

Dialektisk atferdsterapi for barn: En pilotstudie av ferdighetstreningsgrupper for foreldre

Marit Coldevin , Maia Daasvand Skyberg , Solveig M.
Kirchhofer , Per Martin Løken , Synne Jenssen og Jan Stubberud

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Dialektisk atferdsterapi for barn: En pilotstudie av ferdighetstreningssgrupper for foreldre

Barn med alvorlig emosjonell dysregulering i form av hyppige sinneutbrudd og vedvarende irritabilitet strever i stor grad psykologisk, sosialt og funksjonelt (Copeland et al., 2013). Når sinnet og irritabiliteten ikke kan forstås som uttrykk for uholdbare livsbetingelser eller utviklingsforstyrrelser, har barna tradisjonelt blitt forstått diagnostisk som å lide av atferdsforstyrrelser (Leibenluft, 2017). Data fra pasientregistre viser at atferdsforstyrrelser er en av de hyppigst stilte diagnosene i aldersgruppen 7–12 år i Norge (Helsedirektoratet, 2022). Senere års forskning har gitt grunnlag for å differensiere barna som strever med atferdsforstyrrelser, i flere symptomundergrupper, hovedsakelig 1) irritable, 2) egenrådige/trassige eller 3) fiendtlige/ufølsomme (se f.eks. Stringaris & Goodman, 2009). I DSM-5 er utviklingen tatt hensyn til gjennom etableringen av diagnosen Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) (American Psychiatric Association, 2013). DMDD kjennetegnes av to primære symptomer: «kronisk» irritabilitet (daglig irritasjon, > 1 år) og alvorlige sinneutbrudd (# 3 ganger per uke, > 1 år) på to eller flere arenaer. Flere studier har vist at det er en utviklingsmessig sammenheng mellom alvorlig irritabilitet i barndommen og senere affektive lidelser, angstlidelser, personlighetsforstyrrelser, suicidale handlinger/intensjoner og rusmisbruk (Althoff et al., 2010; Stringaris et al., 2009). Slike sammenhenger understreker hvor viktig det er å utforske intervensjoner som er spesifikt rettet mot alvorlig emosjonell dysregulering hos barn.

DBT for barn

Emosjonsregulering kan defineres som et individs evne til å tilpasse eller modulere hvilke følelser man har til hvilke tidspunkt, og hvordan man opplever og uttrykker dem (Gross, 2014). Emosjonell dysregulering, som står i kontrast til adaptiv emosjonsregulering, antas å være kjernevansken i DMDD (Brotman et al., 2017). Det finnes foreløpig svært få evidensbaserte behandlingsprogrammer for DMDD, men dialektisk atferdsterapi for barn (Dialectical behavior therapy for children [DBT-C]) har vist lovende resultater (Perepletchikova et al., 2017).

DBT-C er ordinær DBT tilpasset aldersmessig for barn med alvorlig emosjonell dysregulering og deres omsorgsgivere. DBT-C bygger på standard DBT i innhold og didaktikk. I tillegg inkluderer det foreldreveiledning og elementer fra foreldreintervensjoner basert på sosial læringsteori som har vist seg å være effektive for atferdsvansker, som Parent Management Training (PMT) (Forgatch & Patterson, 2010).

DBT er en sammensatt behandlingsmodell der det blir lagt vekt på ferdighetstrening, kognitiv restrukturering, affekt eksponering og kontingenshåndtering. Behandlingen vektlegger både aksept og validering av det som er, og behov for endring, og den kan beskrives som en syntese av tre paradigmer: atferdspsykologi for å fremme endring, mindfulness for å fremme tilstedeværelse og aksept, og dialektikk for å balansere mellom endring og aksept (Linehan, 1993).

Det overordnede målet med DBT er å behandle alvorlig svikt i emosjonsregulering. Utgangspunktet er en teori om at emosjonell dysregulering oppstår og opprettholdes av en gjensidig påvirkning mellom en medfødt emosjonell sensitivitet/reaktivitet hos barnet og omgivelsenes invalidering av denne reaktiviteten (Linehan, 1993). Med invalidering menes alvorlige og/eller langvarige negative responser på barnets emosjonelle uttrykk, noe som antas å føre til manglende forståelse av egne emosjoner og uhensiktsmessige mestringsstrategier for selvregulering hos barnet. Når dette mønsteret gjentas over tid, vil det kunne oppstå ulike former for psykopatologi, som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, som tradisjonelt er målgruppen for intervensjonen (Linehan, 1993).

Et grunnprinsipp i DBT-C er at barnet ikke involveres aktivt i terapien før forelderens kan vise til grunnleggende forståelse og hensiktsmessig atferd for å kunne støtte barnet i dets endringsprosess. Særlig må foreldrene tilegne seg en økt grad av validerende holdning og atferd overfor barnet (Perepletchikova et al., 2017).

Etter det vi vet, har DBT-C kun vært vurdert i en effektstudie (Perepletchikova et al., 2017), og det er behov for ytterligere utforskning av behandlingsmetoden. Forutsetningen i DBT-C om at barnet ikke skal involveres før forelderens har opparbeidet seg emosjonsreguleringsferdigheter, gir grunnlag for å utforske om foreldregruppeintervensjonen i seg selv kan bidra til å redusere barnets symptomer. Ingen har undersøkt dette tidligere. I tillegg har det betydning å undersøke i hvilken grad foreldrene opplever metoden som nyttig.

Det overordnede målet for pilotstudien var å skaffe kunnskap om behandlingsutfall etter foreldreferdighetstreninggruppen i DBT-C. Forsknings spørsmålene var:

- 1 Rapporterer foreldrene endring i barnas grad av atferdsvansker før og etter foreldregruppe?
- 2 Rapporterer foreldre barnas atferdsvansker som mindre problematisk fra før til etter foreldregruppe?

- 3 På hvilken måte opplever foreldre gruppeintervensjonen som meningsfull, herunder dets nytteverdi for dem som foreldre, barnet og samspillet barn og forelder?

Metode

Design

Pilotstudien er en utforskende studie med innengruppe-design. Den er en del av et pågående fagutviklingsprosjekt som har til hensikt å beskrive og kvalitetssikre terapitilbudet DBT-C ved Nic Waals Institutt, en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) som tilhører Lovisenberg Diakonale Sykehus. Studien er tilrådet av personvernombudet ved Lovisenberg Diakonale Sykehus.

Prosedyre

Deltakerne ble rekruttert i sammenheng med at barna deres var til utredning og behandling ved poliklinikken. Rekrutteringsperioden var høst 2019–vår 2021. Foreldre til barn som ble vurdert av ansvarlig behandler og konsultasjonsteamet til å være i målgruppen for DBT-C, deltok i forkant i en orienterings- og forpliktelsessamtale (se figur 1). Før gruppeoppstart mottok foreldrene en skriftlig invitasjon til å delta i fagutviklingsprosjektet som studien er en del av. Foreldrene fylte ut spørreskjemaet Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) ved første og siste ferdighetstreningsgruppe med rundt fire måneders mellomrom. Et evalueringsskjema ble fylt ut i siste gruppetime. Vi og Personvernombudet ved sykehuset vurderte prosjektet til å være et kvalitetssikringsprosjekt siden det var en gjennomgang av data for kontroll og evaluering av en eksisterende behandling som har blitt tilbudt siden 2018 ved Nic Waals Institutt. Samtlige foreldre deltok etter premisset for informert samtykke. Data ble aidentifisert og lagret sikkert på Lovisenbergs forskningsserver.

Deltakere

Samtlige foreldre som fikk tilbud om ferdighetstreningsgruppe, samtykket til å delta i studien ($n = 36$ barn; $n = 72$ foreldre). Felles for barna var at de strevde med alvorlig emosjonell dysregulering i henhold til kriteriene for DMDD etter DSM-5, og barna var mellom 6 og 13 år. Av de 72 foreldrene som samtykket til å delta, leverte 49 foreldreevalueringsskjema etter fullført gruppe. Dette utvalget bestod av 31 fedre (63.3 %), 13 mødre (26.5 %) og 5 personer (10.2 %) som ikke rapporterte kjønn. Det var 23 foreldre som skåret ECBI før og etter gruppe. Utvalget her bestod av 23 barn, blant dem 6 jenter (26.1 %) og 17 gutter (73.9 %) i alderen 8–13 år (median = 11, IQR = 3). Informantene på

ECBI var 16 mødre (69.6 %), 5 fedre (21.7 %) og ved to tilfeller rapporterte foreldrene sammen (8.7 %).

DBT-C

DBT-C i sin helhet består av fire moduler. I denne studien har vi fokusert på ferdighetstreningsgruppen for foreldre.

Figur 1 (PDF)

Dialektisk atferdsterapi for barn (DBT-C) ved Nic Waals institutt

Mindfulness (MF)

Oppmerksomt nærvær. Trening i å være til stede i øyeblikket uten å dømme. Danner grunnlaget for de andre modulene, og MF-øvelser gjennomføres hver gruppesamling og i hjemmeoppgaver

Tilegnelse av kunnskap om, og forståelse av, hva følelser er, hvordan de oppleves, og hvordan de kan endres. Redusere sårbarheter som forsterker følelser, endre intensiteten i uønskede følelser, og øke positive følelser.

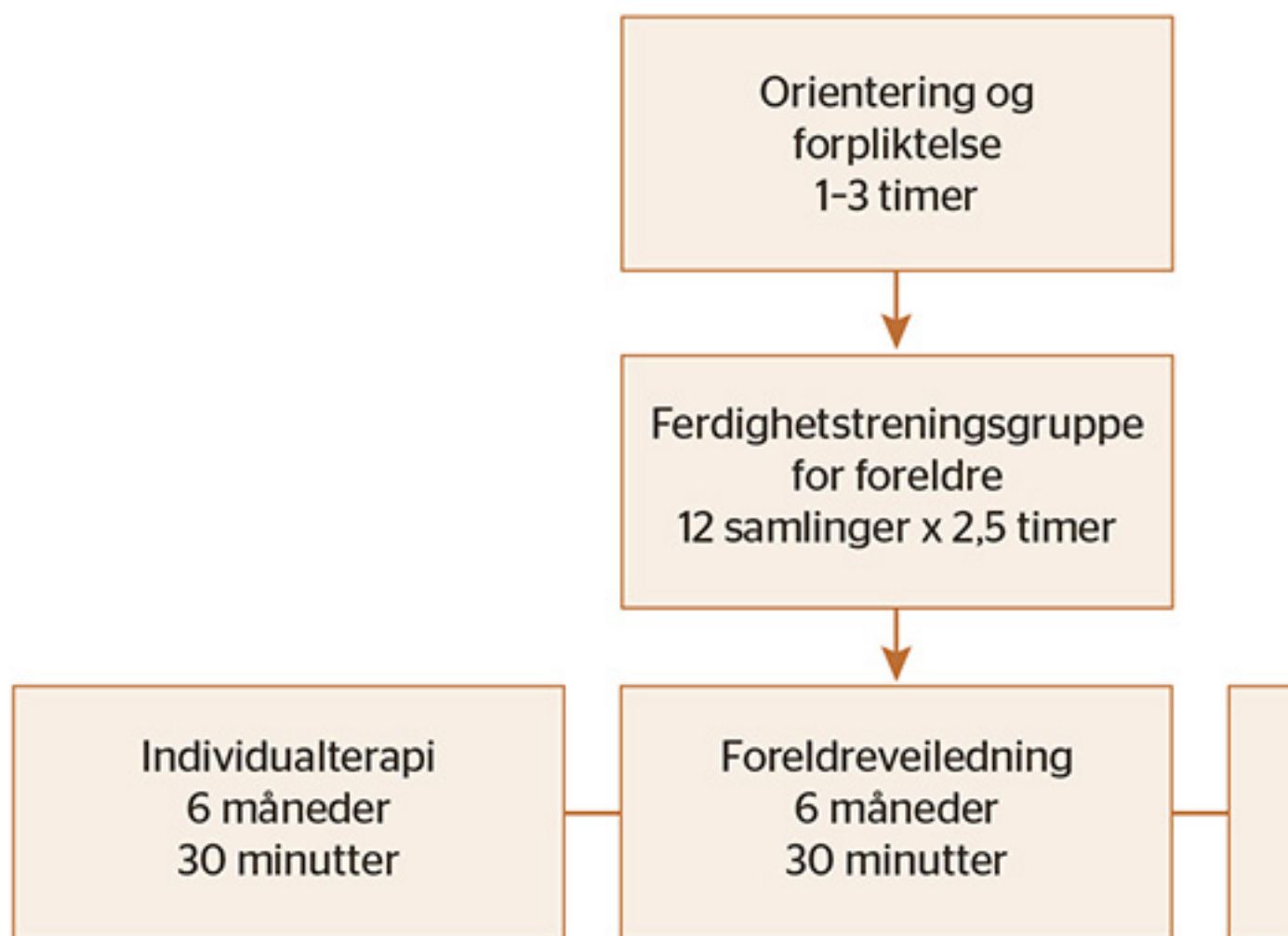
Emosjonsregulering

Merknad. Individualterapi, foreldreveiledning og familierapi foregår i en 90 minutters økt.

Ferdighetstrening for foreldre omhandler fire hovedtemaer som repeteres i individual- og familierapien, illustrert i figur 2. I ferdighetstreningssgruppen som har totalt 12 samlinger, presenteres ferdighetene, og de knyttes til foreldrenes problemstillinger, både gjennom rollespill og øvelser og ved refleksjon i plenum og mindre grupper. Foreldrene får hjemmeoppgaver i forbindelse med temaene som er gjennomgått i gruppene. Ferdighetstreningen følger en fastsatt rekkefølge. Den starter med informasjon om behandlingsmodellen og dens anvendelse (én samling), etterfulgt av mindfulness (én samling), krisehåndtering (to samlinger), dialektikk og validering (tre samlinger), atferd og atferdsendring (to samlinger), følelsesregulering (to samlinger) og oppsummering/avslutning (én samling).

Figur 2 (PDF)

Temaer i DBT-C ferdighetsgrupper for foreldre



Merknad. Egenkonstruert figur som gir oversikt over hovedtemaer i ferdighetsgruppene som beskrevet i DBT-C.

Alle terapeutene som holdt grupper, er utdannet psykolog eller psykiater og sertifiserte DBT-terapeuter med opplæring fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). Tre av terapeutene er sertifiserte DBT-C-terapeuter etter opplæring med dr. Perepletchikova.

Måleinstrumenter

Eyberg Child Behavior Inventory

ECBI (Eyberg & Ross, 1978) er et foreldrerapporteringsinstrument utviklet for å kartlegge atferdsproblemer hos barn i alderen 2–16 år. Instrumentet består av de to subskalaene Intensitet og Problem. Intensitetsskalaen er en syvpunkts Likert-skala som måler frekvens av problematferd, for eksempel «slår andre» eller «følger ikke beskjeder» (1 = Aldri, 7 = Alltid). Problemskalaen er dikotom (ja/nei) og indikerer foreldrenes vurdering av atferden som problematisk eller ikke. T-skår # 60 indikerer klinisk nivå. ECBI er standardisert og validert (Boggs et al., 1990) og vurdert til å inneha gode psykometriske egenskaper, også i en norsk populasjon (Intensitet: $a = .82-0.93$; Problem: $a = .84-.96$) (Reedtz & Martinussen, 2011).

Evalueringskjema

Evalueringskjemaet består av totalt ni spørsmål knyttet til opplevd nytteverdi og effekt av å delta i ferdighetstreningsgruppen (se tilleggsmateriale). Fem spørsmål besvares på en firepunkts skala (ikke i det hele tatt, i liten grad, i stor grad, i veldig stor grad), tre spørsmål ber om deskriptive svar, og ett spørsmål er en vurdering av hvilke ferdigheter forelderen opplevde som mest og minst nyttige (mindfulness, krisehåndtering, dialektikk, validering, læringspsykologi, følelsesregulering). Evalueringskjemaet er utarbeidet av forfatterne Løken og Coldevin i 2019 etter retningslinjer utviklet av Bradburn et al. (2004).

Statistiske analyser

Innledende analyser ble gjennomført for å utforske normalitet, uteliggere og manglende verdier. Vurdering av skjevhet og kurtose underbygget antakelsen om normalitet, med unntak av T-skårer for Problemvariabelen, som hadde skjevhet > -1.96 , noe som indikerer avvik fra normal ($p < .05$). Manglende verdier (4) ble undersøkt med frekvenstabeller og Little's MCAR-test. Deskriptiv statistikk ble brukt for å undersøke gjennomsnittsskårer for ECBI og evalueringskjemaet. Inferentielle analyser, inkludert parametriske og ikke-parametriske tester av gruppeforskjeller, ble gjennomført: Paret T-test ble gjort for å utforske forskjell i gjennomsnittsverdier, og Wilcoxon

Signed-Ranks ble utført før og etter ferdighetstrening for å undersøke om det var forskjell i gjennomsnittsrang. Effektstørrelser (Cohens d) ble regnet ut for å vurdere størrelsen på eventuelle forskjeller mellom tidspunktene. Vi foretok korrelasjonsanalyser for å se om det var en sammenheng mellom skårer før og etter ferdighetstrening på EBCI-skalaene Intensitet og Problem. I samtlige analyser ble råskårer brukt til fordel for T-skårer. Forventet sannsynlighet ble satt til $p < .05$.

Resultater

Skårer før og etter ferdighetstrening

Det var statistisk signifikant forskjell mellom pre- og post-gruppe i Intensitet-skårer ($t(21) = 5.127$, $p < .001$, Cohens $d = 1.1$, 95 % CI [.55, 1.62]) og Problem-skårer ($t(19) = 2.714$, $p = .014$, Cohens $d = 0.6$, 95 % CI [.12, 1.08]), se tabell 1.

Tabell 1

Forskjeller mellom grupper før og etter intervensjon på problem- og intensitetskårer rapportert av foreldre

Mål	Pre-gruppe				Post-gruppe				t	p
	$M(SD)$	Mdn	Range	IQR	$M(SD)$	Mdn	Range	IQR		
ECBI-I ($n = 22$)	148.78 (21.17)	146	107– 207	22	131.36 (28.38)	129	89–190	30	5.127	<.001**
ECBI-P ($n = 20$)	19.14 (4.90)	20	7–28	7	15.24 (7.16)	16	1–25	11	2.714	.014*

Merknad. ECBI-I = ECBI Intensitet, ECBI-P = ECBI Problem. Høyere ECBI-skår indikerer mer vansker. IQR = interquartile range. * = $p < .05$. ** = $p < .001$

Pre-skårene for Intensitet og Problem var sterkt korrelert ($r = .759$, $p < .01$). Dette indikerer at høyere skårer på Problem-målet er assosiert med høyere skårer på Intensitet-målet. For post-skårer fant vi en moderat korrelasjon ($r = .630$, $p < .01$). T-skårer over/lik 60 indikerer klinisk nivå (pre-skårer Problem: $M = 66.4$ og Intensitet: $M = 64.6$, post-skårer Problem: $M = 61.1$ og Intensitet $M = 59.3$).

Siden utvalget var lite, ble det også gjennomført en ikke-parametrisk test for å undersøke gruppeforskjeller i Intensitet og Problem før og etter gruppe. Wilcoxon Signed-Ranks test indikerte at Intensitet i post-gruppe (mean rank = 12.68) var signifikant lavere enn Intensitet i pre-gruppe (mean rank = 4), $Z = -3.718$, $p < .001$. Tilsvarende var Problem i post-gruppe (mean rank = 9.29) signifikant lavere enn i pre-gruppe (mean rank = 6.13), $Z = -2.252$, $p < .001$.

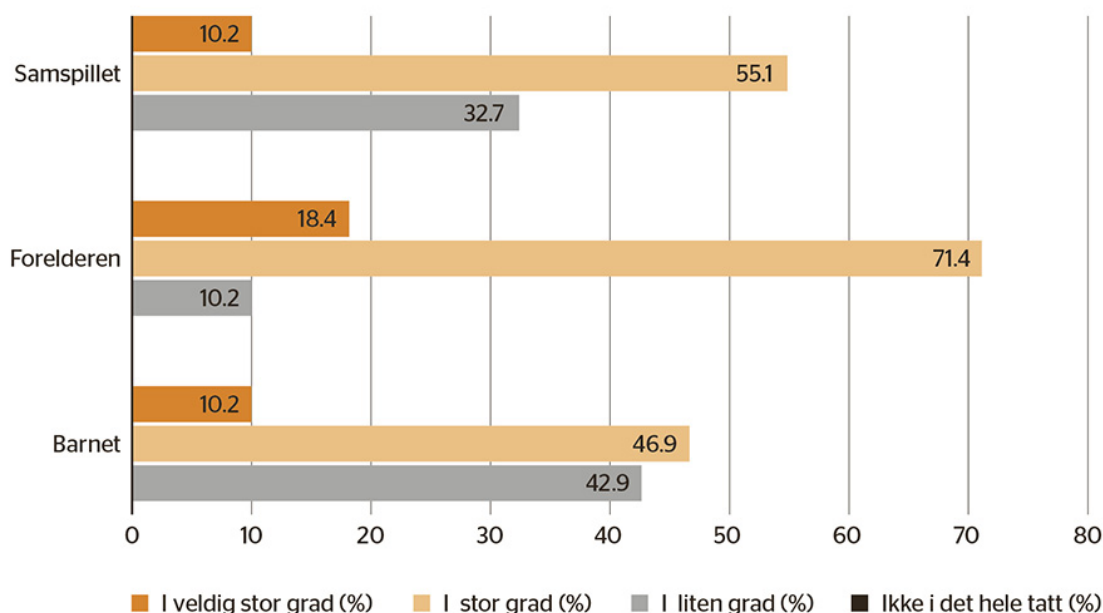
Deskriptive analyser av evalueringsskjema

Figur 3 presenterer foreldrenes vurdering av positiv endring hos barnet, hos forelderens selv og i samspillet i familien som følge av deltakelse i foreldregruppen.

Figur 3 (PDF)

Grad av positiv endring rapportert av foreldre som følge av deltakelse i gruppe (n = 48–49)

Merknad. Én manglende verdi for vurdering av Positiv endring i samspillet.



Foreldrene ($n = 49$) evaluerte validering som den mest nyttige foreldreferdigheten (87 %). Det er også den eneste av ferdighetene som ingen har vurdert som minst nyttig. Ferdigheten som blir fremhevet som minst nyttig, er læringspsykologi (24.5 %). Videre rapporterte totalt 93.8 % at de og deres familie hadde hatt nytte av tilbudet i stor (57.1 %) eller veldig stor (36.7 %) grad. Totalt 95.9 % ville anbefalt tilbudet til andre foreldre i samme situasjon som dem selv i stor (22.4 %) eller veldig stor (73.5 %) grad.

Diskusjon

Vi fant en reduksjon i både barnets grad av vansker og foreldrenes rapporterte grad av problemer med å håndtere barnets vansker etter intervensjonen med DBT-C ferdighetsgruppe. Videre rapporterte foreldrene at de opplevde metoden som nyttig for egen del, for samspillet innad i familien samt for barnets del. Til tross for liten utvalgsstørrelse antyder resultatene, i tråd med teorien bak behandlingsintervensjonen DBT-C, at psykoedukasjonen og ferdighetstreningen kan bidra til symptomlette hos barna. I tillegg opplevde foreldrene at foreldrerollen var mindre problematisk eller mer håndterbar. Ettersom vi ikke har en kontrollgruppe, må det tas høyde for at endringen før og etter gruppe kan skyldes andre faktorer, slik som regresjon mot gjennomsnittet og naturlig endring over tid. En mulig endringsfaktor i lys av dette er at foreldrene møter andre foreldre i tilsvarende situasjon, noe som kan normalisere barnets vansker og egne vansker med å håndtere disse. Normalisering er også vurdert å være en sentral gruppeprosess (Finucane & Mercer, 2006) som i seg selv kan være en viktig endringsmekanisme. Videre kan det gi håp å oppleve støtte, å inngå i et behandlingsprogram som blir fremhevet som effektivt, og å møte helsepersonell, noe som er vist å være betydningsfullt for endring (Wampold & Imel, 2011).

Funnene våre samsvarer med funn fra Perepletchikova et al. (2017), som fant reduksjon i barns atferdsproblematikk etter DBT-C. Tilsvarende positive effekter (f.eks. reduksjon i selvskadning og suicidal atferd) etter DBT er også sett i andre barne- og ungdomspopulasjoner (Kothgassner et al., 2021; Mehlum et al., 2014), noe som gir støtte for å anvende DBT-C som metode for barn med DMDD. Resultatene fra vår studie antydte symptomlette hos barna, uten at barna selv hadde mottatt behandling. Dette taler for at ferdighetsgruppe for foreldre alene kan bidra til å skape endring hos barn i noen familier, og at det ikke alltid er nødvendig å involvere barnet i behandlingen. Våre funn åpner også for en mulig differensiering og tilpasning av tiltak, der man involverer barna i behandlingen basert på resultater etter ferdighetsgruppen for foreldre. Dette bør man i fremtiden undersøke med kontrollgrupper og et bredere utvalg.

Foreldrene rapporterte i all hovedsak stor nytteverdi av intervensjonen, og de opplevde størst grad av endring i seg selv (70 % «i stor grad»). Dette er også hensikten med første del av DBT-C-intervensjonen. Det var derimot ingen prosentvis forskjell i foreldre som rapporterte «stor grad av endring hos barnet» og «liten grad av endring hos barnet». Resultatene fra evalueringsskjemaet for de 49 foreldrene skilte seg fra den signifikante reduksjonen i ECBI intensitetsskårer. Det er svært uklart hvilken vekt diskrepansen skal gis, gitt at evalueringsskjemaet ble fylt ut anonymt og

resultatene derfor ikke kan sammenlignes på individnivå. Man kan spekulere på om foreldrene som ikke rapporterer stor grad av endring i ECBI, og som har behov for mer hjelp, er de samme som rapporterer at barnets vansker i liten grad har endret seg.

Foreldrene fremhevet at validering var en spesielt virksom ferdighet i evalueringen. Det er mulig at tilegnelse av denne ferdigheten gjenspeiles i reduksjonen i ECBI problemskårene. Det teoretiske rammeverket til DBT tar utgangspunkt i invalidering som noe som særlig opprettholder dysregulering hos barnet (Linehan, 1993). Ut fra et teoretisk ståsted kan vi forvente at ferdigheter som adresserer validering, vil være ekstra potente med tanke på endring hos barnet. Det finnes empirisk støtte for dette i studier på behandlingsintervensjoner til foreldre med fokus på validering. Disse har også vist effekt på barns symptomer, eksempelvis emosjonsfokusert terapi til foreldre (EFT; Ansar et al., 2022). Det er naturlig å tro at validering som ferdighet er bevisstgjørende og gir en økt forståelse av at egne og andres følelsesuttrykk er meningsfulle. I forlengelsen av en slik bevisstgjøring kan atferden bli lettere å akseptere eller bli opplevd som mindre alvorlig av foreldrene. Et spørsmål er om foreldrene har opplevd barnets atferd som mindre problematisk etter trening på validering, og dermed har rapportert problematferden som lavere.

Det er interessant at foreldrene fremhevet læringspsykologi (positiv og negativ forsterkning) som minst nyttig. Det kan ha flere grunner. Ettersom DMDD antas å være en følelsesreguleringsvanske heller enn en atferdsvanske, kan atferdspsykologiske prinsipper komme til kort. En annen forklaring kan være at dette er et omfattende tema med øvelser som krever mer individuell tilpasning og oppfølging enn det gruppekurs over to ganger kan dekke. Prinsippene krever direkte involvering av barnet (systematiske belønninger og grensesetting skal introduseres til barnet), med de tilpasninger som er aktuelle for den enkelte familie. Når dette ikke er gjennomførbart i gruppeformatet, kan det oppleves som en mindre nyttig ferdighet.

Foreldretreningsprogrammer for barn med atferdsvansker som i stor grad baserer seg på læringsteoretiske prinsipper, har vist seg over lang tid å være effektive (f.eks. Ogden & Hagen, 2008; Patterson & Fleischman, 1979), og beskrives som gullstandarden i behandlingen av slike vansker hos barn. Derfor skulle en tro at læringsteoretiske prinsipper også har betydning for endring i den aktuelle målgruppen. En mulig justering basert på tilbakemeldingen om læringspsykologi som minst nyttig fra foreldrene er å utdype temaet ytterligere i ferdighetstreningen, samt sikre nok tid til arbeid med atferdspsykologiske prinsipper i den individuelle oppfølgingen.

Begrensninger og videre forskning

Dette er en pilotstudie med flere begrensninger, og resultatene må tolkes med forbehold. Studien har en lav utvalgsstørrelse, og det ble ikke gjennomført styrke- eller antallsberegninger. I videre studier må utvalgsstørrelsen økes slik at man sikrer tilstrekkelig statistisk styrke, og har mulighet til å identifisere systematiske forskjeller innad i et utvalg. Studien inkluderte ikke en kontrollgruppe, og vi kunne derfor ikke trekke kausale slutninger om effekter av intervensjonen. Videre er det viktig å påpeke at det ikke foreligger sammenlignende informasjon utover foreldrenes rapportering på barnas symptomendring før og etter gruppe. Fremtidige studier bør sikre at det er mulig å evaluere høy intern og eksternt validitet. Eksempelvis kan man evaluere effekt ved hjelp av flere måleinstrumenter og sammenligne informasjon fra arenaer utenfor hjemmet og klinikken, f.eks. lærere, både etter gjennomført ferdighetstrening for foreldre og etter gjennomføring av hele DBT-C-behandlingen. I tillegg bør endringsmål monitoreres underveis. Omkringliggende faktorer, som tidligere og annen parallell behandling eller oppfølging, bør kontrolleres for. Til slutt bør man måle terapeutens tilslutning til metoden for å sikre at det er den aktuelle metoden som tilbys og måles.

Konklusjon

Resultatene fra vår pilotstudie, tross begrensningene, gir holdepunkter for at barn som strever med emosjonell og atferdsmessig klinisk dysregulering, kan ha nytte av at foreldrene trenes i ferdigheter som er sentrale for å påvirke reguleringsvansker og samspill med barnet. Dette er formålet med ferdighetstreningsgruppe for foreldre i DBT-C. Foreldretilbakemeldingen antyder videre at endringen i stor grad skjer i foreldres måte å møte barnet på. Validering blir fremhevet som en særlig nyttig ferdighet. Studien viser lovende resultater for DBT-C, herunder ferdighetstreningsgruppe for foreldre, og gir grunnlag for videre utforskning av metoden.

Referanser

- Althoff, R.R., Verhulst, F.C., Rettew, D.C., Hudziak, J.J. & van der Ende, J. (2010). Adult outcomes of childhood dysregulation: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1105–1116. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.006>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Ansar, N., Nissen-Lie, H.A., Zahl-Olsen, R., Bertelsen, T.B., Elliott, R. & Stiegler, J.R. (2022). Efficacy of Emotion-Focused Parenting Programs for Children's Internalizing and Externalizing Symptoms: A Randomized Clinical Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(6), 923–939. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2079130>
- Boggs, S.R., Eyberg, S. & Reynolds, L.A. (1990). Concurrent validity of the Eyberg child behavior inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(1), 75–78. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/s15374424jccp1901_9
- Bradburn, N.M., Sudman, S. & Wansink, B. (2004). *Asking questions: the definitive guide to questionnaire design-for market research, political polls, and social and health questionnaires*. John Wiley & Sons.
- Brotman, M.A., Kircanski, K., Stringaris, A., Pine, D.S. & Leibenluft, E. (2017). Irritability in youths: A translational model. *American Journal of Psychiatry*, 174(6), 520–532. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16070839>
- Copeland, W.E., Angold, A., Costello, E.J. & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173–179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010132>
- Eyberg, S.M. & Ross, A.W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 7(2), 113–116. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/15374417809532835>
- Finucane, A. & Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6(1), 1–14. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-14>
- Forgatch, M.S. & Patterson, G.R. (2010). Parent Management Training—Oregon Model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. I J.R. Weisz & A.E. Kazdin (Red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (s. 159–177). The Guilford Press.
- Gross, J.J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. I J.J. Gross (Red.), *Handbook of emotion regulation* (2. utg., s. 3–20). The Guilford Press.

- Helsedirektoratet. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021* (Rapport IS-3038). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Kothgassner, O.D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M.M., Schmahl, C. & Plener, P.L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *51*(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Leibenluft, E. (2017). Irritability in children: what we know and what we need to learn. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association*, *16*(1), 100–101. <https://doi.org/10.1002/wps.20397>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., Larsson, B.S., Stanley, B.H., Miller, A., Sund, A. & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *53*(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.4.607>
- Patterson, G.R. & Fleischman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy*, *10*(2), 168–185. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(79\)80034-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(79)80034-9)
- Perepletchikova, F., Nathanson, D., Axelrod, S.R., Merrill, C., Walker, A., Grossman, M. & Walkup, J. (2017). Randomized clinical trial of dialectical behavior therapy for preadolescent children with disruptive mood dysregulation disorder: Feasibility and outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(10), 832–840. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.07.789>
- Reedtz, C. & Martinussen, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). *PsykTestBarn*, *1*(11).

- Stringaris, A., Cohen, P., Pine, D.S. & Leibenluft, E. (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20- year prospective community-based study. *The American Journal of Psychiatry*, 166(9), 1048–1054. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121849>
- Stringaris, A. & Goodman, R. (2009). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 404–412.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2011). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Routledge.