

Utviklingen i barns utagerende atferd og mødres oppdragelsespraksis etter foreldretrening

Sturla Fossum , Bjørn Helge Handegård , May Britt Drugli og Willy-Tore Mørch

Utviklingen i barns utagerende atferd og mødres oppdragelsespraksis etter foreldretrening

«De Utrolige Årene» er en veldokumentert behandling av utagerende barn i alderen 3–8 år. Denne studien kartlegger om ADHD og komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos barnet og forhøyet stress hos mødrene påvirker effekten av behandlingen.

Webster-Stratton med kolleger har evaluert «De Utrolige Årene» (DUÅ) i flere randomiserte kontrollerte studier. Behandlingsmetoden har vist seg å føre til store reduksjoner i utagerende atferd hos barn i alderen tre til åtte år (se f.eks. Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, Reid, & Hammond, 2004). DUÅ har også resultert i betydningsfulle behandlingseffekter dokumentert i flere randomiserte replikasjonsstudier (for en oversikt over studier der DUÅ er evaluert av både programutvikleren og i uavhengige replikasjonsstudier, se Fossum, 2008).

Sammenhengen mellom barnas utagerende og regelbrytende atferd og foreldrenes oppdragerpraksis er veldokumentert (se Hoeve et al., 2009). Hovedmålet med foreldretrening er å gjøre foreldrene mer hensiktsmessige i sin oppdragelse, og slik bidra til at barnas atferd endres. Behandlingstiltak med fokus på foreldretrening for barn med opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) eller atferdsforstyrrelser (CD), har da også vist seg å bedre barnas atferd ved at oppdragelsesstrategiene blir mer hensiktsmessige (Taylor & Biglan, 1998). Endringer i foreldrenes oppdragelse er med andre ord «mekanismen for endring», eller mediatoren, i foreldretrening. Endringer i foreldrenes oppdragelse, som reduksjoner i lite konsekvent og negativ oppdragelsespraksis, var signifikante mediatorer for reduserte atferdsproblemer hos barna i den norske replikasjonen av DUÅ (Fossum, Mørch, Handegård, Drugli & Larsson, 2009). Tilsvarende funn ble gjort da data fra seks av programutviklerens egne studier ble slått sammen (Beauchaine, Webster-Stratton & Reid, 2005). Videre var kolloborativ oppdragerpraksis mediatorer i den norske replikasjonen av Parent management training – Oregon (PMTO) (Kjøbli & Hagen, 2009). Det er altså viktig med kunnskap om risikofaktorer som eventuelt påvirker mulige endringer i oppdragelse på en uheldig måte.

Barna med komorbide internaliserings og eksternaliseringsvansker viste ikke en mer ugunstig utvikling under programmet enn barna uten slike vansker

Tidligere studier har avdekket at noen forhold har negativ påvirkning på behandlingsresultatene. Dette er forholdsvis lite undersøkt, og funnene er ikke entydige. Umiddelbart etter avsluttet behandling viste det seg at oppmerksomhetssvikt (ADHD) hos barnet og høyt stressnivå hos foreldrene predikerer et dårligere behandlingsresultat definert som fungering utenfor

normalområdet på Eyberg child behavior inventory (ECBI) (Fossum et al., 2009) i den norske replikasjonen av DUÅ. På den annen side gjennomførte Hartmann, Stage og Webster-Stratton (2003) en flernivåanalyse hvor man fant at gutter med oppmerksomhetsproblemer profitterte minst like godt på foreldretrening som gutter uten oppmerksomhetsproblemer. Videre var behandlingseffektene i forhold til internaliseringsvansker moderat store i den norske replikasjonsstudien (Larsson et al., 2009), noe som er i tråd med funnene i en studie av programutvikleren (Webster-Stratton & Herman, 2008). Dette er lovende funn, men det er viktig å kontrollere for om komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker resulterer i et annet behandlingsresultat enn tilfellet er for barn uten slik komorbiditet. I en finsk studie fant man at slik komorbiditet hos gutter økte sjansen for en rekke vansker når de ble voksne (Sourander et al., 2007).

Tabell 1. Deskriptiv statistikk for variabler som inngår i vekstkurveanalysen ved oppstart av behandlingen

	Skåre		
	Gjennomsnitt (SA)	Range	Forklaring
<i>Resultatvariabler 1 :</i>			
Problematferdens intensitet (ECBI-intensitet) ^a	156,6 (22,8)	111–220	98,9 % av barna var over «cut-off»
Streng oppdragspraksis (PPI)	2,2 (0,5)	1,2–3,8	–
<i>Prediktorer 1 :</i>			
ADHD ^b	n = 55	–	21,2 % i subklinisk område, 35,4 % i klinisk område
CBCL-internalisering ^c	11,6	0–39	38,1 % > 95 pers, 10,8 % > 99 pers
Stress (PSI total stress) ^d	265,1 (39,3)	179–342	23,1 % > 95 pers, 20 % > 85 pers
Note. 1N = 97			
aECBI = Eyberg Child Behavior Inventory, en skåre over ca. 119 for jenter og ca. 126 for gutter tilsvarer en skåre over			
90-persentilen (OBS! 90-persentilen varierer i forhold til barnets alder)			
bADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder, subklinisk = ett symptom mindre enn formal DSM-IV Diagnose og klinisk område tilsvarende DSM-IV kriterier			
cCBCL-internalisering = Liste over barns internaliseringsvansker. 95 persentilen = råskåre på 13 (gjennomsnitt for svenske			
gutter og jenter).			
dParent Stress Index (PSI) en skåre på 258 = 85- %, 294 = 95- % and 320 = 99- %.			
pers = persentilen			

I denne artikkelen presenteres analyser av barna som var med i aktiv behandling, foreldretrening alene eller i kombinasjon med et barneprogram («dinosaursskolen») i den norske

DUÅ-studien (Larsson et al., 2009). Resultatene viste moderate reduksjoner i utagerende atferd hos barna, store endringer i oppdragerpraksis (dvs. styrking av positiv oppdragelsespraksis og reduksjon i inkonsekvent og streng oppdragelsespraksis), og betydelige reduksjoner i mødrenes stress når behandlingsgruppene ble sammenlignet med kontrollgruppen. Det var små eller ingen forskjeller mellom de to behandlingstiltakene både ved avsluttet behandling og ved ettårsoppfølgingen (Larsson et al., 2009) og i fortsettelsen vurderer vi derfor behandlingsresultatene under ett.

«De utrolige årene» synes å være et godt egnet behandlingstilbud også for barn som har vanlige tilleggsproblemer til atferdsforstyrrelsene

I studien har vi gjennomført en flernivåanalyse av barna i behandlingsgruppene fra oppstart i behandlingen til ett års oppfølging i intensiteten i utagerende atferd og mødrenes bruk av negativ oppdragerpraksis. Den statistiske tilnærmingen er derfor noe annerledes enn den som er benyttet i tidligere studier. Følgende hypoteser ble undersøkt: (i) Fører risikofaktorene (ADHD og komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker blant barna, og forhøyet stressnivå blant mødrene) til at barna oppfattes som mer aggressive før oppstart av behandlingen, og påvirkes utviklingen av den aggressive atferden over tid av disse? Og tilsvarende (ii): Fører risikofaktorene til at mødrenes oppdragelsespraksis er mer ugunstig før oppstart av behandlingen, og påvirkes endringene i mødrenes oppdragelsespraksis over tid av disse?

Metode

Deltagere. Kriteriene for deltagelse i studien var at (a) barnet var mellom fire og åtte år; (b) barnet ikke hadde noen fysiske eller psykiske funksjonshemninger eller deltok i annen psykologisk behandling; (c) hovedårsaken til henvisning var atferdsproblemer; (d) barnet skåret over 90-persentilen for norske normer på intensitetsskalaen på ECBI (en skåre på 119 for jenter og 126 for gutter) (Reedtz et al., 2008); og at (e) barna oppfylte diagnostiske eller subkliniske kriterier for ODD eller CD i henhold til kriteriene i den fjerde utgaven av Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV, American Psych Ass, 1994). Subklinisk diagnose refererer til ett symptom mindre enn de fire symptomene som kreves for en ODD- diagnose eller de tre symptomene som kreves for CD-diagnose, mens atferden utgjorde et problem på ett eller flere funksjonsområder i likhet med diagnosekriteriene i DSM-IV. Ifølge Angold og Costello (1996) kan disse barna sidestilles med de barna som oppfyller diagnosekriteriene for ODD og CD når man vurderer prognose.

Opprinnelig var 99 barn inkludert i studien, men to hadde mangelfulle data og ble utelatt. Gjennomsnittsalderen til de 97 barna, 78 gutter og 19 jenter, var 79,2 måneder (standardavvik [SA] = 15,6). På grunn av det lave antallet jenter, ble det ikke gjennomført spesifikke analyser i forhold til barnets kjønn. Sekstiåtte av barna var skoleelever. Foreldrene rapporterte at atferdsproblemene i gjennomsnitt hadde debutert ved 1-årsalderen (SA = 1,7).

Behandling. Foreldreprogrammet: I korthet er målene med BASIC-foreldreprogrammet i DUÅ å fremme positiv samhandling mellom foreldrene og barna, og redusere streng og rigid oppdragelsespraksis som overdreven bruk av skjenn, straff, og fysisk avstraffelse. Kurset består av 12–14 gruppemøter med to timers varighet. Barneprogrammet (dinosaurusskolen): Målet med dette tiltaket er å øke barnas sosiale kompetanse og redusere aggressiv og regelbrytende atferd. For ytterligere informasjon om behandlingen se Fossum og Mørch (2005ab) og Webster-Stratton og Reid (2003).

Resultatvariabler. Følgende målinger av behandlingsresultatene ble gjort: mødrenes rapport av intensiteten i barnets utagerende atferd i hjemmet og mødrenes vurdering av egen bruk av «streng» oppdragelse.

Barnets atferd ble vurdert ved hjelp av mødrenes registreringer på ECBI (Reedtz et al., 2008). ECBI består av 36 utsagn der foreldrene bes om å vurdere barnets atferdsproblemer på en skala fra 1 til 7. Skalaen total intensitet ble benyttet i vurderingene av (a); den indikerer frekvensen av atferdsproblemer. Skårene rangerer fra 36 til 252, og den indre konsistens på ECBI var i vår studie høy (Cronbach alpha = 0,82).

En betydelig andel av barna med atferdsvansker hadde tilleggsproblemer som ADHD (56,5 %) og internaliseringsvansker (51,5 %)

Parent practices interview (PPI) ble opprinnelig modifisert fra et skjema utviklet ved Oregon Social Learning Center til et spørreskjema mer egnet for yngre barn (Webster-Stratton & Hammond, 1998). I denne studien ble delskalaen «streng oppdragelse» benyttet i vurdering av problemstillingene om oppdragerpraksis. Denne delskalaen består av 14 utsagn og foreldrene bes om i hvilket omfang de benytter seg av streng oppdragelsespraksis på en skala fra 1 til 7. Skårene varierer mellom 14 og 91, og indre konsistens var 0,80.

Prediktorvariabler. Prediktorvariablene i studien var ADHD, komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos barnet, og forhøyet stress hos mødrene.

Kiddie-SADS (Schedule for affective disorders and schizophrenia, KSADS) (Kaufmann et al., 1997) er et semistrukturert diagnostisk intervju. Det ble brukt til å kartlegge psykopatologi hos barn i henhold til DSM-IV kriteriene (American Psychiatric Assn., 1994). Vi benyttet en versjon av KSADS som var tilpasset barn i alderen 4–8 år. Tre trenede intervjuere gjennomførte intervjuene. Et tilfeldig utvalg bestående av 10 % av intervjuene viste stor grad av enighet (over 90 % enighet på alle intervjuene). Denne studien inkluderte to kriterier for oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet (ADHD): klinisk nivå av ADHD (seks eller flere symptomer på oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet eller en kombinasjon av disse) og subklinisk ADHD (et symptom mindre enn formalkriteriene til DSM-IV). Andre diagnostiske kategorier ble ikke vurdert her.

Barns emosjonelle og atferdsmessige fungering (CBCL) (Achenbach, 1991) består av 118 utsagn der foreldrene bes vurdere barnas emosjonelle fungering og atferd på en skala fra 0 til 2. I denne studien ble kun internaliseringsskalaen benyttet. Denne skalaen består av 31 utsagn med skårer som varierer mellom 0 og 62. Den indre konsistensen var 0,84. Korttids test–retest-reliabilitet er rapportert å være høy for CBCL og dens delskalaer (Achenbach, 1991).

The parent stress index (PSI) ble brukt til å kartlegge mødrenes egen oppfatning av stress knyttet til oppdragelsen av barnet og andre forhold. Totalskåren på PSI, som består av 101 utsagn og skåres på en skala fra 1 til 5, varierer mellom 101 og 505 (Abidin, 1995). Den indre konsistensen var 0,94. Ved en totalskåre på PSI over 260 anbefaler Abidin (1995) videre henvisning til konsultasjon/ behandling, og mødre med en skåre på 260 eller høyere ble vurdert å ha et forhøyet stressnivå. Grunnet en protokollfeil fikk ikke alle foreldrene PSI ved baseline. Åttien mødre fylte ut PSI på tid 1.

Prosedyre. Utredningene ble gjennomført umiddelbart før oppstart i behandlingen (tid 1), om lag 2 måneder etter avsluttet foreldrekurs (tid 2), og 12 måneder etter avsluttet behandling (tid 3). Årsaken til at utredningen etter avsluttet behandling ved tid 2 var noe forskjøvet, var at dinosaursskolen varer 6–8 uker lenger enn foreldretreningen.

Statistisk analyse. Flernivåanalyse (FA), (Hierarchical linear modeling [HLM], linear mixed model) ble benyttet i denne studien. FA er en fleksibel analysemetode for utvikling over tid når man har tre eller flere måletidspunkter, og FA håndterer også at man har et ulikt antall måletidspunkter for ulike individer (Snijders & Bosker, 1999). For å teste hvorvidt utviklingen over tid er forskjellig for barna med eller uten en risikofaktor (her ADHD, komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker og forhøyet foreldrestress), ble $-2\log$ likelihood ($-2LL$) for to modeller sammenlignet (med og uten kryssnivåinteraksjoner mellom tidsvariabelen og risikofaktoren).

Maximum likelihood-estimering ble brukt for å kunne gjøre dette (Singer & Willett, 2003). Variabelen «tid» ble behandlet som kategorisk i analysene, og vi var også interessert i å studere om det er ulike endringsrater i risikogruppene fra tid 1 til 2, og fra tid 1 til 3. Modellen som brukes ved FA, består også av en stokastisk del («random effects») (Singer & Willett, 2003). Den stokastiske delen inneholder en feilkomponent (residual) som består av uforklart variasjon på nivå 1 (variasjon blant individer fra tidspunkt til tidspunkt). For å kunne estimere varianskomponentene i modellen mest mulig fritt, valgte vi en ustrukturert kovariansstruktur slik at vi fikk seks varianskomponenter: Tre varianser som måler uforklart variasjon på henholdsvis tid 1 ($\hat{\sigma}_1^2$), tid 2 ($\hat{\sigma}_2^2$) og tid 3 ($\hat{\sigma}_3^2$), og tre kovarianser som måler graden av assosiasjon mellom residualene på tid 1 og tid 2, mellom residualene på tid 1 og tid 3, og mellom residualene på tid 2 og tid 3. Her rapporteres de tre varianskomponentene som måler residualvariasjonen, uforklart variasjon.

Resultater

Av totalt 97 barn oppfylte 55 (56,7 %) kriteriene for mulig eller sikker ADHD, og 50 barn (51,5 %) hadde komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Blant mødrene skåret 44 (54,3 %) 260 eller høyere på PSI. I fortsettelsen presenteres først resultatene for endringene over tid, deretter presenteres kort betydningen av risikofaktorene før oppstart av behandlingen, om det er forskjell i endringer tid 1 til tid 3 for de med og de uten risikofaktorene, og endringene fra tid 1 til tid 2 for disse gruppene. Først presenteres resultatene for intensiteten i barnas utagerende atferd og deretter mødrenes strenge oppdragerpraksis.

ADHD. Før behandlingen ble barn med ADHD skåret 11,6 poeng høyere på ECBI enn barn uten ADHD, $t_{99} = 2,62, p < 0,01$. Endringsratene i utagerende atferd over de tre tidspunktene var ikke signifikant forskjellige i de to gruppene ($-2LL = 4,63, fg = 2, p = 0,10$). Fra tid 1 til tid 2 ble ECBI-skåren for barn med ADHD redusert med 12,3 poeng mindre enn tilfellet var for barn uten ADHD, $t_{98} = 2,15, p = 0,03$, mens endringen mellom tid 1 og 2 var på 9,3 poeng i favør av barna uten ADHD ($t_{98} = 1,71, is$). Det var ingen forskjeller i oppdragspraksis i de to ADHD-gruppene ved oppstart av behandlingen ($t_{95} = 1,05, is$), og det var ingen forskjeller mellom gruppenes endringsrater over de tre tidspunktene ($-2LL = 0,02, fg = 2, is$).

Komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker. Før behandlingen skåret barn med komorbide vansker 17,4 poeng høyere på ECBI enn barn uten ko-morbide vansker, $t_{97} = 4,14, p <$

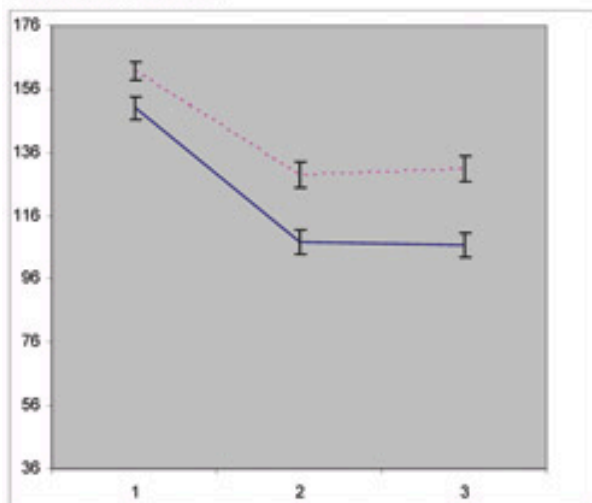
0,01. Endringsratene i utagerende atferd over tre tidspunkter var ikke signifikant forskjellig mellom de to gruppene ($-2LL = 2,96, fg = 2, p = 0,23$). Utviklingen fra tid 1 til tid 2 viste at ECBI-skåren til barn med komorbide internaliserte vansker ble redusert med 6,1 poeng mindre enn tilfellet var for barn uten komorbide problemer, $t_{95} = 1,02, is$. Det var ingen forskjeller mellom barn med og uten komorbiditet før oppstart ($t_{95} = -0,051$), og det var ingen forskjeller mellom gruppenes endringsrater over de tre tidspunktene ($-2LL = 0,58, fg = 2, is$) i mødrenes oppdragelse.

Forhøyet stress hos mødre. Før behandlingen skåret barn til mødre med forhøyet stressnivå 14,4 poeng høyere på ECBI sammenlignet med barn der mødre ikke rapporterte om mer stress, $t_{81} = 2,99, p < 0,01$. Endringsratene i utagerende atferd over tre tidspunkter var ikke signifikant forskjellig mellom de to gruppene ($-2LL = 0,21, fg = 2, is$). Utviklingen fra tid 1 til tid 2 viste at ECBI-skåren til barn av foreldre med et forhøyet stressnivå ble redusert med 1,6 poeng mindre enn tilfellet var for barn der foreldrene ikke rapporterte om forhøyet stressnivå, $t_{80} = -0,18, is$. Det var ingen forskjeller i oppdragelsespraksis enten mødre rapporterte forhøyet stress eller ikke før behandlingen ($t_{79} = 1,05$), og det var ingen forskjeller i endringsrater mellom de to gruppene på de tre tidspunktene ($-2LL = 3,265, fg = 2, is$). Det kan være av interesse at endringene i reduksjon av streng oppdragerpraksis fra tid 1 til tid 2 var 0,3 poeng mindre blant mødre som rapporterte om forhøyet stress ($t_{79} = 1,813, p = 0,07$), men altså ikke på et signifikansnivå 0,05. Figur 1 viser endringene i utagerende atferd og streng oppdragelse for de tre risikofaktorene, med tilhørende standard error (SE).

Figur 1. Endringene i utagerende atferd og streng oppdragelse over tid i forhold til de med og de uten risikofaktorene ADHD, komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker og forhøyet stress og tilhørende standard error (SE).

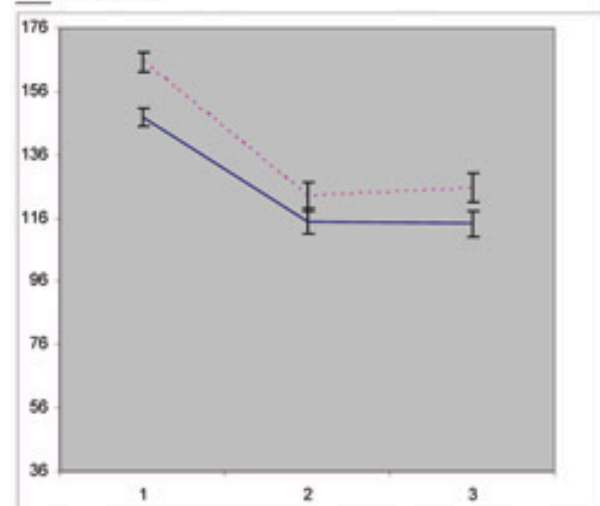
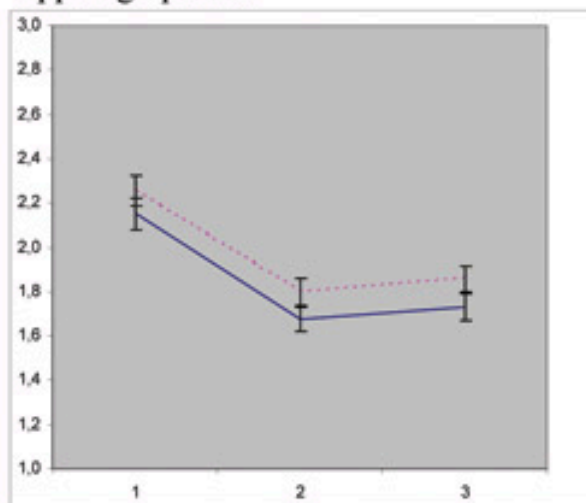
Note. Total n = 97, mulig eller sikker ADHD n = 55, komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker n = 50, forhøyet stress hos mor n = 44. Hovedeffekten av tid var signifikant $p < 0,001$ for alle situasjonene.

Atferdsvansker:

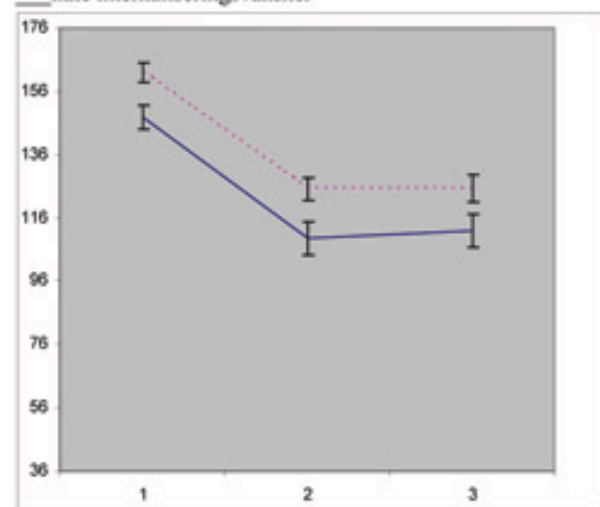
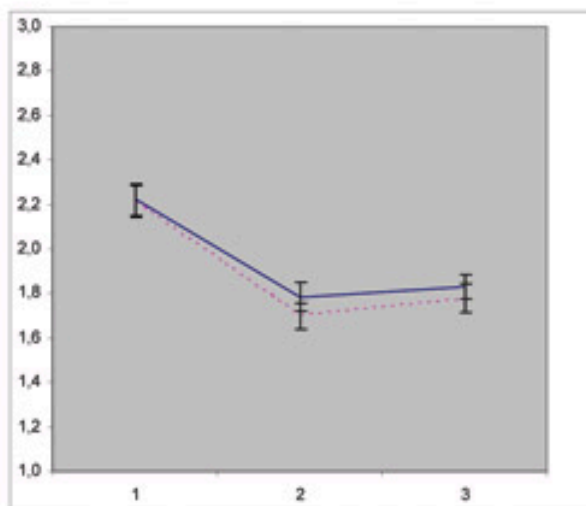


.....mulig eller sikker ADHD
_____ikke ADHD

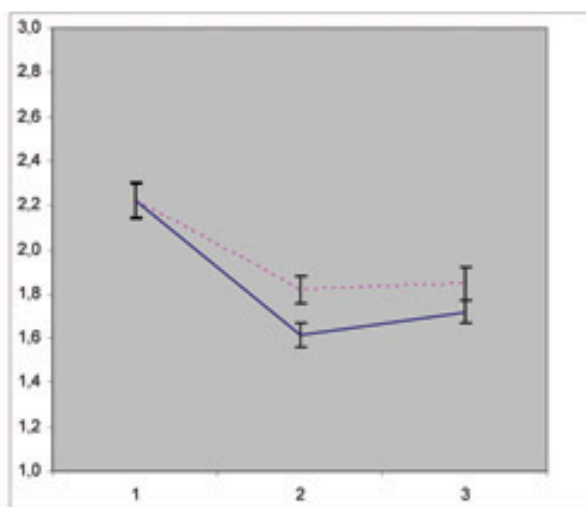
Oppdragerpraksis



.....komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker
_____ikke internaliseringsvansker



.....forhøyet stress hos mor
_____ikke forhøyet stress hos mor



Varianskomponenter. Alle varianskomponentene var signifikant forskjellige fra 0 i forhold til ADHD og atferd. Residualvariasjonen er lavest på tid 1 (^) mens de på tid 1 og tid 2 er jevnstore (henholdsvis ^og ^). Alle varianskomponentene var signifikant forskjellig fra 0 i forhold til ADHD og oppdragerpraksis. Varianser på tid 1, tid 2 og tid 3 var henholdsvis ^, ^, ^-- . Når det gjaldt komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker og atferd, var alle varianskomponentene signifikant forskjellige fra 0. Residualvariasjonen er lavest på tid 1 (^), mens de på tid 2 og tid 3 er jevnstore (henholdsvis ^og ^). I forhold til komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker og oppdragerpraksis var alle varianskomponentene signifikant forskjellige fra 0. Varianser på tid 1, tid 2 og tid 3 var henholdsvis ^, ^ og ^. Alle varianskomponentene var signifikant forskjellige fra 0 i forhold til forhøyet foreldrestress og atferd. Residualvariasjonen er lavest på tid 1 (^), mens de på tid 1 og tid 2 er mer jevnstore (henholdsvis ^og ^). Når det gjaldt forhøyet stress og oppdragerpraksis, var alle varianskomponentene signifikant forskjellig fra 0. Varianser på tid 1, tid 2 og tid 3 var henholdsvis ^, ^og ^--.

Diskusjon

En betydelig andel av barna hadde tilleggsproblemer utover atferdsvansker som ADHD (56,5 %) og internaliseringsvansker (51,5 %). Mange mødre (54,3 %) rapporterte også om høyt stressnivå ved oppstart av behandlingen. Den primære hensikten med studien var å undersøke om potensielle risikofaktorer som ADHD, komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos barnet og forhøyet stress hos mødre var forhold som kunne predikere en signifikant annen utvikling i utagerende atferd hos barnet eller i mødrenes oppdragspraksis fra behandlingsoppstart til ett år etter avsluttet behandling. Vi fant ikke støtte for noen av våre hypoteser om utvikling i utagerende atferd eller oppdragerpraksis fra tid 1 til tid 3 ved å benytte DUÅ i kliniske sammenhenger i Norge. Dette er gunstig sett på bakgrunn av at alle prediktorene tydet på signifikant mer alvorlige atferdsproblemer før oppstart av behandlingen, i samsvar med våre hypoteser om fungering hos barnet før behandling.

Noen forhold synes likevel å være av betydning når man følger utviklingen over tid: ADHD hos barnet førte til signifikant mindre fremgang i utagerende atferd fra tid 1 til tid 2. Dette sammenfaller med at ADHD var en signifikant prediktor for et dårligere behandlingsresultat ved avslutningen av behandlingen (Fossum et al., 2009). Selv om utviklingen fra tid til tid ikke

var signifikant forskjellig for barna med og barna uten ADHD på et 0,05-nivå, kan ADHD være et forhold av betydning for utviklingen over tid. Blant barna med ADHD hadde ti startet med sentralstimulerende medikasjon mellom tid 2 og tid 3 (Larsson et al., 2009). Det utgjør 17,9 % av barna med ADHD i utvalget. Dette kan ha bidratt til at utviklingen i utagerende atferd ikke var signifikant forskjellig for barn med og barn uten ADHD. Vårt funn vedrørende ADHD står i noe kontrast til det man fant i USA (Hartman et al., 2003), i og med at barna med oppmerksomhetsproblemer i denne studien faktisk hadde signifikant større bedring i atferdsproblemene enn tilfellet var for barn uten disse vanskene.

Det er gunstig at de øvrige prediktorene ikke syntes å påvirke endringene i utagerende atferd over tid på en negativ måte, og at ingen av prediktorene forutsa et dårligere behandlingsresultat i mødrenes oppdragelsespraksis. Vi vil fremheve det siste forholdet i og med at negativ oppdragelsespraksis har hatt så stor betydning for behandlingsresultatene i andre studier med DUÅ (se Beauchaine et al., 2005; Fossum et al., 2009). Foreldrenes stress har tidligere vist seg å være en prediktor for et mer ugunstig behandlingsresultat umiddelbart etter avsluttet behandling (Fossum et al., 2009). Dette var ikke tilfellet når utviklingen over tid ble vurdert. Mødrene rapporterte da også om moderate til store reduksjoner i stress ved avsluttet behandling, og disse vedvarte til ettårsoppfølgingen (Larsson et al., 2009). Til tross for dette vil vi fremheve at forhøyet stress syntes å influere på endringen i oppdragelsespraksis fra tid 1 til tid 2 på en uheldig måte, men ikke signifikant på et 0,05-nivå. I kliniske sammenhenger kan det være nyttig om behandlere tar hensyn til forhøyet foreldrestress i behandlingen og følger dette ekstra godt opp for dem det gjelder. Slik kan sjansen for at foreldre med høyt stress kan lykkes i å endre oppdragelsespraksisen øke.

Barna med komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker viste ikke en mer ugunstig utvikling fra tid 1 til tid 3 enn barna uten slike vansker. Dette vurderer vi som særlig gunstig i og med at andre studier har vist at barn med komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker faktisk står i økt fare for vedvarende ugunstig utvikling når de blir voksne (Sourander et al., 2007). Med hensyn til internaliseringsvansker rapporterte altså mødrene om positive og vedvarende behandlingsresultater (Larsson et al., 2009).

Behandlingen av barnas problematferd førte til at residualvariasjonen i utagerende atferd økte fra tidspunkt 1 til tidspunktene 2 og 3. Dette er som forventet. På tid 1 var alle barna svært utagerende, og variasjonen mellom dem var derfor mindre. Noen av barna har mer nytte av tiltaket enn andre barn (se også Fossum, Drugli, Handegård, og Mørch, subm.), og variasjonen i barnas

utagerende atferd har derfor blitt større etter behandlingen. At residualvariasjonen på tidspunkt 2 og tidspunkt 3 i streng oppdragelse ble redusert etter deltagelse i foreldretreningen, var også som forventet, fordi mødrene var blitt mer «like» i måten å oppdra barna på etter foreldretreningen, og disse endringene vedvarte. Dette er et ønsket resultat av behandlingen og viktig for å oppnå gode og varige behandlingsresultater.

Begrensninger ved studien

Denne studien har flere begrensninger, og man bør derfor være forsiktig når man trekker konklusjoner. De diagnostiske vurderingene av ADHD var kun basert på foreldreintervju, og som sådanne har de svakheter. Videre har vi ikke informasjon om forløp utover fungering ved ett års oppfølging. Sett i forhold til dette har vi liten kunnskap om «varige behandlingseffekter». Når det gjelder negativ oppdragspraksis, var opplysningene kun basert på mødrenes selvrapportering. Observasjonsdata ville muligens nyansert dette. Vi har kun tre måletidspunkter, og det resulterer i noen begrensninger når det gjelder valg av analyser. Vi kan ikke modellere ikke-lineær endring på individnivå, men må bruke en modell som er en lineær funksjon av tid. Dette til tross for at vi ser at det for mange av individene i studien er en ganske stor dropp fra tid 1 til tid 2, og deretter en utflating fra tid 2 til tid 3 på begge hovedvariablene (dvs. ECBI, og PPI). Utviklingen av både atferd og streng oppdragspraksis over tid er komplekse prosesser, og derfor kan våre modeller være en overforenkling.

Konklusjon

ADHD hos barnet kan redusere effekten av foreldretreningen noe. Komorbide internaliserings- og eksternaliseringsvansker hos barna og økt stress hos mødrene er forhold som førte til økt intensitet i problematferden før behandlingen. Det er lovende at disse faktorene ikke synes å påvirke utviklingen fra oppstart av behandlingen til ettårs-oppfølgingen. Disse prediktorene synes heller ikke å påvirke mødrenes bruk av streng oppdragerpraksis på en negativ måte. På bakgrunn av dette vil vi fremheve at DUÅ synes å være et godt egnet behandlingstilbud også for barn som har vanlige tilleggsproblemer til atferdsforstyrrelsene.

Sturla Fossum

Regionsenteret for barn og unges psykiske helse – Nord
 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø
 9037 Tromsø
 E-post sturla.fossum@uit.no

Referanser

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index* (3 ed.). Odessa, USA: Psychological Assessment Resources.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4–18 and 1991 profile*. Burlington: VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Assn Washington DC US. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Angold, A., & Costello, J. (1996). Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 1205–1212.
- Beauchaine, T. P., Webster Stratton, C., & Reid, M. J. (2005). Mediators, Moderators, and Predictors of 1-Year Outcomes Among Children Treated for Early-Onset Conduct Problems: A Latent Growth Curve Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 371–388.
- Fossum, S. (2008). Effectiveness of interventions and factors of relevance in the treatment of children with conduct problems. Doktorgrad. Det medisinske fakultet. Universitetet i Tromsø. Se også: [http://www.ub.uit.no/munin/handle/10 037/1818](http://www.ub.uit.no/munin/handle/10%2037/1818)
- Fossum, S., & Mørch, W.-T. (2005a). «De utrolige årene» – empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferdsforstyrrelser hos små barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 42*, 195–203.
- Fossum, S., & Mørch, W.-T. (2005b). «De utrolige årene»: Webster-Strattons foreldre-, barn- og lærerbaserte metode for behandling av små barn med atferdsforstyrrelser. I: L. Schjelderup, C. Omre & E. Marthinsen (red.), *Nye metoder i et moderne barnevern* (ss. 152–172). Bergen: Fagbokforlaget.

- Fossum, S., Mørch, W.-T., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology* 50, 173–181.
- Hartman, R. R., Stage, S. A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 44, 388–398.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. (2009). The relationship between parenting and delinquency: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749–775.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980–988.
- Kjobli, J., & Hagen, K. A. (2009). A mediation model of interparental collaboration, parenting practices, and child externalizing behavior in a clinical sample. *Family Relations*, 58, 275–288.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W. T. (2009). Treatment of oppositional and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled replication trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 42–52.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G., & Mørch, W. T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31–38.
- Singer, J.D., & Willett, J.B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. New York, NY: Oxford University Press.
- Snijders, T. A. B. & Bosker, J. (1999). *Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. London: Sage Publishers.
- Sourander, A., Jensen, P., Davies, M., Niemela, S., Elonheimo, H., Ristkari, T., et al. (2007). Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish From a Boy to a Man study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1148–1161.

- Taylor, T. K., & Biglan, A. (1998). Behavioral family interventions for improving child-rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical Child & Family Psychology Review, 1*, 41–60.
- Webster Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 93–109.
- Webster Stratton, C., & Hammond, M. (1998). Conduct problems and level of social competence in Head Start children: Prevalence, pervasiveness, and associated risk factors. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*, 101–124.
- Webster-Stratton, C., & Herman, K. C. (2008). The Impact of Parent Behavior-Management Training on Child Depressive Symptoms. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 473–484.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2003). The incredible years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. I: A. E. Kazdin & J. R. Weisz (red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (ss. 224–240). New York: The Guilford Press.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & 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*, 105–124.