

# Barns aggressive atferd etter foreldretrening

De utrolige årene (DUÅ) er et veldokumentert behandlingsprogram for utagerende barn. Det har positive resultater for mange, men ikke alle. Blant annet har barn som har mødre med liten utdanning, dårligere fremgang på Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) enn andre barn.

## TEKST

**Sturla Fossum**

**May Britt Drugli**

**Bjørn Helge Handegård**

**Willy-Tore Mørch**

**PUBLISERT 5. november 2010**

## ABSTRACT:

### **Changes in the aggressive behaviour of Norwegian children following parent training**

This study records the change in aggressive behaviour of children participating in a Norwegian study based on the treatment program «The Incredible Years». The «Eyberg Child Behavior Inventory» was used to measure behaviour of children from pre-treatment stage until one-year after treatment. Ninety-seven children from four to eight years old as well as their mothers participated in the study. Chi-square and F-tests were used to determine whether treatment outcomes were moderated by variables such as maternal age, maternal level of education, marital status and contact with the child welfare services. The study found that approximately 63% of children participating in the study experienced promising and lasting improvement in their behaviour. Maternal education moderated treatment outcome and mothers with less education reported less favourable treatment outcomes. The importance of identifying children with poor or short term treatment potential is discussed.

**Keywords:** aggressive behaviour, parent training, responders/non-responders to treatment.

Av totalt 8579 barn som ble henvist til Psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i 2008, var atferdsproblemer den viktigste henvisningsgrunnen i 20% av tilfellene (Andersson, 2009). Dette gjør atferdsproblemer, sammen med tristhet/depresjon, til den vanligste årsaken for henvisning til BUP. Flere behandlingstiltak er etablert for barn med atferdsproblemer – blant annet De utrolige årene (DUÅ), Parent management training – Oregon (PMTO) og Multisystemisk terapi (MST). Disse tiltakene er utviklet i USA, men har vært gjenstand for systematiske evalueringer i Norge (se [www.atferdssenteret.no](http://www.atferdssenteret.no) og <http://deutroligearene.uit.no/> for mer informasjon).

## «Funnet understreker nødvendigheten av å evaluere om deltagerne har hatt nytte av behandlingen både umiddelbart etter avsluttet behandling, og etter noe tid»

DUÅ for barn i alderen 3–8 år er et landsdekkende tiltak i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. DUÅ ble evaluert i Norge i en randomisert kontrollert studie i regi av Regionsentrene for barn og unges psykiske helse (RBUP) i Midt og Nord (Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegård & Mørch, 2009). Klinisk fremgang i dette utvalget har tidligere vært vurdert som en skåre under ett standardavvik (SA) under normgjennomsnittet i Norge (Reedtz, Bertelsen, Lurie, Handegård, Clifford & Mørch, 2008) på Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) umiddelbart etter avsluttet behandling (Fossum, Mørch, Handegård, Drugli & Larsson, 2009) og under 90-persentilen (Larsson et al., 2009). Generelt var behandlingseffektene i evalueringen positive og gode: To tredjedeler av utvalget oppfylte ikke lenger diagnosekriteriene for trasslidelse (ODD) ved oppfølgingen (Larsson et al., 2009). En nylig publisert studie viste likevel tydelig at variasjonen i redusert aggresjon er stor (Fossum, Handegård, Drugli & Mørch, 2010).

Vi ønsker her å bidra til å kartlegge hvilke grupper som har bedre og hvilke som har dårligere utbytte av tiltaket. Utviklingen for mange av barna som er i kontakt med barneverntjenesten, er problematisk (Clausen & Kristoffersen, 2008). Vi ønsker derfor å undersøke nærmere effekten av DUÅ for denne gruppen. Vi undersøker også om de demografiske variablene partnerstatus, mødrenes alder og mødrenes utdanningsnivå modererer behandlingseffektene av DUÅ. Disse variablene har tidligere vist seg å ha betydning for virkningen av foreldretrening (se Beauchaine et al., 2005; Reyno & McGrath, 2006; Webster-Stratton 1985). For å gjøre dette valgte vi å foreta vurderinger av utvikling på ECBI i forhold til fire kategorier: barn med gode og vedvarende behandlingsresultater, barn med positive behandlingsresultater umiddelbart ved avsluttet behandling, men der disse behandlingseffektene ikke vedvarte, barn som hadde små eller ingen reduksjon i atferdsproblemene, eller barn som ikke faller inn i en av disse beskrivelsene.

### **Metode**

Behandlingsutfallet for barna i aktiv behandling fra en randomisert kontrollert studie (Larsson et al., 2009) ble vurdert ved hjelp av ECBI-intensitet.

*Deltagere.* For deltagelse i studien måtte barnet være mellom fire og åtte år og ikke ha noen fysiske eller psykiske funksjonshemninger. Barna skåret over 90-persentilen på ECBI vurdert av mor og/eller far (Reedtz et al., 2008), og oppfylte de diagnostiske kriteriene for enten ODD eller atferdsforstyrrelse (CD). Gjennomsnittsalderen i

behandlingsgruppen var 6,6 år (SA = 1,4) og besto av 78 gutter og 19 jenter. I alt 65,7% av foreldrene var gifte eller samboende, og mødrenes gjennomsnittsalder var 32,8 år. Tjuefem prosent av mødrene hadde ikke gjennomført videregående skole, 43,3% hadde gjennomført videregående skole, 15,6% hadde noe utdanning på høyskole-/universitetsnivå, og 15,6% hadde gjennomført en høyere utdanning (se også Fossum et al., 2010 og Larsson et al., 2009 for mer informasjon om utvalget og prosedyrene).

*Behandling.* Barnas foreldre deltok i foreldreprogrammet. Målene for programmet er å redusere atferdsproblemer ved å fremme positiv samhandling mellom foreldre og barn, og redusere streng og rigid oppdragelsespraksis som overdreven bruk av skjenn, straff og bruk av fysisk avstraffelse. For mer informasjon om DUÅ, se Fossum og Mørch (2005). Femten behandlere deltok i foreldretreningen. Behandlerne var psykologer eller personer med annen sosialfaglig utdanning på bachelor- eller mastergradsnivå.

*Måleinstrumenter.* Barnets atferd i hjemmet ble vurdert ved hjelp av mødrenes registreringer på ECBI (Reedtz et al., 2008). ECBI består av 36 utsagn der foreldrene vurderer barnets atferdsproblemer på en skala fra 1 til 7. Skårene varierte fra 36 til 252, og den indre konsistensen var 0,82.

*Demografiske forhold.* Gruppelederne gjennomførte et inntaksintervju før oppstart. Demografisk informasjon om partnerstatus, mors alder, mors utdanningsnivå (dvs. < 11 år på skole, gjennomført videregående utdanning, noe utdanning på høyskole/universitet, eller gjennomført utdanning på høyskole/universitet) og kontakt med barnevernet ble brukt.

*Statistisk analyse.* Endringene på ECBI-intensitetsskalaen ble vurdert i forhold til størrelsen på reduksjonene. En betydningsfull endring innebar en reduksjon på minimum 20 poeng på ECBI. I disse vurderingene så vi også hen til om barnet skåret over eller under 90- persentilen på ECBI (en skåre lik 126) etter behandling og ved ettårs-oppfølgingen. Dette resulterte i en oppdeling i fire kategorier: (1) ingen betydningsfull bedring – ingen eller små endringer fra tid 0 til tid 1 og fra tid 1 til tid 2; (2) kortsiktig bedring – nokså omfattende endringer i barnets utagerende atferd fra tid 0 til tid 1, men en forverring i utagerende atferd fra tid 1 til tid 2; (3) vedvarende bedring – nokså store reduksjoner i utagerende atferd fra tid 0 til tid 1 som vedvarte til tid 2; og (4) udefinert – andre utviklingsforløp. Khi-kvadrat-tester ( $\chi^2$ ) og F-tester ble benyttet for å teste for om det er forskjeller mellom behandlingsutfallet og moderatorene.

## **Resultat og diskusjon**

Etter deltagelse i behandlingsprogrammet viste 2/3 av utvalget god utvikling. Dette er noe lavere enn tilfellet er for studier som er gjennomført av programutvikleren, men generelt sammenfallende med andre uavhengige replikasjonsstudier av DUÅ (se også Fossum, 2008 for en gjennomgang av forskning om DUÅ). Behandlingsresultatene var ikke gode for alle. Nesten 20% av mødrene rapporterte at endringene på ECBI-intensitet var relativt store ved avsluttet behandling, men at disse ikke vedvarte. Over 13% av

barna ble vurdert til ikke å ha god fremgang. Tabell 1 gir en oversikt over endringene på ECBI-intensitet i forhold til de fire kategoriene.

**TABELL 1. ENDRING I ECBI-INTENSITET I FORHOLD TIL FIRE KATEGORIER**

	Endring ECBI-intensitet		
	n (%)	M (SA) tid 0-1	M (SA) tid 1-2
Kategori 1 - «ingen fremgang»	13 (13,4%)	2,2 (10,7)	- 2,9 (17,5)
Kategori 2 - «kortsiktig fremgang»	19 (19,6%)	- 39,3 (19,2)	26,4 (19,5)
Kategori 3 - «vedvarende fremgang»	61 (62,9%)	- 46,7 (23,8)	- 5,4 (17,4)
Kategori 4 -«udefinert»	4 (4,1%)	- 15,5 (23,6)	- 15,2 (18,1)

Note. ECBI-intensitet = Eyberg Child Behavior Inventory intensitetsskåre, M (SA) = endring i gjennomsnitt og tilhørende standardavvik. Negativt fortegn innebærer en reduksjon på ECBI. Tid 0-1 = tiden fra før behandling til avsluttet behandling, tid 1-2 = tiden fra avsluttet behandling til ettårs-oppfølging.

Funnene illustrerer viktigheten av å foreta kliniske vurderinger av et tiltak både umiddelbart og noe etter avsluttet behandling. «Booster-sessions» kan være egnet til å fange opp og gi et tilpasset behandlingstilbud for de barna som over tid ikke profitterer. Dette illustrerer også at det er viktig med gode og tilpassede behandlingstilbud også i etterkant av at evidensbaserte programmer er implementert (Fossum & Mørch, 2005), og at det fortsatt er viktig å være kreativ og utvikle nye metoder.

I fortsettelsen ble barna i kategori 1 og kategori 2 slått sammen til en kategori bestående av «ikke-responderere», og denne gruppen ble sammenlignet med kategori 3 – «responderere». Dette ble gjort for å styrke den statistiske kraften i testene. De fire barna i kategori 4 er utelatt fra de videre analysene da behandlingsresultatene ble vurdert som ikke å være hverken «responderere» eller «ikke-responderere». Vi fant ikke støtte for hypotesene våre om behandlingsutfall og moderatorenes betydning, med ett unntak.

Av «responderere» rapporterte 14,8% at de hadde kontakt med barneverntjenesten, mens 25,0% av «ikke-responderere» rapporterte dette ( $\chi^2 = 1,6$ ,  $df = 1$ , ikke signifikant [is]). Det var nokså få familier som rapporterte om kontakt med barneverntjenesten, og kontakten kunne innebære en rekke forhold, fra mindre støttetiltak til for eksempel plassering i fosterhjem. Dette ble det ikke differensiert for på grunn av for lite data. I en annen studie, med en noe annen metodisk tilnærming, innebar kontakt med barneverntjenesten økt sjans for ODD ved ettårs-oppfølgingen (Drugli, Fossum, Larsson & Mørch, 2010). På bakgrunn av dette vil vi få fremheve at barnevernstilknytning er et forhold som bør følges opp i senere studier og i klinisk

virksomhet, selv om kontakt med barnevernet ikke var signifikant assosiert med behandlingsresultatet i denne studien.

Mødrenes gjennomsnittsalder blant «responderere» var 32,2 år (SA = 5,0), og for «ikke-responderere» var den 33,9 år (SA = 6,6) ( $F_{(1, 90)} = 1,8$ , is). Blant enslige forsørgere var 36,0% «responderere» og 29,0% «ikke-responderere» ( $\chi^2 = 0,4$ , fg = 1, is).

Blant «responderere» hadde 12,7% av mødrene ikke gjennomført videregående utdanning, 49,9% hadde gjennomført videregående utdanning, 20,0% hadde noe utdanning på høyskole/ universitet og 18,2% hadde gjennomført utdanning på høyskole/universitet, mens den tilsvarende fordelingen blant «ikke-responderere» var 45,7%, 34,4%, 8,6% og 11,4% ( $\chi^2 = 12,6$ , fg = 3,  $p < 0,01$ ). Barn av mødre med mindre skolegang/utdanning hadde altså større sjanse for å bli vurdert som «ikke-responderere» enn barn av mødre med mer skolegang/utdanning, noe som sammenfaller med tidligere forskning om nytte av foreldretrening (Reyno & McGrath, 2006). At utdanning ikke var en signifikant prediktor for behandlingsresultatet rett etter avsluttet behandling (Fossum et al., 2009), viser viktigheten av å vurdere nytten av et tiltak over noe tid.

Denne studien har flere begrensninger, og det bør vises forsiktighet i forhold til konklusjonene. Verdien av vurderingene er noe usikker siden det ikke er standardiserte prosedyrer for vurdering av utviklingsforløpet som ligger til grunn. Den statistiske styrken på noen av testene er lav, noe som fører til at forskjellene mellom gruppene må være store for at forskjeller kan avdekkes. All informasjon baserer seg på mødrenes opplevelse av barna, og vi har ikke inkludert kontrollgruppen, med de svakhetene dette innebærer. Vi har heller ikke informasjon om forløp utover fungering ved ettårs-oppfølging.

## **Konklusjoner**

Kontakt med barneverntjenesten, mødrenes alder, og partnerstatus, modererte ikke den positive virkningen av DUÅ ved ettårs-oppfølgingen etter behandling. Mødrenes utdanning hadde derimot betydning for om barna profitterte godt eller dårlig på foreldretreningen. Funnet understreker nødvendigheten av å evaluere om deltagerne har hatt nytte av behandlingen både umiddelbart etter avsluttet behandling, og etter noe tid. 1

Kontakt: Sturla Fossum. Tlf. 77 64 58 61

E-post: [sturla.fossum@uit.no](mailto:sturla.fossum@uit.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 11, 2010, side 1017-1019*

## **TEKST**

**Sturla Fossum**

**May Britt Drugli**

**Bjørn Helge Handegård**

### + Vis referanser

#### Referanser

Anderson, H.W. (2009). Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge. SINTEF-rapport.

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.

Clausen, S.-E. & Kristoffersen, L. B. (2008). Barnevernsklinter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie. Oslo: NOVA.

Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B. & Mørch, W.-T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems one year after treatment with the Incredible Years program. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 559-565.

Fossum, S. (2008). Effectiveness of interventions and factors of relevance in the treatment of children with conduct problems. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Tromsø.

Fossum, S. Handegård, B. H., Drugli, M. B. & Mørch, W.-T. (2010). Utvikling i barns utagerende atferd og mødres oppdragspraksis etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 601-607.

Fossum, S. & Mørch, W.-T. (2005). «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., 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.

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: Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31-38.

Reyno, S. M. & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problem--a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 99-111.

Webster-Stratton, C. (1985). The effects of father involvement in parent training for conduct problem children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 801-810.