(1), 25-43. doi: 10.1207/s15374424jccp2801_3.

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 Disorders*, 11(3), 130-143. doi: 10.1177/10634266030110030101.

Webster-Stratton, C., Reid, J. M., & Hammond, M. (2001). Preventing Conduct Problems, Promoting Social Competence: A Parent and Teacher Training Partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 283-302. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003_2.

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 & Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124. doi: 10.1207/S15374424JCCP3301_11.

Weisz, J. R., & Gray, J. S. (2008). Evidence-Based Psychotherapy for Children and Adolescents: Data from the Present and a Model for the Future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 54–65. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00475.x.