

# Hvor godt predikerer to spørsmål barns risiko for problematferd?

Kartlegging av barns risiko for å utvikle atferdsproblemer kan begynne med to enkle spørsmål som kan stilles til alle foreldre. Svarene står i en klar sammenheng med resultatene av en mer omfattende utredning.

## TEKST

**Anette Arnesen Grønlie**

**Anett Apeland**

**Elisabeth Askeland**

**Terje Christiansen**

**PUBLISERT 1. april 2016**

## ABSTRACT:

### **Can two questions predict children's risk of behavioral problems?**

TIBIR is a prevention and treatment program of behavioral problems in children aged 3-12 years, directed at primary services in Norwegian municipalities. It has a multiple-gate assessment module, which is intended to identify and offer effective interventions to children at risk. This study investigates whether the first gate, consisting of two questions directed at parents (n=147), can predict children's risk measured at the last gate, with Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) and Parental Stress Scale (PSS). Though effective assessment procedures to identify children at risk are important, avoiding excessive assessment of families is also an objective. Findings show that these two questions are good predictors of positive outcomes on ECBI and PSS.

---

Key words: behavioral problems, multiple gate assessment, prevention programs

---

Mange barn som har utviklet eller som er i risiko for å utvikle atferdsproblemer, blir ikke fanget opp tidlig nok (Folkehelseinstituttet, rapport 2013:4). Tidlig kartlegging av atferdsvansker hos barn vil kunne gi store samfunnsøkonomiske og utviklingsmessige gevinster dersom kartleggingen leder til effektiv intervensjon på rett omsorgsnivå (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002; Rambøll, 2012).

I denne studien undersøker vi om to enkle spørsmål kan predikere risiko for atferdsproblemer. Forebyggings- og behandlingsprogrammet Tidlig Innsats for Barn i Risiko (TIBIR) (Solholm, Kjøbli & Christiansen, 2013) har en flerportal kartleggingstilnærming, det vil si et kartleggingssystem der opplysninger hentes ut i ulike portaler og trinn (Walker, Small, Severson, Seeley & Feil, 2014). Den første portalen består av to spørsmål som stilles til foreldrene: (1) «Hvordan trives du i rollen som

mor/far?» og (2) «Har du noen utfordringer og/eller bekymringer i forhold til barnet i rollen som mor/far?»

Utagerende atferd i tidlig barndom er normalt, forbigående og har en nedadgående kurve for de fleste (Nærde, Janson, Ogden & Zachrisson, 2014; Tremblay, 2010). Hos noen vil imidlertid alvorlige atferdsproblemer vedvare (Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002), og andre har funnet at selv når graden av aggressiv atferd er lav, kan dette forutsi mer alvorlige tilpasningsproblemer senere (Campbell, Spieker, Burchinal & Poe, 2006). Aggressiv atferd som kommer til uttrykk i ung alder, er svært stabil, spesielt for gutter (Dishion & Patterson, 1993; Patterson, Reid & Dishion, 1992), og omtrent halvparten av 10-årige barn med en atferdsdiagnose viderefører denne type atferd gjennom skole-, ungdoms- og voksenalder (Patterson & Yoerger, 2002). Tidlige atferdsproblemer er en sterk prediktor for senere negative helsemessige og psykososiale utfall, som alvorlig atferdsforstyrrelse, antisosial atferd, rusmisbruk, depresjon, dårlige skoleprestasjoner, frafall fra skole og svake prestasjoner i arbeidslivet (Campbell, Spieker, Burchinal & Poe, 2006; Caspi, Moffitt, Newman & Silva, 1998; Moffitt, 1993; Moffitt, Caspi, Harrington & Milne, 2002; Tremblay, Pihl, Vitaro & Dobkin, 1994). Det er lettere å stanse en skjevutvikling når atferdsproblemene er mindre alvorlige, blir fanget opp før skolestart (Campbell, 1994; Shaw, Winslow, Owens, Vondra, Cohn & Bell, 1998), og før mønsteret blir mer internalisert, forverret og sprer seg til flere arenaer (Capaldi, DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2002; Lochman, 1995; Patterson & Yoerger, 2002).

### **«Tidlige atferdsproblemer er en sterk prediktor for senere negative helsemessige og psykososiale utfall»**

Effektive forebyggings- og behandlingsintervensjoner kan redusere eller stoppe den negative utviklingen, og barnet, familien og samfunnet spares for de vanskelighetene og kostnadene alvorlige atferdsproblemer ofte medfører (Coie, Lochman, Terry & Hyman, 1992; Patterson, Reid & Dishion, 1992). Det er et samfunnsnyttig mål at barn som har eller står i fare for å utvikle atferdsproblemer får hjelp på det innsatsnivået de trenger, så tidlig som mulig og med den mest resultat- og kostnadseffektive tilgjengelige intervensjonen. For å oppnå dette er det nødvendig å identifisere og kartlegge familiene på arenaer de naturlig oppsøker (Askeland, Apeland & Solholm, 2014). Formålstjenlige og praktisk gjennomførbare kartleggingsinstrumenter er essensielt for å tilby rett intervensjon til rett type problem og problemomfang.

### **Flerportal-kartlegging**

Flerportal-kartleggingstilnærminger (*multiple-gate assessment*) er effektive i å identifisere barn og ungdom i risiko for emosjonelle, atferdsmessige, skolerelaterte og sosiale problemer (August, Realmuto, Crosby & MacDonald, 1995; Dishion & Patterson, 1993; Walker et al., 2014). Disse tilnærmingene kan være mer nøyaktige og spesifikke

enn målemetoder som kartlegger på ett enkelt måletidspunkt med ett enkelt måleinstrument (Kilgus, Chafouleas, Riley-Tillman & Welch, 2012).

Flerportal-kartlegging er en fellesbetegnelse for kartleggingssystemer der opplysninger kan hentes ut gjennom flere inngangsportaler og trinn (Walker et al., 2014). Systemet kan identifisere og skille ut en mindre gruppe individer fra en større gruppe, med en kombinasjon av måleinstrumenter som er kvalitativt ulike og arrangert sekvensielt. De som innfrir kriteriene innenfor hver portal, blir identifisert som tilhørende risikogruppen. Hvert etterfølgende trinn undersøker om det positive utfallet på forrige trinns måleinstrument bekreftes eller avkreftes. De som skårer positivt på alle måleinstrumentene, er i høy risiko for det som det kartlegges for. Tilnærmingen hevdes å være kostnadseffektiv ved at den første portalen har det minst intensive måleinstrumentet, som kan administreres til et stort og sammensatt utvalg for å identifisere en større risikogruppe og ekskludere individer som ikke møter hovedkriteriene (Walker et al., 2014). Måleinstrumentene i de neste portalene er ofte mer tidkrevende, utdypende og kostbare. Disse kan være uhensiktsmessige å bruke på store og allmenne grupper, av praktiske, etiske og økonomiske hensyn.

### **Flerportal-kartlegging i TIBIR**

TIBIR er rettet mot de kommunale hjelpetjenestene og skal bidra til å identifisere, kartlegge, forebygge og avhjelpe atferdsvansker hos barn og deres familier på et tidligst mulig tidspunkt og på laveste effektive innsatsnivå (Solholm, Kjøbli & Christiansen, 2013). Programmet bygger på Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO), som er teoretisk forankret i en modell for sosial interaksjon og læring (SIL-modellen), utviklet og empirisk testet av Gerald Patterson (Askeland, Apeland & Solholm, 2014; Patterson, 1982).

Hovedmålsettingen med kartleggingen er å skille ut barn og familier i målgruppen fra normalpopulasjonen. Tilnærmingen er flerportal-basert og gir grunnlag for å gi barnet og familien den mest egnede og effektive intervensjonen så raskt som mulig. Den er spesielt velegnet til bruk i de kommunale tjenestene, som helsestasjoner, som møter alle barn og deres foreldre, men kan også benyttes i PP-tjenesten og i barneverntjenesten.

I kartleggingens første portal stilles to innledende spørsmål til alle foreldre. På denne måten unngår man at familier som ikke er i målgruppen for intervensjonene, utsettes for en omfattende, ressurskrevende og unødvendig kartlegging. På bakgrunn av foreldrenes svar på spørsmålene vurderer intervjueren om kartleggingen skal avsluttes, eller om det er behov for å gå videre til neste portal, som består av en utdypende samtale og deltakende observasjon. Siste kartleggingsportal utgjøres av Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) og Parental Stress Scale (PSS). En forutsetning for å benytte kartleggingen er at kommunen kan tilby familiene adekvate intervensjoner når det er identifisert et hjelpebehov.

### **Formål med studien**

I denne studien ønsket vi å undersøke om den første portalen i TIBIRs kartleggingstilnærming er tilstrekkelig til å predikere utfall av undersøkelsen ved den siste portalen. En høy andel forklart varians mellom de to innledende spørsmålene, som utgjør den første portalen, og undersøkelsen med ECBI og PSS, som utgjør den siste portalen, vil innebære at inngangsspørsmålene er tilstrekkelige til å identifisere familier med barn som har eller er i risiko for å utvikle atferdsvansker.

## **Metode**

### **Prosedyre**

16 kommuner som skulle innføre TIBIRs kartleggingsmodul, ble spurt om og takket ja til å delta i studien. Undersøkelsen ble godkjent av REK. Skjemaer med demografiske data, de to inngangsspørsmålene og måleinstrumentene ECBI og PSS ble distribuert til kartleggere på kommunale tjenestesteder. Kartleggerne ble bedt om å rekruttere foreldre med barn som fylte 4 år inneværende år og opp til 12 år. Foreldrene gav sitt informerte samtykke. 200 spørreskjema ble sendt ut og 154 (77 %) ble returnert. Av disse ble sju ekskludert fra analysene grunnet ufullstendige svar på innledende spørsmål eller for få utfylte ledd på ECBI eller PSS. 147 skjema er inkludert i dataanalysene.

### **Måleinstrument**

*Demografiske data.* Vi spurte foreldrene om følgende: (a) hvem som besvarte skjemaet, (b) utfyllers alder, (c) barnets kjønn, (d) barnets alder, (e) barnets bosituasjon (*med mor og far, med mor alene, med far alene, annet (beskriv)*), (f) antall barn i familien, (g) utfyllers høyeste utdanning, (h) utfyllers etniske bakgrunn og (i) hvor skjemaet ble fylt ut (*helsestasjon, barneverntjenesten, PP-tjenesten, annet (beskriv)*).

*To inngangsspørsmål*, som er nevnt innledningsvis, er utformet på en slik måte at de kan stilles alle foreldre uten å virke støtende, samtidig som de er ledende nok til å kunne fange opp eventuell bekymring rundt barnets oppførsel, foreldres egen trivsel og samspill mellom foreldre og barn. Intensjonen er å identifisere foreldre som strever med den daglige omsorgen for barnet, og som opplever utfordringer og/eller har bekymringer i spillet med barnet sitt. Spørsmålene i TIBIRs kartleggingsmodul ble utformet av et ekspertpanel bestående av tre spesialister i klinisk psykologi med lang erfaring med barn og ungdom henvist til psykisk helsevern. Ordlyden ble valgt for også å kunne imøtekomme og motivere familier som vanligvis ikke oppsøker hjelpetjenestene før barna har utviklet mer alvorlige symptomer.

**«Med flerportal-kartlegging unngår man å utsette barn og familier for omfattende kartlegging når det ikke er behov for det»**

Mors depresjon og foreldres oppfatning av at barnet har et vanskelig temperament, er sentrale risikofaktorer som predikerer eksternaliserende og internaliserende problemer hos barn (Shaw & Vondra, 1995; Vilsaint, Aiyer, Wilson, Shaw & Dishion, 2013). Spørsmålene er laget ut fra klinisk relevans, og tapper opplevelse av mangelfull mestring, som ofte henger sammen med lav selvfølelse og hjelpeløshet i foreldrerollen. Dersom foreldrene sier at de trives i rollen som mor/far, og avviser at de har utfordringer eller bekymringer for barnet, blir de kartlagt som «A». Dersom foreldrene svarer at de ikke trives i foreldrerollen og/eller bekrefter at de har utfordringer eller bekymringer for barnet, blir de kartlagt som «B». Uavhengig av klassifisering som A eller B, fyller foreldrene i denne studien ut ECBI og PSS. I den ordinære kartleggingen i TIBIR vil klassifiseringen som A eller B derimot avgjøre om kartlegger går videre til neste portal i kartleggingen eller ikke.

ECBI er mye brukt for å måle foreldrerapportert atferd hos barn og måler om barnet står i fare for å utvikle alvorlige atferdsproblemer (Eyberg & Pincus, 1999). ECBI er standardisert til norske barn mellom 4 og 12 år (Reedtz et al., 2008). Den består av 36 ledd som er delt i en intensitetsskåre som indikerer frekvensen av problematferden med svaralternativer på en 7-punkts Likert-skala, og en dikotom problemskåre som indikerer om foreldrene opplever atferden som et problem eller ikke. Summen av skårene viser hvilken grad av risiko barnet har for atferdsproblemer, og deles inn i kategoriene: (1) lav risiko / normal skåre (under 75-prosentilen), (2) moderat risiko / subklinisk skåre (fra 75- prosentilen) og (3) høy risiko / klinisk skåre (90- prosentilen og over).

PSS måler foreldrenes selvrapporterte stressnivå i foreldrerollen (Berry & Jones, 1995). Den består av 18 ledd om positive og negative sider ved å være forelder. Hvert ledd besvares på en skala fra 1 til 5. Skalaen skal fange opp ulike former for opplevd stress og er egnet til å skille mellom foreldre med barn uten spesielle utfordringer og foreldre som har barn med utviklings- og/eller atferdsproblemer. Totalskåren viser graden av stress hos forelderens og deles inn i (1) lav risiko / normal skåre, (2) moderat risiko / subklinisk skåre og (3) høy risiko / klinisk skåre.

## **Resultater**

### **Reliabilitet**

Cronbachs alpha for ECBI intensitetsskåre var  $\alpha = 0,936$  og  $0,943$  for problemskåren. De fleste *item-total* korrelasjoner var  $>0,50$ , som er regnet som stor. Ett ledd viste en lav *item-total* korrelasjon: «*Sengevæting*» (ledd 36,  $r = 0,03$ ). Cronbachs alpha for PSS var  $\alpha = 0,787$ .

### **Deskriptive analyser**

I utvalget ble 76 % av skjemaene besvart av mor, 22 % av far og 2 % av andre omsorgspersoner. Barna var 56 % gutter og 44 % jenter. Forelderens eller omsorgspersonens var i gjennomsnitt 35,9 år ( $SD = 6,21$ ), mens gjennomsnittlig alder på

barna var 5,3 år ( $SD = 1,76$ ). Bosituasjonen til barna fordelte seg på 73,1 % som bodde sammen med mor og far, 15,2 % som bodde med mor alene, og 0,7 % med far alene. Av barna hadde 11 % en annen bosituasjon, hvorav 4,8 % bodde hos mor og stefar og 6,2 % pendlet mellom mor og far. Hele 59,2 % hadde fylt ut skjemaet på helsestasjonen, mens de resterende fordelte seg på PMTO-team (12,2 %), PP-tjenesten (10,2 %), barneverntjenesten (8,8 %), skolehelsetjenesten/barnehage (7,5 %) og familiesentre (2 %). Tabell 1 viser gjennomsnitt og SD for ECBI og PSS.

**Tabell 1 Gjennomsnitt og standardavvik for ECBI og PSS**

VARIABEL	N	GJ.SNITT	$\Sigma$	MIN.	MAKS.
ECBI intensitetsskåre	132	107,39	27,74	54	177
ECBI problemskåre	116	5,94	7,59	0	28
PSS	139	32,34	7,61	18	63

### Inngangsspørsmålene

Andelen informanter som ble kartlagt som A, altså at de trives i foreldrerollen og avviser at de har problemer med barnet, var 64,6 %. Andelen som ble kartlagt som B, altså at de ikke trives i foreldrerollen og/eller bekrefter at de har utfordringer eller bekymringer for barnet, var 35,4 %. Tabell 2 viser fordelingen over inngangsspørsmålene fordelt på hvor skjemaet er fylt ut.

**Tabell 2 Fordeling av inngangsspørsmål på tjenestested**

	A	B
Hvor skjemaet er fylt ut	% (n = 95)	% (n = 52)
Helsestasjonen	87 (79)	13
PMTO-team	0	100 (18)
PP-tjenesten	47 (7)	53 (8)
Barneverntjenesten	15 (2)	85 (11)
Skolehelsetjeneste/barnehage	91 (10)	9 (1)
Familiesenter	0	100 (3)

Notat: A = trives i foreldrerollen og avviser bekymringer for barnet, B = trives ikke i foreldrerollen og/eller bekrefter bekymringer for barnet.

Inndelingen i risikogrupper fortøner seg som forventet for tjenestestedene som informantene er hentet fra (se tabell 3).

**Tabell 3 Inndeling i risikogruppe for ECBI og PSS**

	<b>ECBI INTENSITETSSKÅRE</b>	<b>ECBI PROBLEMSKÅRE</b>	<b>PSS</b>
Risikonivå	% (n = 132)	% (n = 116)	% (n = 138)
Lav risiko	59,1 (78)	60,3 (70)	92,1 (128)
Moderat risiko	10,6 (14)	12,9 (15)	6,5 (9)
Høy risiko	30,3 (40)	26,7 (31)	1,4 (1)

### Multipel regresjon

For å undersøke hvorvidt utfallet av inngangsspørsmålene predikerer variasjon i ECBI og PSS, ble det gjort hierarkiske multiple regresjoner. De variablene som korrelerte signifikant med ECBI og PSS (barnets alder (fra  $r=0,264$  til  $0,398$ ,  $p<0,001$ , der jo eldre barnet er, desto sterkere samvariasjon med utfallsmålene), barnets kjønn ( $r=-0,173$ ,  $p<0,05$  med ECBI intensitet, der det er sterkere samvariasjon mellom gutter og ECBI intensitet) og omsorgspersonens utdanningsnivå ( $r=-0,213$  med ECBI intensitet og  $-0,239$  med ECBI problemskåre,  $p<0,001$ , der jo lavere utdanning forelderen har, desto høyere korrelasjon med ECBI intensitet og ECBI problemskåre)), ble inkludert i analysene, sammen med to variabler vi antok også kunne forklare en unik signifikant varians (barnets bosituasjon og tjenestestedet der skjemaet ble fylt ut). Foruten inngangsspørsmålene forklarte disse variablene imidlertid ingen unik signifikant varians, og ble derfor ikke inkludert i de siste regresjonsanalysene.

Tabell 4 viser at de to spørsmålene forklarer 51 % av variasjonen i ECBI intensitetsskåre, 59 % av variasjonen i ECBI problemskåre, og 26 % av variasjonen i PSS.

**Tabell 4 Regresjonsanalyse av kartleggingens inngangsspørsmål på ECBI intensitetsskåre, ECBI problemskåre og PSS**

Variabel	<b>ECBI INTENSITETSSKÅRE (N = 132)</b>			<b>ECBI PROBLEMSKÅRE (N = 116)</b>			<b>PSS(N = 139)</b>		
	B	SE <sub>B</sub>	$\beta$	B	SE <sub>B</sub>	$\beta$	B	SE <sub>B</sub>	$\beta$
Svar på inngangsspørsmål	41,00	3,53	0,71	12,49	0,99	0,77	8,10	1,16	0,51
<b>R<sup>2</sup></b>	0,51			0,59			0,26		

	<b>ECBI INTENSITETSSKÅRE (N = 132)</b>	<b>ECBI PROBLEMSKÅRE (N = 116)</b>	<b>PSS(N = 139)</b>
t	11,62***	12,68***	6,98***
*** p <0,001			

## Diskusjon

Mange studier taler for betydningen av tidlig kartlegging og forebygging av atferdsproblemer, selv om ikke alle barn som viser tidlige tegn, opprettholder disse. Derfor er det viktig å ha valide måleinstrumenter for å fange opp gruppen av barn som er i risiko for vedvarende problematferd (Campbell, Spieker, Vandergrift, Belsky & Burchinal, 2010).

**«Spørsmålene er åpent formulert og kan stilles til alle foreldre, uten å virke støtende eller skape motstand»**

Med flerportal-kartlegging unngår man å utsette barn og familier for omfattende kartlegging når det ikke er behov for det. Store grupper kan innskrenkes gradvis med stadig færre individer som går gjennom en serie med vurderinger, slik at det er større sannsynlighet for at de som kartlegges ved den siste portalen, har den tilstanden det kartlegges for. Tilnærmingen er kostnadseffektiv ved at det første trinnet er lite ressurskrevende, og gjør det mulig å kartlegge et stort antall individer relativt raskt.

I vår studie testet og fant vi at svarene på de to innledende spørsmålene forklarer mellom 51 og 59 % av variasjonen i skårene på ECBI og 26 % av variasjonen på PSS. Dette betyr at det er en klar sammenheng mellom foreldrenes selvrapporterte trivsel i foreldrerollen og/eller at de opplever å ha utfordringer eller bekymringer for barnet sitt, og barnets risiko for alvorlige atferdsproblemer samt foreldrenes selvrapporterte stressnivå. Den første portalen i TIBIR-kartleggingen predikerer godt utfallet på den siste portalen, og dette tyder på at de to spørsmålene er tilstrekkelige og hensiktsmessige å bruke som et første trinn i en kartlegging.

Spørsmålene er åpent formulert og kan stilles til alle foreldre, uten å virke støtende eller skape motstand. Ved å stille spørsmålene der vi potensielt møter alle barn og deres foreldre, som på helsestasjonen, har vi mulighet til å identifisere barn og familier som trenger profesjonell oppfølging på et tidlig tidspunkt. Det vil imidlertid alltid være noen barn og familier som ikke blir fanget opp i en slik kartlegging. Klinikere er sentrale i å oppdage disse ved å være spesielt oppmerksomme på familier der foreldrene ikke er bekymret, men der den profesjonelle blir bekymret når de ser foreldre-barn-samspeillet.

I dagens forebyggings- og tidlig intervensjonsparadigme er det et økende behov for kartleggingsverktøy som er effektive, ressursbesparende og sensitive overfor de



intervensjonene det screenes for. Det trengs valide måleinstrumenter for å fange opp de barna som står i fare for å utvikle vedvarende atferdsproblemer (Campbell, Spieker, Vandergrift, Belsky & Burchinal, 2010), samtidig som man ønsker å minimere risikoen for falske positive og falske negative.

Denne studien viser at TIBIRs flerportal-kartleggingstilnærming effektivt kan identifisere barn som er i risiko for atferdsproblemer, noe som støtter funn fra tidligere studier av flerportal-kartlegging (August, Realmuto, Crosby & MacDonald, 1995; Dishion & Patterson, 1993; Walker et al., 2014).

## **Metodesvakheter**

Tjenestestedene som deltok i studien, var helsestasjoner, der alle foreldre potensielt kommer, men også PP-tjenesten, barnevernkontor og familiesentre, der det er naturlig å anta at de som møtte opp, allerede var henvist for et problem. Resultatene kan ha blitt påvirket av dette. I denne undersøkelsen var det imidlertid ønskelig å inkludere alle de tjenestestedene som innførte kartleggingsmodulen i TIBIR. Spørsmål nummer 2 ble valgt på bakgrunn av at det var ønskelig å tappe både foreldres eventuelle engstelse (*bekymringer*) i foreldrerollen og oppfatning av at rollen er krevende (*utfordringer*). Vi antok at ved å stille spørsmålet slik, ville det gi oss en god indikator på foreldrestress og barnets risiko for atferdsproblemer. Det kan imidlertid diskuteres om bare ett av ordene burde inkluderes, eventuelt om spørsmålet burde deles i to, slik at det til sammen ville være tre innledende spørsmål.

## **Videre forskning**

Kartleggingsundersøkelser innebærer alltid en risiko for falske positive og falske negative. I denne artikkelen har vi ikke rapportert kartleggingsinstrumentets sensitivitet og spesifisitet, men for å unngå feilaktige klassifiseringer bør dette undersøkes i nye studier. Falske negative funn kan føre til at barn med atferdsproblemer ikke får tiltak som kunne gitt positive utviklingsmuligheter, mens feilaktige positive klassifiseringer fører til kostnader for samfunnet og familien ved unødig behandling samt fare for stempling og andre potensielle negative effekter av behandling.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 4, 2016, side 268-275*

### **TEKST**

**Anette Arnesen Grønlie**

**Anett Apeland**, Atferdssenteret: senter for studier av problematferd og innovativ praksis as, Unirand as, Oslo

**Elisabeth Askeland**

KONTAKT: john.kjobli@atferdssenteret.no

**Terje Christiansen**

KONTAKT: a.a.gronlie@atferdssenteret.no

## Referanser

- Askeland, E., Apeland, A. og Solholm, R. (red.) (2014). PMTO. Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- August, G.J., Realmuto, G.M., Crosby, R.D. & Macdonald, A.W. (1995). Community-Based Multiple-Gate Screening of Children at Risk for Conduct Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 521-544.
- Berry, J.O. & Jones, W.H. (1995). The parental stress scale - initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 3, 463-472.
- Campbell, S.B. (1994). Hard-to-manage preschool boys: Externalizing behavior, social competence, and family context at two-year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 147-166.
- Campbell, S.B., Spieker, S., Burchinal, M. & Poe, M.D. (2006). Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 791-800.
- Campbell, S.B., Spieker, S., Vandergrift, N., Belsky, J. & Burchinal, M. (2010). Predictors and sequelae of trajectories of physical aggression in school-age boys and girls. *Development and Psychopathology*, 22, 133-150.
- Capaldi, D., DeGarmo, D., Patterson, G.R. & Forgatch, M. (2002). Contextual risk across the early life span and association with antisocial behavior. I Reid, J.B., Patterson, G.R. & Snyder, J. (red.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. (147-172), Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Newman, D.L. & Silva, P.A. (1998). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. I M.E. Hertzog & E.A. Farber (red.), *Annual progress in child psychiatry and child development: 1997* (319-331). Bristol, PA: Brunner/Mazel.
- Charlebois, M., Leblanc, M., Gagnon, C. & Larivee, S. (1994). Methodological issues in multiple-gating screening procedures for antisocial behaviors in elementary students. *Remedial and Special Education*, 15, 44-54.
- Coie, J.D., Lochman, J.E., Terry, R. & Hyman, C. (1992). Predicting early adolescent disorder from childhood aggression and peer rejection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 783-792.
- Dishion, T.J. & Patterson, G.R. (1993). Antisocial Behavior: Using a Multiple Gating Strategy. I Singer, M.I., Singer, L.T. & Anglin, T.M. (red.), *Handbook for Screening Adolescents at Psychosocial Risk*. (375-399), New York, NY, US: Lexington Books/Macmillan.
- Eyberg, S.M. & Pincus, D. (1999). *Child behavior inventory and Sutter-Eyberg student behavior inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Folkehelseinstituttet. Rapport 2013:4. Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak.
- Kilgus, S.P., Chafouleas, S.M., Riley-Tillman, T.C. & Welch, M. (2012). Direct behavior rating scales as screeners: A preliminary investigation of diagnostic accuracy in elementary school. *School Psychology Quarterly*, 27, 41-50.
- Lochman, J.E. & The Conduct Problems Prevention Research Group (1995). Screening of Child Behavior Problems for Prevention Programs at School Entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 549-559.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H. & Milne, B.J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14, 179-207.

Nærde, A., Janson, H., Ogden, T. & Zachrisson, H.D. (2014). Normative development of physical aggression from 8 to 26 months. *Developmental Psychology*, 50, 1710-1720.

Patterson, G.R. (1982). *Coercive family process*. Volume 3. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G.R., Reid, J.B. & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys* (Vol. 4). Eugene, OR: Castalia Publishing Company.

Patterson, G.R. & Yoerger, K. (2002). A developmental model for early- and late-onset delinquency. In Reid, J.B., Patterson, G.R. & Snyder, J. (red.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*. (147-172), Washington, DC, US: American Psychological Association.

Rambøll, A. (2012). *Afrapportering (2012). Analyse af de økonomiske konsekvenser på området for udsatte børn og unge*. Social- og Integrationsministeriet: København.

Reedtz, C., Bertelsen, B., Laurie, J., Handegard, B.H., Clifford, G. & Morch, W.T. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 31-38.

Shaw, D.S. & Vondra, J.I. (1995). Infant Attachment Security and Maternal Predictors of Early Behavior Problems: A Longitudinal Study of Low-Income Families. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 335-357.

Shaw, D.S., Winslow, E.B., Owens, E.B., Vondra, J.I., Cohn, J.F. & Bell, R.Q. (1998). The Development of Early Externalizing Problems Among Children from Low-Income Families: A Transformational Perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 95-107.

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.

Tremblay, R.E., Pihl, R.O., Vitaro, F. & Dobkin, P.L. (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Archives of General Psychiatry*, 51, 732-739.

Tremblay, R. (2010). Developmental origins of disruptive behavior problems: The «original sin» hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1341-1367.

Vilsaint, C.L., Aiyer, S.M., Wilson, M.N., Shaw, D.S. & Dishion, T.J. (2013). The Ecology of Early Childhood Risk: A Canonical Correlation Analysis of Children's Adjustment, Family, and Community Context in a High-Risk Sample. *The Journal of Primary Prevention*, 34, 261-277.

Walker, H.M., Small, J.W., Severson, H.H., Seeley, J.R. & Feil, E.G. (2014). Multiple-Gating Approaches in Universal Screening within School and Community Settings. In Kettler, R.J., Glover, T.A., Albers, C.A. & Feeney-Kettler, K.A. (red.). *Universal Screening in Educational Settings: Evidence-Based Decision Making for Schools*. (47-75), Washington, DC, US: American Psychological Association.