

MASTEROPPGAVE

MALK 5000

November 2015

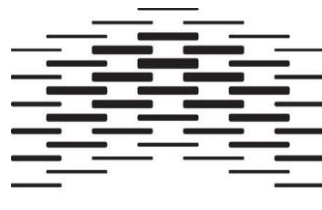
Effekt av systematisk foreldreveiledning i et seleksjonsperspektiv

Effect of systematic parent training in a selection perspective

Nina Stensland-Rørby

Fakultet for helsefag

Institutt for Atferdsvitenskap



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

Takk til:

Først og fremst vil jeg takke min arbeidsgiver i spesialisthelsetjenesten for muligheten til å gjennomføre mastergradsutdanningen. Jeg vil takke for velvilje og fleksibilitet som har gjort dette mulig.

Videre vil jeg rette en stor takk til Arne Terje Gulbrandsen, som gjennom nyttige og konstruktive tilbakemeldinger har gjort arbeidet med masteroppgaven lærerikt og inspirerende.

Til slutt vil jeg takke familien min, som gjennom forståelse og motivasjon har gjort arbeidet med denne masteroppgaven svært mye lettere.

Abstract

Systematic parent training programs targeting pivotal parenting skills are on demand in public health services in Norway. Article 1; *Systematic parent training - is it efficient and why?* examines some of the basic common features of three approved parent training programs, Parent Management Training Oregon (PMTO) (Solholm, Askeland, Christiansen & Duckert, 2005), The Incredible Years (Webster-Stratton, 2000) and Multisystemic Therapy (MST) (Henggeler S.W., Shoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D. & Cunningham, P.B., 2009). The article provides a systematic review of the individual conditions, features and significant effects of these parent training programs. Effects are interpreted in terms of selection by consequences as a mechanism of change. The summary of the effects shows that the three programs have effect on parental stress and children's behavioral problems on long and short term. There are however certain limitations in the programs to whether they are efficient toward specific groups, such as parent of children with autism spectrum disorders (ASD).

The second article; *Analysis of the effects of two parent training programs in a selection perspective* discusses the development and the results of two related parent skill building programs for parents of children with ASD at a section in a Hospital in the South-East of Norway.

Data were selected from inpatient records to explain and evaluate program efficiency. In addition, parents report from Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg & Ross, 1978) and Parent Stress Index Short form (PSI-SF) (Abidin, 1995) were collected pre and post of the program.

The results of the study showed that there was a total decrease in both parental stress, intensity in the children's problem behavior and in the degree the parents found it difficult to handle these behaviors. These results were consistent for all of the groups that took part in

these programs. The data however was not conclusive in respect to whether participating in these parent training programs had a long term effect measured as the frequency of needs for specialized services at a later point in time.

There is no statistical evidence in this study that the parent training program by themselves had the sufficient and necessary components to eliminate future needs for special health care services.

Keywords: Parent training, Selection by consequences, Pivotal parenting skills, Interaction, Parent Management Training Oregon, Multisystemic therapy, The incredible years, Autism spectrum disorders.

Innhold:

Tabelltitler artikkel I:	7
Tabelltitler artikkel II:	8
Figurtitler artikkel II.....	8
Artikkel I: Systematisk foreldreveiledning – er det effektivt og hvorfor?.....	9
Sammendrag.....	9
Introduksjon	10
Metode.....	12
Samhandling og utfordringer.....	12
Tre ulike programmer.....	16
Atferdsendring i et seleksjonsperspektiv.....	20
Diskusjon.....	23
Konklusjon	33
Referanser.....	35
Tabell 1. Antall artikler per søkeord	41
Tabell 2.Oversikt over intervensjoner, metodikk og effekt.....	42
<u>Artikkel II :</u>	
Analyse av effekt av to foreldreveiledningsprogram i et seleksjonsperspektiv	43
Sammendrag.....	43
Introduksjon	45
Foreldreprogrammene	49

Metode.....	54
Resultater.....	57
Diskusjon.....	65
Konklusjon	77
Referanser.....	79
Tabell 1. ECBI for hele utvalget	83
Tabell 2. ECBI kun gjennomført program	84
Tabell 3. ECBI, fordelt etter konsultasjonstall	85
Tabell 4. PSI-SF hele utvalget.....	86
Tabell 5. PSI-SF fordelt etter konsultasjonstall	87
Tabell 6. Korrelasjoner hele utvalget	88
Tabell 7. Korrelasjoner mellom antall konsultasjoner før programstart, ECBI og PSI-SF.....	89
Figur 1. Foreldreveiledningsprogrammet for barn	90
Figur 2. Foreldreveiledningsprogrammet for ungdom	91
Vedlegg 1. Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskaplige datatjeneste (NSD)	
Vedlegg 2. ECBI	
Vedlegg 3. PSI-SF	

Tabelltitler artikkel I:

Tabell 1: Antall artikler pr søkeord 12

Tabell 2: Oversikt over intervensjoner, metodikk og effekt 16

Tabelltitler artikkel II:

Tabell 1: ECBI hele utvalget	58
Tabell 2: ECBI kun gjennomført program	59
Tabell 3. ECBI fordelt etter konsultasjonstill	60
Tabell 4: PSI-SF hele utvalget	60
Tabell 5. PSI-SF fordelt etter konsultasjonstill	61
Tabell 6. Korrelasjoner hele utvalget	61
Tabell 7. Korrelasjoner mellom konsultasjoner før programmet, ECBI og PSI-SF	62

Figurtitler artikkel II

Figur 1: Foreldreveiledningsprogrammet for barn	50
Figur 2. Foreldreveiledningsprogrammet for ungdom	50

Artikkel I: Systematisk foreldreveiledning – er det effektivt og hvorfor?**Article I: Systematic parent training – is it efficient and why?****Sammendrag**

I 1997 ble det, etter omfattende undersøkelser på oppdrag fra Sosial- og Helsedepartementet og Barne- og Familiedepartementet, besluttet å implementere to evidensbaserte familieprogrammer i Barne-, Ungdoms- og Familieetaten (Bufetat), Parent Management Training Oregon (PMTO) og Multisystemisk terapi (MST). I tillegg ble programmet De utrolige årene implementert i to regioner.

Artikkelen er en gjennomgang av programmene. Informasjonen er hentet fra systematiske referansesøk og anvendelse av oversiktsartikler og nasjonal forskning på området. Funnene viser til at det er ulikheter både i teorigrunnet for de ulike programmene, alder på barna intervensjonene er tilpasset, samt intensitet av intervensjonene.

Oppsummeringen av resultatene for hvert av de tre programmene bekrefter at de er nyttige. Det er imidlertid ulike variabler som fører til variasjon i langtidseffekt av programmene. Særlig viser variabler som alder hos barnet, foreldrenes tilslutning til programmet, sosioøkonomiske variabler, psykisk helse hos foreldrene og egenproblematikk hos barnet å være betydningsfulle variabler for å kunne predikere effekt. Ved å anvende seleksjon ved konsekvenser som analysemodell, ser man på i hvilken grad de ulike komponentene i en samhandling, eller atferdskjede, står i gjensidig samvariasjon med hverandre, for deretter, ved endring av forsterkningsbetingelser, endre atferd.

Nøkkelord: Foreldretrening, Seleksjon ved konsekvenser, Grunnleggende foreldreferdigheter, Samhandling, Parent Management Training Oregon, Multisystemisk Terapi, De Utrolige Årene.

Introduksjon

På 1990-tallet kom man i Norge til den erkjennelse at kompetanse om forebygging og behandling av atferdsvansker var mangelfulle i de fleste regioner og kommuner i landet (St. meld. nr. 40, 2002). Etter Norsk Forskningsråd sin ekspertkonferanse i 1997 ble det utarbeidet en rapport med anbefalinger om hvilke tiltak som kan være effektive parallelt med individuelle tiltak for forebygging og behandling av atferdsvansker. Målsettingene i rapporten var:

1. Øke kunnskapen om alvorlige atferdsproblemer hos fagfolk og legfolk
2. Systematisk prøve ut lovende metoder i forebyggende og kurativt arbeid
3. Overføre resultater fra forsøksdriften til det eksisterende arbeidet med barn og ungdom med atferdsproblemer. (Barne-, - Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2001)

To intervensjoner ble valgt som landsdekkende tilbud; MST og PMTO. Som supplement til dette valgte også Troms og Sør-Trøndelag å implementere De utrolige årene (DUÅ) av Carolyn Webster – Stratton. Dette var et samarbeid mellom Regionsentrene for barn og unges psykiske helse ved Norges Teknisk- Naturvitenskaplige universitet (NTNU) i Trondheim, og Universitetet i Tromsø (UiT), poliklinikkene for barn og unges psykiske helse i de to byene samt barnevernets utviklingssentra i de to regionene (Fossum & Mørch, 2005).

Programmene ble valgt fordi forskningsgrunnlaget som ble anvendt dokumenterte positive effekter både for barna og familiene. Programmene har vist seg effektive på kort sikt (Borduin et al., 1995; Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Solholm et al., 2005; Reedtz, 2012), og det er vist at effektene opprettholdes over tid (Letourneau et al., 2013; Ogden & Amlund-Hagen, 2006; Fossum, Mørch, Handegård, Drugli & Larsson, 2009). Forskningen vektlegger også hvilke forutsetninger man bør ta hensyn til for å oppnå gode resultater og forhold som kan føre til en begrenset effekt av programmene (Littell, Campbell, Green & Toews, 2005; Fossum et al., 2009).

Problemstillingene er hvorvidt foreldreveiledningsprogrammer er effektive på reduksjon av uhensiktsmessige samhandlingsformer i familier og uønskete atferdsformer hos barn og unge, og i så fall hvorfor. Det er derfor undersøkt fellesfaktorer og ulikheter mellom programmene for å kartlegge felles kjernekomponenter. Videre er det søkt å finne ut hvorvidt programmene i seg selv er uttømmende for å kunne oppnå langvarige effekter. Artikkelen belyser hvordan man kan forklare effekt av programmene ut fra seleksjon ved konsekvenser som analysemodell.

Metode

Systematiske referansesøk

Det er i perioden januar-februar 2014 gjennomført systematiske referansesøk i to databaser, Cochrane Library og PsychINFO. Søkene er gjennomført med følgende søkeord; ”Parent Management Training Oregon”, “The Incredible Years”, “Multisystemic Therapy”, “effect”, “ long-term”, “selection by consequences” og “evaluation”. Søkeordene ble kombinert slik det framgår av tabell 1.

Som inklusjonskriterium er det valgt studier som refererer til systematisk evaluering av programmene, effekt og ulike variabler for grad av effekt. Studier som refererer til andre programmer enn de som er aktuelle for denne artikkelen, ble ekskludert.

Søkene utledet treff i oversiktsartikler (Cochrane) og studier av langtidseffekter (PsychINFO). Resultatet var begrenset til et mindre antall oversiktsartikler. Det ble derfor også søkt i titler og abstract i referanselistene i oversiktsartiklene og studiene av langtidseffekter som allerede hadde blitt inkludert. Disse studiene ble i sin tur vurdert etter inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Samhandling og utfordringer

God samhandling i familien starter med god samhandling mellom foreldre (Karlsen & Isaksen, 2008). God samhandling omfatter enighet om regler, å støtte opp under hverandres grensesettingstiltak og ikke motarbeide den andre part. Dersom foresatte med eller uten overlegg motarbeider hverandres oppdragelsesstrategier så øker sannsynligheten for konflikt i familien. I mange familier danner det seg over tid ”uheldige” samhandlingsmønstre og økende grad av konflikt enten mellom barnet eller ungdommen og foreldre, søsken eller andre betydningsfulle nærpersoner (Barne,- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2001). Mange foreldre kan derfor få behov for veiledning utenfra for å etablere eller gjenvinne den balansen som god samhandling skaper, og å styrke sine roller som foresatte i familien.

Interaksjonen kan forstås som dynamisk hvor individenes handlinger påvirker hverandre gjensidig. Gjensidighet og tilpasning til de skiftende behov og interesser som deltakerne i interaksjonen har, både som enkeltindivider og som familie eller system, kan opprettholde eller skape god samhandling. For å forstå familien og systemet den innebærer, må man som følge gjøre rede for de enkelte delene og deres relasjon til hverandre (Bar-Yam, 2003). Dette kan innebære kartlegging av de ulike representantene i familieinteraksjonen, hvordan de i daglig samhandling påvirker hverandre ved kommunikasjon og gjensidig samhandling. Videre vil kartlegging av mulige risikofaktorer være sentralt for å avdekke uheldige samhandlingsmønstre (Christensen & Mauseth, 2007). Slike samhandlingsmønstre i familien formes og opprettholdes av tradisjon og skrevne eller uskrevne regler internt i familien av typen ”slik gjør vi det i vår familie”. I familier der barn har utviklet atferdsvansker ser man oftere et negativt samhandlingsmønster basert på konflikt (Fossum & Mørch, 2005).

Det finnes ulike måter å tilnærme seg og forstå slike atferdsvansker hos barn og unge. Etiologi kan i noen tilfeller være av betydning for hvordan vanskene kan eller bør møtes. I noen tilfeller kan atferdsvanskene tilskrives en tilstand hos barnet eller ungdommen og gis en diagnose. I andre tilfeller er det resultat av negativ eller utviklingsskadelig samhandling over tid.

For at en tilstand kan kunne kalles en atferdsforstyrrelse etter diagnostiske kriterier innebærer det at atferden barnet eller ungdommen framviser må inneha spesifikke karakteristika. Den internasjonale diagnosemanualen ICD-10 definerer atferdsforstyrrelser som:

F91 Atferdsforstyrrelser

Forstyrrelse kjennetegnet ved gjentatt og vedvarende dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd med klare brudd på sosiale forventninger og normer i forhold til alderen. Atferdsforstyrrelsen er mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller

opprørstrang i ungdomsårene. Atferdsmønsteret varer ved over tid (seks måneder eller mer). Symptomer på atferdsforstyrrelser kan også være symptomatiske for andre psykiatriske tilstander, som i så fall får diagnostisk forrang.

Eksempler på atferd som diagnosen baseres på, omfatter uttalt slåssing eller tyrannisering, grusomhet overfor andre mennesker eller dyr, alvorlig ødeleggelsestrang, ildspåsettelse, stjeling, gjentatt lyving, skoleskulking eller rømning, uvanlig hyppige eller alvorlige raserianfall og ulydighet. Hvis disse atferdstrekkene er markerte, er hvert av dem tilstrekkelige for å stille diagnosen, mens enkeltstående dyssosiale handlinger ikke er nok.

(Helsedirektoratet, 2012).

Prevalenstillene for atferdsforstyrrelser varierer noe mellom ulike land. I USA er for eksempel prevalensen av diagnosen Oppositional Defiant Disorder (ODD) mellom 1 % og 11 %, med et gjennomsnittlig forekomsttall på 3,3 %. Forekomsten varierer med kjønn i et forholdstall på 1,4:1 mellom gutter og jenter. (American Psychiatric Association (APA), 2013). Til sammenligning er beregnet forekomst for ODD i Norge 1,8 %. Man ser også her betydelig overvekt av gutter (Skogen & Torvik, 2013). Atferdsvansker er høyt representert som henvisningsårsak til barne- og ungdomspsykiatrien (Fossum & Mørch, 2005).

Det er kartlagt flere risikofaktorer for utvikling av atferdsforstyrrelser hos barn. Hos barn og ungdom er intellektuelle forutsetninger, som nevropsykologiske vansker og IQ, medvirkende til utvikling av atferdsforstyrrelser i ung alder. Slike vansker innebærer problemer med begrepsdannelse, kontroll over oppmerksomhet, hukommelse og evne til planlegging (Fossum & Mørch, 2005). Dette fører blant annet til vansker med adaptiv fungering, selvstendighet i skolen, kommunikasjon og sosial fungering (APA, 2013).

Det vektlegges også tidspunkt for debut. Forskning viser at jo yngre barnet er når atferdsproblemene begynner å vise seg, jo større er risikoen for at barnet seinere utvikler alvorlige og mer dyssosiale atferdsproblemer (Webster-Stratton & Jamila, 2010). Man ser at i de tilfellene der atferdsforstyrrelser oppstår tidlig, er prognosene for bedring vesentlig dårligere enn der atferdsforstyrrelsene oppstår senere i utviklingen. Tidlig debut regnes i denne sammenheng før barnet har fylt ti år (Skogen & Torvik, 2013).

Faktorer utenfor barnet eller ungdommen selv påvirker også risikoen for utvikling av atferdsforstyrrelser. Eksempler på slike risikofaktorer kan være rusmisbruk i familien, psykiske vansker hos foreldre (Fossum & Mørch, 2005), eller konflikter i familien (Henggeler et al., 2009). Familier med slike belastninger er ofte preget av lav struktur og mangelfulle omsorgsbetingelser, som igjen bidrar til skjevutvikling hos barnet.

Man ser også en forhøyet risiko i familier der interaksjonen mellom foreldre og barn er preget av streng grensesetting (Webster-Stratton, 2000), eller at foreldrene ikke følger opp barnet i den grad barnet trenger det, ut fra alder og behov. Familiens sosioøkonomiske status og generelle aktivitetsnivå, som fritidsaktiviteter, har også vist seg å være faktorer som bidrar til økt forekomst av atferdsvansker hos barna (Kjøbli, Bjørknes & Askeland, 2012; Fossum, Handegård, Drugli & Mørch, 2010; Fossum et al., 2009).

Fossum og Mørch (2005) beskriver at eksponering for vold, enten i hjemmet eller via medier, avvisning og mobbing fra jevnaldrende og negativ påvirkning fra omgangskrets kan ses i sammenheng med forekomsten av atferdsforstyrrelser hos barn og ungdom.

Atferdsvansker er, som det framgår over, et resultat av samvariasjonen mellom kontekstuelle forhold i hjemmet, på skolen/barnehagen og i fritiden og de individuelle forutsetninger personen har (Barne,- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2001). Dette fordrer også at ulike vansker krever ulike tiltak. De tre programmene som gjennomgås i

artikkelen har flere fellestrekk, men er også avgrenset til ulike aldersgrupper og anvender ulike metoder for atferdsendring.

Tre ulike programmer¹

De utrolige årene

De utrolige årene er et systematisk og manualbasert foreldreveiledningsprogram som er utarbeidet av Carolyn Webster-Stratton ved Universitetet i Washington (Webster-Stratton, 2000). Manualen er utarbeidet for foreldre til barn med atferdsvansker, aldersgruppen 3-8 år.

Generelt for De utrolige årene er fokuset på at alle barn på et eller annet tidspunkt viser atferdsvansker i større eller mindre grad. Betydningen foreldreferdighetene har på utviklingen av disse, og graden av atferdsvansker er sentrale tema. Grunnlagsmaterialet omhandler å gi støttende råd og tips til foreldre til barn i den aktuelle aldersgruppen. Målsettingen er å bedre samhandling mellom barn og foreldre ut fra prinsipper om barneoppdragelse og psykologiske prinsipper om læring. Programmets vitenskapelige grunnlag er anvendt atferdsanalyse, utviklingspsykologi, sosial læringsteori og kunnskap om gruppeprosesser (Fossum & Mørch, 2005). Webster-Stratton (2000) refererer til det hun omtaler som ”regelen om oppmerksomhet” (s. 22). Dette omhandler prinsippet om at barn søker oppmerksomhet fra nære omsorgspersoner. Dersom de ikke får det ved å vise positiv og ønsket atferd, vil de søke til negativ og uønsket atferd, da noe oppmerksomhet er bedre enn ingen.

Foreldreprogrammet i De utrolige årene gjennomføres i gruppe. Av metodologiske virkemidler anvendes videovignetter som utgangspunkt for diskusjoner i foreldregruppen, rollespill for å trene på samspill med barnet og hjemmeoppgaver mellom sesjonene (Webster-Stratton, 2000). Hensikten med programmet er ikke å endre barnets atferd direkte, men å endre samhandlingsmønstrene i familien ved å styrke foreldrenes oppdragerkompetanse.

¹ Se tabell 2

Dette innebærer blant annet å lære foreldrene gode forsterkningsstrategier, riktig bruk av grensesetting og fokus på positiv samhandling. Man søker gjennom bruk av lek å vise foreldrene hvordan de kan etablere en god samhandling med barnet, og gi ros og oppmerksomhet (Fossum & Mørch, 2005).

I tillegg til foreldreprogrammene har De utrolige årene utviklet Dinosaurskolen, som skal styrke barnas sosial kompetanse, og etablere gode strategier for sinnemestring, samt et lærerprogram (De utrolige årene, 2014).

Parent Management Training Oregon

Parent Management Training – Oregon (PMTO) er utviklet av Gerald Patterson og kollegaer ved Oregon Social Learning Center i Oregon, USA (Solholm et al., 2005).

Metoden er en strukturert intervensjon rettet mot å øke foreldrekompetansen i familier der barn har begynt å framvise atferdsproblemer.

Aldersgruppen programmet er tilpasset til er 4-12 år. Programmet bygger på to teoretiske grunnlag, sosial interaksjonsteori, som omhandler hvordan mennesker interagerer med hverandre (Forgatch & Knutson, 2002) og sosial læringsteori. Dette omtales som SIL-modellen, *Social Interaction Learning Model* (Solholm et al., 2005). Modellen forklarer atferd som måten mennesker interagerer med hverandre på og hvordan individers atferd påvirker hverandre gjennom forsterkning. Med forsterkning menes konsekvenser av en atferd som øker sannsynligheten for at atferden skjer igjen under lignende forhold (Baum, 2005). SIL-modellen beskriver samhandling i hjemmet mellom foreldre og barn og beskrives som et perspektiv som omhandler utøvelse av antisosial atferd. Gjennom observasjon har barna fra tidlig alder av lært uhensiktsmessige atferdsformer. Spørsmålet som stilles ut fra denne modellen er hvorfor enkelte barn viser mer antisosial atferd enn andre (Solholm et al., 2005).

Familiene er preget av hyppig aversive hendelser og det som kalles forsterkningsfellen, ”the coercion modell”. Modellen beskriver en økende negativ spiral i

interaksjon mellom foreldre og barn. Programmet er derfor utviklet for blant annet å lære foreldrene å bryte slike atferdsmønstre i samhandling med barna. Behandlingen tar utgangspunkt i konsekvenser av negativt samhandlingsmønster over tid, og forsøker å erstatte de negative samhandlingsmønstrene med positive alternativer (Kjøbli, Drugli, Fossum & Askeland, 2012).

Behandlingen gjennomføres på klinikk av en trent terapeut. Foreldrene får ukentlige hjemmeoppgaver og barnet informeres kontinuerlig om endringer i rutiner. Man søker å involvere barna i størst mulig grad, men samtidig sørge for å ikke undergrave foreldrenes autoritet. (Solholm et al., 2005). Programmet vektlegger fem kjerneferdigheter hos foreldre som man søker å styrke og endre. Dette er grensesetting, problemløsning, positiv involvering, monitorering og oppmuntring i ferdighetstrening, dyktiggjøring av barnet (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Gjennom å etablere gode rutiner for problemløsning og samhandling mellom barn og voksne søker man å redusere bruk av streng grensesetting og en negativ samhandling

Det kreves av trenerne både god kunnskap om foreldreferdighetene som skal læres bort, og ikke minst hvordan tilpasse dem til de aktuelle foreldrene ut fra familiens behov og individuelle karakteristika. Videre må også terapeuten ha god formidlingsevne slik at de nye strategiene faktisk forstås og kan anvendes av foreldrene (Solholm et al., 2005). I Norge har metoden blitt implementert i barnevern og psykisk helsetjeneste for barn, og gjennomføres av trente PMTO-terapeuter (Ogden et al., 2012).

Multisystemisk Terapi

Multisystemisk terapi er rettet mot ungdommer mellom 12 og 18 år med alvorlige atferdsvansker eller kriminell atferd. Den anvendes ofte som et alternativ til institusjonsplassering. Bakgrunnen for dette er blant annet den ugunstige smitteeffekten ungdommer har på hverandre ved institusjonsplassering (Christensen & Mauseth, 2007).

Multisystemisk terapi sitt teorigrunnlag ligger i Bronfenbrenners utviklingsøkologi (Bø, 2012), som beskriver fire nivåer for samhandling. Det første nivået er mikronivået, som er det nivået barnet befinner seg i det daglige, som hjem og skole. Det andre nivået er mesonivået, som er det systemet som forbinder samspill mellom mikrosystemer. Eksonivået er det system som befinner seg utenfor barnets rekkevidde med som påvirkes av mikro- og mesosystemer. Det siste nivået er makronivået, som omhandler de politiske og kulturelle tradisjoner og endringer, som eksempelvis normer og lovverk. Modellen innebærer en helhetstenking der man ser på individet, atferd og miljø både hver for seg og som en del av en interagerende helhet. I direkte behandling anvendes terapiformer som kognitiv atferdsmodifikasjon, atferdsterapi og handlingsrettede familierapimodeller (Christensen & Mauseth, 2007).

Multisystemisk terapi ble utviklet av Scott Henggeler og kolleger ved Medical University of South Carolina. Metoden er basert på 9 hovedprinsipper. Det første er det Henggeler et al. (2009) beskriver som ”finding the fit” (s. 19) som omhandler det å kartlegge hvordan de identifiserte problemene henger sammen i en større kontekst. Programmet fokuserer videre på positiv vinkling i behandling og de enkelte involvertes styrker. Intervensjonene utformes på en måte som fremmer ansvarlig atferd og reduserer uansvarlig atferd hos familiemedlemmene (Christensen & Mauseth, 2007). Det skal være klare atferdsbeskrivelser, og kartleggingene bør inneholde hyppighet, varighet og de ulike involverte systemer. Det vektlegges viktigheten av å identifisere atferd, både innenfor og mellom de multiple systemene som bidrar til å opprettholde atferdsvanskene og tiltakene skal tilpasses ungdommens utviklingsnivå i hvert enkelt tilfelle. Programmet krever kontinuerlig innsats og evaluering, samt at intervensjonene utarbeides for å være generaliserbare og kunne gi langtidsresultater (Henggeler et al., 2009).

Det utarbeides strategiske mål å jobbe med ut fra den henviste atferden. På bakgrunn av henvisningsatferd og behandlingsallianse utarbeides overordnede mål og delmål for behandlingen. De aktuelle intervensjonene for å nå delmålene planlegges i detalj.

Ut over direkte intervensjoner i familien involveres også det utvidete nettverket, slik at målsettinger som å jobbe med redusere kontakt med antisosiale venner og øke kontakt med prososiale venner, bedre frammøte og prestasjoner på skolen, samt øke deltakelse i prososiale fritidsaktiviteter kan gjennomføres (Henggeler et al., 2009; Christensen & Mauseth, 2007).

Atferdsendring i et seleksjonsperspektiv

Ved å analysere atferd ved anvendelse av komponentene i det operante paradigmet, foranledning, atferd og konsekvens vil man kunne forklare systematiske sammenhenger eller sannsynlighet for samvariasjon for atferd som forekommer i en gitt form eller setting. Gjennom funksjonelle analyser av atferd kan man søke ved endring av betingelsene rundt individet, å endre individets atferd ved forsterkning og metoder for opplæring (Cooper, Heron & Heward, 2007). Dette gjøres ved å kartlegge hvorvidt forekommer under gitte betingelser, samt å kartlegge hvilke konsekvenser atferden oppnår. Analyser kan anvendes overfor enkeltpersoner eller grupper av mennesker for å blant annet forstå atferd i familier eller større systemer.

Familien og systemene rundt kan betraktes som adaptive systemer. Et adaptivt system er her en gruppe mennesker med tilknytning til hverandre som har den evne å tilegne seg kunnskap og en felles forståelse, samt utvikle tilnærmet ensartet atferd og samhandling (Axelrod & Cohen, 2000).

Ved å søke forklaringer på samhandling innen en familie kan man se på atferden som en etablert kulturell praksis, et resultat av *kulturell seleksjon* (Sandaker, 2010). Dette kan kalles det tredje nivået for seleksjon og beskriver overføringen, opprettholdelse og utviklingen av tradisjoner i sosiale miljøer og kulturer. Glenn (2003) beskriver enhetene som er gjenstand

for seleksjon som ”interlocking behavioral contingencies” (IBC), noe som kan omsettes til norsk som sammenvevde atferdskjeder. Sammenvevde atferdskjeder kan forstås som kjernen i kulturell praksis slik at flere individers atferd er det som videreføres, opprettholdes eller utvikles blant medlemmene i en gruppe. Denne analysemodellen kan være nyttig i forståelsen av familien og den dynamiske samhandlingen som foregår i et familiesystem.

Seleksjon som fenomen forklares ved at atferd selekteres, eller velges ut, ved sine konsekvenser (Sandaker, 2010). Burrhus F. Skinner (1981) beskrev seleksjon ved konsekvenser på tre nivåer, naturlig seleksjon, operant betinging og kulturell seleksjon. Naturlig, eller fylogenetisk seleksjon, beskriver endringer i genenes egenskaper, altså biologi. En forutsetning for at dette skal kunne skje er at det foreligger genetisk variasjon som gjør seleksjon av karakteristika mulig (Glenn, 2003). Naturlig seleksjon forklarer endring i genmaterialet over tid som gjør at arten innehar karakteristika som gjør det mer sannsynlig at den overlever i gitte omgivelser (Pierce & Cheney, 2004).

Operant betinging forklares som seleksjon av atferd avhengig av forsterkningsbetingelsene, ontogenetisk seleksjon (Skinner, 1981). Dette innebærer at det enkelte individs atferdsrepertoar endres av betingelsene som omgir individet. Til forskjell fra naturlig seleksjon omhandler dette også atferdsrepertoar og preferanser selektert ut fra hva som forsterkes. Analogt til Darwins teori er det den atferden som er den sterkeste i den sammenheng at den oppstår først, produserer hyppigst konsekvenser eller møter krav fra omgivelsene som selekteres (Reese, 2005a). Miljøet gir atferden en mulighet for forsterkning. Dette innebærer også variasjon i omgivelsene, da i form av variasjon i diskriminative stimuli (S^D), etablerende operasjoner (EO) og setting events. Etablerende operasjoner er forhold som øker effekten av forsterkeren, diskriminative stimuli er stimuli som oppstår umiddelbart før atferden oppstår, som bidrar til at ved gjentakelse av stimuli i forkant av atferd, signaliserer at atferd skal forekomme. Setting events er forhold som ligger til grunn for variasjon i respons

(Cooper et al., 2007). Eksempelvis vil dårlig nattesøvn være en setting event i forhold til hvordan men reagerer på en beskjed (S^D). Slike variasjoner kan også være interne, altså i individet, som følge av psykiske eller fysiske faktorer, eller på bakgrunn av tidligere læring (Reese, 2005b). Atferd som ikke forsterkes vil undergå ekstinksjon, opphør av forsterkning, og forsvinne (Pierce & Cheney, 2004).

Selve seleksjonsprosessen opererer syklisk på tre trinn; variasjon, seleksjon og retensjon (Donahoe, 2003). Variasjon innebærer de ulike atferdstopografiene, et utvalg av atferder eller responser, som ligger til grunn for seleksjon, hvilke atferder man skal prøve og feile med (Campbell, 1990). Gjennom seleksjon vil ulike varianter av atferden bli forsøkt før man ender med en atferdstopografi som er mer forenlig med forventninger eller normer. Eksempelvis kan man se for seg barn som i en gitt alder kan framvise trass, motstandsattferd. Denne atferden er ikke alltid like rasjonell, men den påvirker omgivelsene. Gjennom seleksjon etableres imidlertid nye varianter av atferd når barnet erfarer hvilke atferdsformer som er mer effektivt og ikke, hva som møtes med forsterkning. Samtidig vil alder være med å påvirke slik at man også ser hva som passer seg sammenlignet med andre og hvordan man blir møtt. Denne atferden ender i retensjon, en ny atferdstopografi, for så å ligge som grunnlag for en ny seleksjon (Donahoe, 2003).

De ulike foreldreprogrammene har som felles målsetting å endre samhandlingsmønstre i familiene som en enhet. Man søker således ikke å endre barnet eller ungdommens atferd isolert, men ser på atferdvanskene også som et resultat av uheldige samhandlingsformer innad i familien i tillegg til mulige individuelle utfordringer hos barnet eller ungdommen.

Det anvendes flere ulike metoder for å skape atferdsendring, blant annet forming av atferd, *shaping*. Dette innebærer å arrangere konsekvenser, eller forsterkning, for enkelte atferdsformer men ikke for andre (Catania, 2001) og atferden gjennom gjentatte forsøk blir

nærmere den ønskete målatferden gjennom sykluser av replikasjon, variasjon og konsekvenser fra omgivelsene (Hull, Langman & Glenn, 2001).

Ved å analysere virkemekanismer i foreldreveiledningsprogrammene i et seleksjonsperspektiv, analyseres familienes samhandlingsformer, IBC, som innebærer uønsket atferd og negativt samspill. Gjennom systematisk veiledning lærer foreldrene å endre komponentene i samhandlingen slik at ønsket atferd og positiv samhandling produserer hyppigere forsterkere enn uønsket atferd. Utfallet blir å endre familienes IBC gjennom seleksjon ved konsekvenser.

Diskusjon

PMTO, MST og De utrolige årene opererer med ulike inklusjonskriterier, hvem programmet er tilpasset for, måten det utføres og type intervensjon (Se Tabell 2). De skiller seg fra hverandre på kriteriene a) alder, b) alvorlighetsgrad av atferdsvansker og samhandlingsutfordringer, c) varighet, d) intensitet og e) gjennomføringsmodell. Mens PMTO og De utrolige årene er rettet mot barn i barnehage- og skolealder, henholdsvis 3-12 og 3-8 år, er MST rettet mot eldre barn og ungdom (12-18 år). Dette gjør at innholdet i programmene er tilpasset de ulike aldersgruppene i form av materiell (eg. leker, tema, samhandlingsform og involverte personer). Likeså er MST rettet mot unge med en alvorlig grad av atferdsforstyrrelse som påvirker ungdommen også på andre arenaer enn hjemmet, som skole og fritid, og nødvendiggjør involvering av eksempelvis lærere eller ytterligere behandlingsapparat.

Når det kommer til varighet av intervensjonene er det ikke store ulikheter. PMTO opererer med antall konsultasjoner, som varierer mellom 20-30, da gjerne 1 pr. uke. De utrolige årene har en beregnet varighet på 14-22 uker mens MST opererer med en tidsramme på 10-22 uker. Imidlertid er det store forskjeller i både intensitet og modell for veiledningen. MST og PMTO er begge individuelle terapiformer. MST retter seg mot den enkelte ungdom

og dennes familie og nettverk, og terapeuten er tilgjengelig til enhver tid for råd og veiledning. Veiledningen foregår i tett relasjon til ungdommens nærmiljø og involverer skole og venner. PMTO gis ved kliniske konsultasjoner i samarbeid med en trent terapeut, mens De utrolige årene er en gruppebasert tilnærming.

Kjernekomponenter

Kjernekomponentene i de ulike programmene er imidlertid atferdendring ved anvendelse av trening i effektive foreldreferdigheter og gode forsterkningsprosedyrer. Man søker gjennom kartlegging av samhandlingen i familien å analysere samspillet og avdekke hvilke strategier som anvendes i daglig samhandling, for så å endre på disse. Dette innebærer å kartlegge hvilke atferdskjeder som er etablert i samhandling, atferdsmønster og hvordan disse henger sammen som sammenvevde atferdskjeder. Som en sekundæreffekt av dette endres barnets eller ungdommens atferd som følge av forsterkerformidling kontingent på ønsket atferd.

Samtlige programmer beskriver det Patterson (1982) omtaler som "the coercion model" (gjengitt i Solholm et al., 2005) eller "the coercive process" (Fossum & Mørch, 2005). Dette omhandler på hvilken måte oppdragelsesstrategier er preget av inkonsistens og straffende grensesetting, som innebærer at foreldre tar i bruk aversive strategier kontingent på atferden til barnet (Solholm et al., 2005). Når et barn utviser antisosial eller negativ atferd anvendes straff eller press i en grad som igjen gjør at barnet utviser en annen type negativ atferd som respons. Dette fører til et gjentakende negativt samhandlingsmønster. Likeså er MST sterkt fundert på forståelse av praksis innad i familien, grensesetting og i hvilken grad anvendelse av forsterkning og straff påvirker atferden til de ulike medlemmene av familien (Henggeler et al., 2009).

I et seleksjonsperspektiv kan "the coercion model" forstås som variasjon, seleksjon og retensjon. Barnets atferd, variasjon, produserer en forsterker eller konsekvenser.

Konsekvensene selekterer enkelte av atferdene slik at noen av dem styrkes og opprettholdes ved retensjon. Resultatet av dette er en endring i de atferdstopografiene som barnet seinere viser. Dersom oppmerksomhet forsterker barnets atferd vil det være av stor betydning for foresatte å kunne formidle oppmerksomhet til konstruktiv og prososial atferd og ikke til destruktiv og antisosial atferd. Atferd selekteres og endrer form, til den som er mest effektiv i forhold til å produsere enkelte typer konsekvenser.

Ved å anvende seleksjon ved konsekvenser som analysemodell undersøkes det hvilke variabler som foreligger for forventet effekt i programmene. Dette vil innebære blant annet å definere hvilke mediatorer og moderatorer som ligger til grunn for effekt av tiltakene. Fossum et al., (2008) forklarer mediatorer som forhold som øker sannsynligheten for god effekt av tiltaket og bedring i samhandlingen i familien, mens moderatorer på sin side er forhold som vil kunne begrense effekten av tiltakene. Kjøbli et al., (2012) påpeker at den viktigste agenten for endring i foreldretrening er at foreldrenes atferd, både generelt i foreldreatferd og oppdragerpraksis spesielt, faktisk gjennomgår en endring. Dette innebærer også faktorer som påvirker effekten av foreldretreningen som psykisk helse hos foreldre og en reell endring i foreldrepraksis. De viser også til en studie gjennomført av Reyno & McGrath (2006) at ytterligere kontekstuelle faktorer som sosioøkonomisk status og mental helse hadde innvirkning på resultatene av foreldretreningen (gjengitt i Kjøbli et al., 2012).

Videre framkommer det ytterligere funn som peker på at enkelte komponenter i foreldretrening har større verdi og effekt enn andre. I PMTO og De utrolige årene omhandler dette særlig grensesetting i form av pausetid, og anvendelse av ros/oppmuntring og belønning (Kjøbli et al., 2012).

Seleksjon i adaptive systemer

Ved å forstå atferdsendring i familien som resultatet av seleksjon i adaptive systemer, beskriver Axelrod og Cohen (2000) fire nivåer for analyse.

Det første er å definere suksesskriterier. Dette omhandler viktigheten av å vite når man har oppnådd suksess i seleksjonsprosessen. Det bør settes mål for når man tenker at atferden, eller samhandlingen har nådd et nivå som er gunstig for videre læring og opprettholdelse av atferd. Å begrense variasjon er derfor vesentlig for å lykkes i veiledning. Dette innebærer også å begrense variasjon i foreldres atferd, slik at deres respons blir mer predikerbar for barnet.

Strategisk seleksjon er det andre nivå for analyse og har endring av strategi eller samhandlingsform som mål.

Det tredje aspektet er todelt. Man bør vurdere både hvorvidt agenter, i denne sammenhengen familiene, bruker mestringskriterier for å øke frekvensen av suksessfulle strategier, eller redusere frekvensen av mislykkete eller mindre vellykkete strategier, samt hvordan strategier som mottar anerkjennelse er kopiert, rekombinert eller destruert (Axelrod & Cohen, 2000). Dette innebærer forsterkningsstrategier, kommunikasjonsstrategier og interne regler for samhandling.

Danning av nye agenter eller strategier, eller bortfall av en agent eller strategi er det fjerde området for undersøkelse. Det forsøkes her å avdekke i hvilken grad man lykkes i å kopiere en strategi til et nytt system. Videre inngår også menneskers evne og ønske om å kopiere det som andre mennesker lykkes med, samt å merke seg hva som andre ikke mestrer for å dra lærdom av dette (Axelrod & Cohen, 2000).

Samlet sett innebærer dette å i første rekke kartlegge samhandling og atferdmønster i familien. Ved å kartlegge foranledninger for atferd, den spesifikke respons og konsekvens på atferd, lærer foreldrene hvilke mekanismer som bidrar til å opprettholde atferden hos barnet. Ved å etablere nye strategier for samhandling vil de erfare nytten av dette og foretrekke dette som effektive strategier. Det vil igjen gi dem større grunnlag for å sammenligne seg med

andre og oppleve mestring i foreldreferdigheter, noe som igjen fungerer forsterkende på foreldrene.

I atferdsanalytisk sammenheng anvendes DRI og DRA prosedyrer i innlæring av annen atferd. Dette er differensielle forsterkningsprosedyrer, noe som innebærer at en atferd forsterkes mens en annen ekstingveres (Cooper et al., 2007). Bakgrunnen for at dette ofte er brukt som metodikk er å unngå at man tar bort uønskete atferdstopografier uten å gi foreldre eller barna og ungdommene alternativer. DRA-prosedyre, differensiell forsterkning av alternativ atferd, innebærer forsterkning av atferd som er alternativ til den allerede foreliggende atferdsformen. Det å oppsøke prososiale aktiviteter kan være eksempel på et alternativ til antisosiale aktiviteter og miljøer, noe som kan utløse forsterkere innen MST (Henggeler et.al., 2009). En DRI-prosedyre, differensiell forsterkning av inkompatibel atferd, innebærer å forsterke atferd som er inkompatibel med den uønskete atferden. Effekten av slike prosedyrer viser at man vanligvis oppnår en økning av antall utførelser av den ønskete atferden, da denne leder til forsterkning (Cooper et.al., 2007). Dette er prinsipper som foreldrene lærer, og utsettes for både direkte og indirekte i de ulike programmene.

Læringsprosesser

Det finnes ulike måter å betrakte læringsprosesser på, og hva som skaper og etablerer læring. Glenn (2003) påpeker mennesket evne til læring som verbale responser på menneskers sosiale atferd. Vi anvender i det daglige tale eller annen form for verbal kommunikasjon enten for å tilegne oss informasjon eller for å kommunisere med andre. Verbalatferd kan forstås som tale alene, eller som i følge Skinner (1957) ikke utelukkende omhandler responsens form, men også konsekvensen den får. Verbal atferd er således i denne sammenhengen all kommunikasjon som inneholder komponentene sender og mottaker (Isaksen & Karlsen, 2013).

Vi lærer også gjennom sosial læring, som innebærer imitasjon. Når foreldre framviser en type atferd, vil barnet også imitere denne atferden i den tro at det er slik man skal samhandle. Som Webster-Stratton (2000) påpeker er det derfor at en negativ og streng oppdragelsesstil ofte fører til aggressive barn. I de ulike programmene, og særlig De utrolige årene, anvendes mye videovignetter, nettopp for at man skal kunne både få modellert hva man kan gjøre i en gitt situasjon, og også bli vist og seinere prøve selv under veiledning og rollespill hva som kan være alternative strategier.

Samtidig må man ta utviklingsnivå i betraktning når man skal forstå barns atferdsmønster (Stenberg, 2012). Barn utviser atferd som konsekvensmessig får de samme utfall som når voksne gjør det, men topografien er annerledes. Forsterkningsbetingelsene kan imidlertid være de samme. Gjennom seleksjon og forsterkning lærer barnet seg hvilke atferder som avleder hyppigst forsterker. Det er da naturlig at barnet i neste ledd framviser den atferd som sist har avgitt forsterker. På denne måten etableres det Glenn (2003) beskriver som ”culturo-behavioral lineages”, at barnet gjennom imitasjon av foreldrenes atferd etablerer et atferdsmønster som ser annerledes ut grunnet både alder, men også individets egenart, men har samme effekt. Det er denne imitasjonen som søkes reversert til at barna imiterer foreldrenes positive oppdragerstil og samhandling etter veiledning (Webster-Stratton, 2000).

Som en forutsetning for å skape endring er imidlertid at det foreligger variasjon (Hull et al., 2001). I samtlige foreldreprogram presenteres foreldrene for denne variasjonen, altså alternative samhandlingsmåter. De introduseres for disse og lærer hvordan de skal forsøksvis implementere dette i dagliglivet. Gjennom å utøve disse strategiene over tid etableres det en alternativ samhandling hjemme og man vil selekere denne atferden framfor den gamle, man foretrekker mer positiv samhandling. Dette forklares igjen med at ved positiv samhandling er det hyppigere oppnåelse av ønskete forsterkere istedenfor at man oppnår en samhandling basert på unngåelse. Det er imidlertid vesentlig å være seg bevisst differansen mellom

belønning og forsterkning. Ved bruk av belønning ligger det ingen forventning eller antagelse om at atferden vil gjenta seg ved tilsvarende omgivelser (Flora, 2004). Man kan derfor ikke anvende belønning og anta at dette vil ha en atferdsendrende effekt.

B.F. Skinner (1957) skrev: "Men act upon the world, and change it, and are changed in turn by the consequences of their actions." (s. 1). Dette er essensen i forståelsen av atferdsendring i et seleksjonsperspektiv. Ved å søke å endre familiers atferd ved å endre betingelsene atferden forekommer under, søker man indirekte å endre barnets eller ungdommens atferd. Man har ut fra kunnskap om de ulike familiene noen prediktorer for hvorfor samhandling skjer på gitte måter og hvorfor atferdsmønster etableres og opprettholdes.

Suksessfaktorer

For å lykkes med disse foreldreveiledningsprogrammene kan det derfor synes som noen indikatorer utmerker seg. For det første må det etableres gode rutiner for forsterkerformidling. Videre bør det kartlegges hvor kjerneutfordringene til de enkelte familiene er. Dette for å sikre at intervensjonen og strategiene blir passende opp mot den situasjonen de er i. Man ser også at grad av intensitet kan påvirke effekt, særlig mot svært utfordrende atferd (Ogden, 2002). En del av familiene som mottar veiledning i form av disse programmene er ofte i en stressituasjon og har behov for noen å kunne drøfte problemstillinger med, eller ventilere overfor. Flere av disse familiene vil derfor være i behov av ytterligere bistand ut over foreldreveiledning i en periode. I tillegg til intervensjonene vil det således være nyttig å vurdere hvorvidt det er behov for ytterligere tjenester til familiene, som helsesøster, fastlege eller andre kommunale eller mer spesialiserte tiltak.

Teoretisk forankring

Programmene er utviklet med bakgrunn i ulik teoretisk forankring. Multisystemisk terapi (MST) er fundert på en helhetlig forståelse av familien som et sosialøkologisk system

(Henggeler et al., 2009). Dette omhandler prinsipper om at ungdom både utvikles i og aktivt utvikler sine omgivelser. Det miljøet ungdommen er i til enhver tid påvirker ungdommen, og påvirkes igjen i en gjensidig prosess. Samtidig vektlegges det også de omgivelser, settinger som ungdommen ikke direkte er i kontakt med. Dette er begrunnelsen for at MST utføres i ungdommens nære relasjoner og omgivelser, overfor skole, familie og venner. (Christensen & Mauseth, 2007).

PMTO er til forskjell fra MST basert på sosial interaksjonsteori og sosial læringsteori. Det er utarbeidet med tanke på å endre atferdsmønstre i familiesettingene og det er en større grad av individuell behandling enn eksempelvis De utrolige årene. De utrolige årene er på sin side gruppebasert og manualbasert, men har til felles med de to andre programmene en målsetting om å endre barnets atferd indirekte ved å endre foreldrepraksis. Foreldrene gis kjøreregler og verktøy for å håndteres med de ulike atferdsproblemene, og skal selv, ved å endre egen atferd, bidra til at barnet endrer sin. (Webster-Stratton, 2000; Solholm et.al., 2005).

Effektstudier

Samtlige av programmene er evidensbaserte og resultater av programmene dokumenteres hovedsakelig i effektstudier. Noen av disse studiene er av varierende reliabilitet grunnet antall deltagere eller metodologisk anvendelse (Shepperd et al., 2009), mens andre er mer metodologiske og velfunderte (Kjøbli et al., 2012). Det foreligger imidlertid resultater for samtlige programmer om også effekt en tid etter programmets slutt (Ogden & Amlund-Hagen, 2006; Letourneau et al., 2013).

Effekt som undersøkes er umiddelbar effekt, og hvorvidt de endrete og forbedrete samhandlingsformene i familien opprettholdes over tid. Samtlige programmer viser til umiddelbar effekt i form av reduksjon i kriminell atferd, økt sosial kompetanse hos barnet, bedret psykisk helse hos foreldrene. I forhold til MST viser studier fra USA at programmet

har effekt både på samhandling i familien og ungdommenes og foreldrenes psykiske helse (Borduin et al., 1995). Når det gjelder norske forhold hevder Ogden og Halliday-Boykins (2004) at MST fører til økt sosial kompetanse hos samtlige deltakere, og at foreldrene var mer fornøyd med oppfølgingen enn foreldre som ikke hadde fått MST

Det er også gjennomført flere studier av effekten av PMTO. Studiene har det til felles at de viser en positiv og varig effekt av intervensjonene på grad av atferdsendring, både hos barnet selv, men også søsken (Solholm et.al., 2005). En randomisert kontrollstudie gjennomført av Ogden og Amlund-Hagen (2008) viser at de barna der foreldrene mottok PMTO viste færre eksternaliserende problemer, og lavere lærerrapportering på vansker, enn barn der foreldre ikke fikk PMTO.

Når det gjelder De utrolige årene ser man en tydelig sammenheng mellom gjennomføring av programmet og effekt på foreldrenes og barnets psykiske helse. De utrolige årene kan også vise til langvarig effekt av behandling fra flere studier både i USA og i Norge. Webster-Stratton, Rinaldi & Jamila (2011) viser til funn om tilsier varig effekt av behandling 8-10 år etter. Imidlertid understreker også disse behov for supplerende tjenester, særlig i de tilfellene der atferdsvanskene også var tilstede etter behandling, om enn i lavere grad. Over tid ser man imidlertid også her, til sammenligningen med PMTO, at ADHD er en signifikant prediktor for dårligere behandlingsresultat (Fossum et.al., 2009; Fossum et.al., 2010).

De utrolige årene er den eneste av programmene som er manualbasert. Noe av kritikken mot manualbaserte programmer, omhandler at de tar lite individuelle hensyn. Fossum & Mørch (2005) understreker derfor også viktigheten av at terapeutene har god faglig innsikt og evner å anvende manualene til det beste for den enkelte familie og deres spesifikke utfordringer. Dette krever også betydelig veiledning av klinikerne for å sikre høy faglig kompetanse, samt at manualene revideres for å unngå utdatering.

Letourneau et al., (2013) viser i sin studie av unge seksualforbrytere at effekten av MST opprettholdes på denne spesifikke atferden både etter ett og to år. MST har imidlertid ikke hatt varig effekt på annen kriminell atferd. I en oversiktsartikkel over 8 studier av MST rettet mot ungdom finner man ikke her klare funn som støtte for at MST gir signifikant effekt sammenlignet med andre terapiformer når det gjelder arrestasjoner og lovbrudd i tiltaksperioden, utflytting fra hjemmet eller arrestasjoner innen et år etter fullføring av programmet. Sammenligningsgrunnlaget er en kontrollgruppe bestående av ventelisteklienter, ungdom som ikke får behandling og de som mottar tradisjonell terapi og bistand (Littell et al., 2005).

Effekten av PMTO vedrørende eksternaliserende problemer viser seg også å være i oppfølgingsstudien etter to år (Ogden & Amlund-Hagen, 2006). Dette er sammenfallende med studier fra USA (Farmer, Compton, Burns & Robertson, 2002). De problematiserer imidlertid at noen av studiene de gjennomgikk ikke var entydige studier av PMTO, men at tilpasninger og endringer i programmet var gjort underveis.

I vurderingen av effekt er det flere komponenter som sammenfaller vedrørende de ulike studiene. Både i PMTO og MST vektlegges det betydningen av at programmet gjennomføres slik det er lagt opp til. I de tilfellene der behandlere holder seg stringent til prinsippene ser man bedre resultater både på kortere og lengre sikt (Ogden & Amlund-Hagen, 2006; Borduin et al., 1995).

Risikofaktorer for begrenset effekt

De ulike programmene problematiserer imidlertid også andre utenforliggende elementer som påvirker resultatet. Det være seg ADHD (Ogden & Amlund-Hagen, 2008), foreldrestress (Fossum et al., 2010) eller terapeutens trohet til programmet (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Henggeler (1992) påpeker en sammenheng mellom ulike risikofaktorer og utvikling av kriminalitet og rusbruk (gjengitt i Ogden, 2002).

Risikofaktorer som vektlegges i forbindelse med utviklingen av MST er kognitive vansker hos ungdommene selv, som lav IQ, eller vansker med sosial kognisjon. Noen ungdommer tillegger andre fiendtlige intensjoner eller har antisosiale holdninger. Andre risikofaktorer er sammenfallende som ved de andre behandlingsmetodene; manglende omsorg i familien, høyt konfliktnivå og manglende eller avvikende kommunikasjon mellom ungdom og foreldre. Nærmiljøproblemer omhandler ofte høy grad av mobilitet og kriminelle subkulturer (Ogden, 2002). Den systemiske intervensjonen som MST er, tar hensyn til hvordan samtlige deltakere bidrar til å opprettholde problemet, og analyserer hvilke funksjonelle sammenhenger det er i samhandlingen mellom de ulike individene.

Samlet sett viser forskning at de ulike programmene har positiv effekt på atferdsproblemer og foreldrenes opplevelse av stress og belastning. Flere studier viser også at effekten holder seg over tid. Det er imidlertid problematisert både hvilke kontekstuelle faktorer som bidrar til svekket effekt, og hvilke andre variabler, som psykisk helse og sosioøkonomiske variabler som kan bidra til en lavere effekt enn ønsket, og også eventuelt lavere grad av varighet av tiltakene (Kjøbli et al., 2012).

Konklusjon

Undersøkelsen avdekker to kjernekomponenter som utmerker seg for forventet effekt av samtlige programmer. Den første er trening av effektive foreldreferdigheter. Ved å lære foreldrene alternative samhandlingsformer ser man en atferdsendring hos barnet eller ungdommen som en sekundæreffekt.

Komponent to er effektive forsterkningsstrategier. Ved å definere potensielt effektive forsterkere og analysere samhandling i familien gjennom det operante paradigmet, avdekkes uhensiktsmessige strategier for samhandling. Man lærer foreldrene alternativer til samhandling ved å definere responser som kan ha en potensielt forsterkende effekt.

Det foreligger imidlertid moderatorer og mediatorer som påvirker effekten av foreldreveiledningsprogrammene både på kort og lang sikt. De mest sentrale er foreldrenes psykiske helse, sosioøkonomiske variabler, samt at foreldrene faktisk endrer atferd overfor barna eller ungdommen. Ved å anvende seleksjon ved konsekvenser som analysemodell avdekkes hvilke variabler som er betydningsfulle for å forstå samhandling i familien som sammenvevde atferdskjeder, som står i gjensidig forhold til hverandre.

Programmene problematiserer også forhold ved barnet selv, som ADHD og autismspekterforstyrrelser, som betydningsfulle moderatorer for effekt av programmene. Samtlige programmer kan dokumentere effekt, både på kort og lang sikt, de ulike kontekstuelle forhold tatt i betraktning.

Referanser

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV (5 Ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publication.
- Axelrod, R., & Cohen, M. D. (2000). *Harnessing Complexity. Organizational Implications of a Scientific Frontier*. New York: Basic Books.
- Barne,- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. (2001). *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge* (Rundskriv Q16/01). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-om-implementering-av-metoden-p/id108821/>
- Bar-Yam, Y. (2003). *Dynamics of Complex Systems*. Reading: Addison-Wesley.
- Baum, W. (2005). *Understanding Behaviorism*. Carlton: Blackwell Publishing.
- Borduin, C., Mann, B. J., Cone, L. C., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 569-578.
- Bø, I. (2012). *Barnet og de andre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Campbell, D. T. (1990). Epistemological roles for selection theory. I N. Rescher (Red.), *Evolution, Cognition and Realism* (s. 1-21). Boston: University Press of America.
- Catania, A.C. (2001) Three types of selection and three centuries. *International Journal of Psychology and Psychological therapy, 1* (2), 151-159.
- Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: Familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*(9), 1095-1106.

- Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2007). *Applied behavior Analysis*. Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
- De Utrolige Årene. (2014) Program for ansatte i skoler og barnehager, foreldre og barn. Hentet fra <http://dua.uit.no/> 30.10.14.
- Donahoe, J. W. (2003). Selectionism. I K. A. Lattal & P. N. Chase (Red.), *Behavior theory and philosophy*. New York: Springer Science + Business Media.
- Eyberg, S. M. & Ross, A.W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Farmer, E.M.Z., Compton, S.N., Burns, B.J. & Robertson, E. (2002) Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70 (6), 1267-1302.
- Flora, S. R. (2004). *The power of reinforcement*. New York: State University of New York Press.
- Forgatch, M. S., & Knutson, N. M. (2002). Linking basic and applied research in a prevention science process. I H. Liddle, G. Diamond, R. Levant, & J. Bray (Red.), *Family Psychology: Science-based Interventions* (s. 239-257). Washington DC: American Psychological Association.
- Fossum, S., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Mørch, W.-T. (2010). Utviklingen i barns utagerende atferd og mødres oppdragspraksis etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(7), 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(3), 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.
doi: 0.1111/j.1467-9450.2008.00700.x
- Glenn, S. S. (2003). Operant contingencies and the origin of cultures. I K. A. Lattal & P. N. Chase (Red.), *Behavior Theory and Philosophy*. New York: Springer Science + Business Media.
- Helsedirektoratet. (2012). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet 14.10.2014 fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>
- Henggeler, S. W., Shoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. 2. Ed. New York: Guilford Publications.
- Hull, D. L., Langman, R. E., & Glenn, S. S. (2001). A general account of selection: Biology, immunology and behavior. *Behavioral and Brain Science*, 24, 511-528.
- Isaksen, J., & Karlsen, A. (2013). *Innføring i atferdsanalyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karlsen, A., & Isaksen, J. (2008). *Foreldrelappen. Kjøreregler for en positiv barneoppdragelse*. Horten: Publicom Forlag.
- Kjøbli, J., Bjørknes, R., & Askeland, E. (2012). Adherence to brief parent training as a predictor of parent and child outcomes in real-world settings. *Journal of Childrens Services*, 7(3), 165-177.
- Kjøbli, J., Drugli, M. B., Fossum, S., & Askeland, E. (2012). Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får hjelp? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 145-149.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., McCart, M. R., Bourdoin, C. M., Shewe, P. A., & Armstrong, K. S. (2013). Two-Year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *Journal of Family Psychology*,

- 27(6), 978-985.
- Littell, J.J., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2005) Multisystemic therapy for social, emotional and behavioral problems in youth aged 10-17. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Doi: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- Ogden, T. (2002). Multisystemisk behandling av atferdsproblemer - teori og forskningsgrunnlag. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2(2), 39-58.
- Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2006). Multisystemic treatment of serious behavior problems in youth: Sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 142-149.
- Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway. A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621.
- Ogden, T., Bjørnebekk, G., Kjøbli, J., Patras, J., Christiansen, T., Taraldsen, K., & Tollefsen, N. (2012). Measurement of implementation components ten years after a nationwide introduction of empirically supported programs - a pilot study. *Implementation Science*, 7(49).
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 77-83.
- Pierce, W.D & Cheney, C.D. (2004) *Behavior analysis and learning*. 3. Ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Reedtz, C. (2012). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(12), 1174-1179.
- 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(1), 31-38.
Doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00621.x
- Reese, H.W. (2005a) A conceptual analysis of selectionism: Part I. *Behavioral Development Bulletin*, 12(1), 8-12. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100555>.
- Reese, H.W. (2005b) A conceptual analysis of selectionism: Part II. *Behavioral Development Bulletin*, 12(1), 13-16. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0100556>.
- Sandaker, I. (2010). Et seleksjonsperspektiv på atferdsendring og læring i systemer. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. teori og praksis* (s. 471-485). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Shepperd, S., Doll, H., Gowers, S., James, A., Fazel, M., Fitzpatrick, R., & Pollock, J. (2009). *Alternatives to inpatient mental health care services for children and young people*. (Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews (2).
doi:10.1002/14651858.CD006410.pub2
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice hall.
- Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(4507), 501-504.
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge*. *Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Hentet fra:
<http://www.fhi.no/dokumenter/de3ab474a7.pdf>
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training - Oregonmodellen (PMTO). Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(7), 587-597.
- Stenberg, N. (2012). Identifisering av autismspekterforstyrrelser: Tidlige tegn og differensialdiagnostiske utfordringer. *Autisme i dag*, 39(1), 3-10.
- St. meld. nr. 40. (2002). *Om barne- og ungdomsvernet (2001-2002)*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-40-2001-2002->

/id471124/?q=st%20meld%20nr%2040&ch=1.

Webster-Stratton, C. (2000). *De utrolige årene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Webster-Stratton, C., & Jamila, M. R. (2010). The incredible years parents, teachers and children training series. A multifaceted treatment approach for young children with conduct disorder. I R. John & A. E. Kazdin (Red.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (2 ed., s. 194-210). New York: Guilford Press.

Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Jamila, M. R. (2011). Long term outcomes of incredible years parenting program: Predictors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16(1), 38-46.

Tabell 1. Antall artikler per søkeord

Søkeord	Antall treff Cochrane Library	Antall treff PsychINFO
1. Parent Management Training Oregon	13	72
2. Multisystemic Therapy	4	1287
3. The Incredible Years	1	697
4. Selection by consequences	340	182
5. Parent management Training Oregon + effect	10	0
6. Parent management Training Oregon + evaluation	2	0
7. Multisystemic Therapy + effect	4	3
8. Multisystemic Therapy + evaluation	8	0
9. The Incredible Years + effect	1	0
10. The Incredible years + evaluation	1	1
11. The Incredible Years + long-term	1	1
12. Multisystemic therapy long-term	1	2
13. Parent Management Training Oregon long-term	1	0

Tabell 2.Oversikt over intervensjoner, metodikk og effekt

	MST	PMTO	De utrolige årene
Aldersgruppe	12-18	4-12	3-8 år
Inntakskriterier	Alvorlige atferdsvansker/ kriminell atferd	Atferdsvansker hos barnet Samhandlingsvansker i familien	Forebyggende arbeid Atferdsvansker hos barnet Samhandlingsvansker i familien
Teorigrunnlag	Bronfenbrenners utviklingsøkologi	Sosial interaksjonsteori Sosial læringsteori	Anvendt atferdsanalyse Utviklingspsykologi Sosial læringsteori Kunnskap om gruppeprosesser
Metodikk	Individuell behandling Kognitiv atferdsmodifikasjon Atferdsterapi Handlingsrettede familieterapimodeller	Individuell behandling Kliniske terapitimer Hjemmeoppgaver	Gruppebehandling Videomodellering Hjemmeoppgaver
Varighet	12-20 uker	20-30 konsultasjoner	14-22 uker
Effekt lang sikt	Vedvarende effekt etter to år på spesifikke atferdsavvik, men ikke på kriminell atferd i sin helhet	Positiv og varig effekt både hos barnet selv, men også søsken.	Varig positiv effekt på barnet og foreldrenes psykiske helse
Effekt kort sikt	Økt sosial kompetanse Positiv effekt på samhandling i familien	Økt positiv samhandling	Økt positiv samhandling
Moderatorer	Effekten er anhengig av hvor stringent terapeuten forholder seg til programmet Kognitive vansker Manglende omsorg Nærmiljøproblemer Ikke egnet for mennesker med ASF	Sosioøkonomisk status Psykisk helse hos foreldrene ADHD Foreldrestress	Sosioøkonomisk status Psykisk helse hos foreldrene ADHD

Artikkel II.

Analyse av effekt av to foreldreveiledningsprogram i et seleksjonsperspektiv

Analysis of the effects of two parent training program in a selectionperspective

Sammendrag

Som en konsekvens av erkjennelsen av at veiledningstilbudet til foreldre til barn og ungdom med autismspekterforstyrrelser (ASF) har vært mangelfullt ble det utarbeidet to foreldreveiledningsprogram ved en avdeling ved et sykehus i Sør-Norge. Studien belyser noen effekter av disse tilbudene og det tas utgangspunkt i et seleksjonsperspektiv i forståelsen av endringene i foresattes vurderinger av stress og belastning, samt deres vurderinger av atferdsutfordringer hos deres barn/ungdommer. Studien ble vurdert og godkjent som et kvalitetssikrings- og fagutviklingsarbeid av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Foreldreprogrammene er manualbaserte program og er i sin helhet utviklet ved avdelingen, etter mal fra De utrolige årene (Webster-Stratton, 2000). Programmene er tilpasset foreldre til barn og ungdom med ASF både ved virkemidler og opplæringsstrategier som møter de spesifikke utfordringene disse familiene har. Målet med tilbudene er å styrke foreldrenes samhandlingsferdigheter og å redusere deres opplevelse av belastning ved å være foreldre til barn eller ungdom med ASF.

Studien omfatter hvordan deltagelse i disse foreldreprogrammene påvirker foreldrenes opplevelse av stress ved å være foreldre til barn eller ungdom med ASF, og hvordan deltakelse i programmene påvirker deres opplevelse av intensitet og belastning relatert til barnas og ungdommens atferdsutfordringer. Videre undersøkes varighet av effektene, målt som frekvens av nye behov for spesialiserte helsetjenester etter at de har gjennomført et slikt tilbud.

Data ble innhentet fra avdelingens journalsystem, samt fra foreldrerapporteringsskjema før oppstart og etter gjennomføring av programmene.

Redskapene som ble benyttet var Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) (Eyberg & Ross, 1978), og Parent Stress Index- Short Form (PSI-SF) (Abidin, 1995).

Resultatene viser at programmene har en positiv effekt både på foreldrenes egenopplevelse av stress og belastning, samt en konsistent rapportering om nedgang i uønsket atferd hos deres barn eller ungdom. Det framkom ikke entydig sammenheng mellom foreldrenes vurderinger av effektene av tilbudene og deres behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten senere.

Nøkkelord: Systematisk foreldreveiledning, Anvendt atferdsanalyse, Seleksjon ved konsekvenser, Autismespekterforstyrrelser

Introduksjon

Det å få et barn med funksjonshemming innebærer at foreldrene blir satt i en ekstra krevende posisjon som omsorgsgivere. Graden av funksjonshemming korrelerer ofte med behovet for oppfølging og bistand fra det offentlige tjenestesystemet. Familiens opplevelse av mestring påvirkes av hvor virksomme foreldrestrategiene oppfattes å være og hvor tilgjengelig vanskene de har er i daglig samhandling. I tillegg vil foreldrenes forståelse og handlingsstrategier variere fra familie til familie også når de har lignende hverdagsutfordringer (Grue, 2011). Når tilstanden og vanskene som følger av den er varig, som ved ASF, kan dette virke overveldende, og samtidig bidra til motivasjon for systematiske endringer i samhandling i hjemmet.

ASF er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse og defineres i den internasjonale diagnosemanualen ICD-10 som:

F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

Gruppe lidelser kjennetegnet ved kvalitative avvik i sosialt samspill og kommunikasjonsmønstre, og ved et begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Disse kvalitative avvikene er gjennomgripende trekk i individets fungering ved alle typer situasjoner.

(Helsedirektoratet, 2012)

I mange tilfeller er utviklingen avvikende allerede fra spedbarnsalderen, og oftest er den manifest i løpet av de fem første leveår. ASF er inndelt i undergrupper etter diagnostiske kriterier og atferdsmessige trekk (Munkhaugen & Larsen, 2012).

Det er særlig tre grunnleggende ferdighetsområder hos mennesker med ASF som skiller seg ut som lite utviklete, og som derfor må forsøkes styrket eller kompensert gjennom utarbeidelse av tiltak og strategier for samhandling. Vansker med kommunikasjon, læring ved imitasjon og felles oppmerksomhet utgjør noen av forutsetningene for sosial orientering,

sosial deltakelse og gjensidighet i samhandling. Tiltak og strategier må innrettes slik at styrking av mangelfulle ferdigheter på disse områdene kan tilpasses individuelle behov og bidra til økt mestring hos personer med ASF og deres nærpåsoner.

I Skinners (1957) definisjon av kommunikasjon omhandler dette all form for kommunikasjon, både tale og non-verbal kommunikasjon. For noen innebærer det avvikende talespråk enten ved fravær av talespråk eller ved stereotyp, repeterende språk. Enkelte har også et språk preget i større eller mindre grad av umiddelbar ekkotale, med lite egen spontan kommunikasjon (Munkhaugen & Larsen, 2012). De fleste mennesker med ASF har også uttalte svekkelser i bruk av non-verbal kommunikasjon, som anvendelse av blikk og gester, samt å forstå og tolke andres gester og ansiktsuttrykk.

Disse uttalte kommunikasjonsvanskene krever en spesiell tilrettelegging i samhandlingssituasjonen (Taylor & McDonough, 1996). For mange barn og unge med ASF vil dette kunne innebære at man søker å ha en tydelig kommunikasjonsstil. Dette kan omfatte bruk av beskrivende beskjeder, kommentering av hva barnet gjør, samt å tydeliggjøre hva man ønsker ved bevisst bruk av intonasjon og ordvalg. For mange vil også supplerende hjelpemidler i kommunikasjon være nyttig, som visuelle eller tekniske hjelpemidler som støtte.

Læring ved imitasjon er også en av de ferdighetene som er sterkt svekket hos mennesker med ASF (Stenberg, 2012). Det å late som, herme etter eller leke fantasifullt med leker er en manglende ferdighet hos mange av disse barna og ungdommene. Dette innebærer også å ta etter andre og lære ved observasjon.

Den siste hovedutfordringen i å lykkes med nylæring hos mennesker med autismespekterforstyrrelse er vanskene de har med felles oppmerksomhet (Munkhaugen & Larsen, 2012). Det å ha et felles fokus og vise evne til å sette seg inn i hva en forelder lekekamerat eller samtalepartner interesserer seg for, samt å tone seg inn på hvorvidt det man

snakker om er interessant for den andre part er en vanlig vanske hos mange mennesker med ASF. Dersom man ikke har gjort seg kjent med hvordan vanskene kommer til uttrykk hos det enkelte barnet eller ungdommen, vil gjensidig samhandling kunne være utfordrende for både foreldre og andre i personens nettverk.

Mange med ASF mislykkes således i sosial interaksjon enten ved å ikke ta initiativ eller ikke respondere adekvat. Samtidig innebærer også tilstanden en betydelig svekkelse i å forstå relasjoner og både etablere vennskap men også å opprettholde dem eller avslutte dem adekvat (American Psychiatric Association (APA), 2013).

Det finnes i dag ingen medisinsk ”kur” for ASF, men man ser av forskning at både tidlig identifisering av tilstanden og tidlig intervensjon ved tiltak har betydning for utviklingen til barnet, og grad av funksjonsvansker (Munkhaugen & Larsen, 2012).

Som en følge av de sammensatte vanskene, er barn og unge med ASF i behov av særlig tilrettelagt samhandling. Utfordringene ved ASF nødvendiggjør tilpasset kommunikasjon og muligheter for forutsigbarhet og struktur i tilrettelegging av miljøbetingelsene. De viktigste støttepersonene til barn og unge med ASF er foreldrene. Mange av disse opplever vansker i daglig samhandling på grunn av barnet eller ungdommens vansker med å etablere ferdigheter på lik linje med andre barn. De gjennomgripende vanskene fører for mange til at samhandlingen i familien er preget av grensesetting, og uønsket atferd, fordi barnet eller ungdommen ikke oppfatter kommunikasjon og samhandling slik man skulle forvente ut fra deres alder. Dette nødvendiggjør endring av samhandlingsform i familien og særlig trening på etablering av sosiokommunikative ferdigheter hos både barnet eller ungdommen, og foreldrene.

Trening i foreldreferdigheter har vært anvendt systematisk i en årrekke ved programmer som De utrolige årene, Parent Management Training Oregonmodellen (PMTO) og Multisystemisk Terapi (MST). Disse programbaserte foreldreveiledningstilbudene har

imidlertid vist seg å ha begrenset effekt overfor foreldre til barn og ungdom med ASF (Christensen & Mauseth, 2007; Ogden, 2002) og ADHD (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Kombinasjonen av mangelfulle effekter av programbaserte tilbud for foresatte til barn og ungdom med ASF, økte forventninger til brukermedvirkning, økte krav til tydelighet i behandlingslinjer og innrømmelsen av å ha et for lite utviklet tilbud til foresatte bidro på hver sine måter til å styrke behovet for å etablere og prøve ut et foreldreveiledningsprogram ved avdelingen, som var spesifikt rettet inn mot foreldrene barn og unge med ASF. Arbeidet ble gjennomført som en del av kvalitetssikringen av fagutviklingsarbeidet og bygger både på beskrivelser av behandlingstilbudet, som gir grunnlag for vurdering av behandlingsintegritet, og informasjon som er innhentet gjennom standardiserte spørreskjema fra informantene.

Problemstilling

Hensikten med denne undersøkelsen er å studere effekten av deltagelse i foreldreveiledningsprogrammene for foreldre til barn og ungdom med ASF. Det er ønskelig å se hvilken effekt programmet har i seg selv. Med effekt anvendes i denne sammenhengen både foreldrenes opplevelse av endring i stress og belastningsfaktorer umiddelbart etter veiledningsslutt, samt hvorvidt det er behov for framtidige tjenester fra spesialisthelsetjenesten eller ikke. Effekt av foreldreprogrammet, virkemidler og tilnæringsmåte er analysert i et seleksjonsperspektiv.

Foreldreprogrammene

Utviklingen av foreldreveiledningstilbudene som behandles her er inspirert av måten *De utrolige årene* (Webster-Stratton, 2000) er bygget opp på, på flere måter. For eksempel foregår gjennomføringen av tilbudene i en fast rekkefølge etter en håndbok (de er manualbaserte), med faste deltakere i gruppe over et på forhånd bestemt antall møter. Programmene ble utviklet og tilpasset de behovene som foresatte til barn og unge med ASF og deres foreldre ofte har. Tilbudene reflekterer kjerneutfordringer ved ASF som vansker ved kommunikasjon, gjensidighet i sosial atferd, rigiditet og sneverhet i atferd og interesser. Strategier for tydelighet i kommunikasjon, sosial deltakelse og utvikling av tilrettelagte motivasjonssystemer er blant de mest sentrale komponentene i tilbudene. Gjennom hele veiledningsforløpet anvendes det videoopptak av samhandling mellom foreldrene og deres barn/ungdom. Opptakene knyttes til det temaet og de arbeidsoppgavene som de foresatte har fått for uken. Eksemplene som de foresatte har laget anvendes som utgangspunkt for drøfting i gruppeveiledningen. Hjemmeoppgaver, rollespill og trening på spesifikke ferdigheter inngår som systematiske virkemidler gjennom opplæringstilbudene.

Inntakskriteriene er at barnet eller ungdommen må være henvist avdelingen grunnet en foreliggende autismspekterforstyrrelse, og vansker som medfører behov for spesialiserte tjenester. Veiledningen gis enten som eneste behandlingstilbud eller som et ledd i mer omfattende tiltak rundt pasienten. Før programmene starter blir alle som har søkt invitert på informasjonsmøte. Informasjonen de mottar omfatter beskrivelser av alle sider ved tilbudet slik som antall møter, regelmessighet/tidspunkter, antall deltakere, arbeidsform, arbeidskrav og forventninger til gjennomføring. I tillegg gis det informasjon om bakgrunn for tilbudet og tidligere resultater av programmene. Informasjonsmøtet inkluderer også anmodning om bidrag til systematisk datainnsamling for kvalitetssikring, og foreldrene gis anledning til å

avbryte programmene dersom forholdene ikke lenger ligger til rette for gjennomføring. De får også anledning i etterkant av møtet å takke nei til tilbudet de mottar.

Tilbudene er organisert med utgangspunkt i barnas alder, slik at programmet for barn rekrutterer foresatte til barn mellom 6 og 12 år, og ungdomsprogrammet rekrutterer foresatte til ungdom mellom 12 og 18 år. Av praktiske og dynamiske forhold ved gruppebaserte tilbud ble det vurdert hensiktsmessig å avgrense gruppestørrelsen slik at maksimalt antall deltakere ikke overstiger foresatte til 7 barn eller ungdommer. Dette bidrar til å gjøre det mulig å gi direkte veiledning og individuell tilpasning etter behov til hver av deltakerne som et ledd i tilbudet. Veiledningstilbudene strekker seg over 2,5 timer en gang i uken over 12 uker. Programmene gjennomføres to ganger i året, i vårsemesteret og i høstsemesteret.

Veiledningsøktene gjennomføres slik det beskrives i manualen for programmene. Det er faste rammer og kjøreregler, med innlagte pauser. Det vektlegges at timeplanen holdes og at samtlige viser respekt for tidsskjemaet, ikke kommer for seint og overholder pausetid. Veiledningene følger fast dagsorden, der man starter med rapport fra hjemmeoppgavene. Etter en 30 minutters pause presenteres dagens tema, før en oppsummering og presentasjon av hjemmeoppgaven til neste gang.

Teorigrunnlag

Veiledningsprogrammene er systematiske og bygger på anvendt atferdsanalyse. Programmene etterstreber å anvende oppgaveanalyse, ved å bryte ned atferdskjeder til identifiserbare enkeltkomponenter som kan være gjenstand for påvirkning og endring. I programmene anvendes teknikker som forsterkning, ekstinksjon og graderte hjelpebetingelse (prompt) i etableringen av alternative foreldreferdigheter. Programmene er bygget opp i tre hoveddeler: Positiv samhandling, opplæring i atferdsanalytiske prinsipper og reaktive strategier (for en skjematisk oversikt se figur 1 og 2). Omfanget for behandlingen av temaene er noe ulik de to programmene imellom.

Programmenes oppbygning

Atferdsobservasjoner og effektive beskjeder. Positiv samhandling og det å endre samhandling som har gått i stå er det overordnede målet for intervensjonene. Motivasjon er kritisk viktig for å kunne lykkes med sosialpedagogiske virkemidler. Barn og unge med ASF lar seg som oftest ikke motivere tilstrekkelig av vanlig sosial anerkjennelse og lar seg i mindre grad korrigere av ordinære grensesettingstiltak. Det viser seg derfor oftest nødvendig å etablere eller videreutvikle individuelle motivasjonssystemer eller motivasjonsstrategier for hver enkelt av deltakerne. Den første delen av programmene omhandler derfor observasjon av atferd og styrking av atferd. Denne delen varer de tre første ukene av programmet for barn og fire uker for ungdomsgruppa.

I denne innledende delen lærer foreldrene hvordan de skal observere atferd og beskrive den uten å tillegge tolkninger av årsaksforklaringer. Atferdstopografiene etterstreber å være så nøyaktige at andre som ikke har sett den bestemte atferden likevel kan gjenta den ut fra beskrivelsen alene. Foreldrene settes i stand til å definere hvilke atferdstopografier de ønsker mer av, og hvilke former for atferd de ønsker å erstatte med mer hensiktsmessig samhandling. Foreldrene lærer også derfor hvordan de skal gi atferdsbeskrivende tilbakemeldinger til barnet eller ungdommen som et ledd i det å være språkmodeller for barnet eller ungdommen. Foreldrene lærer også opp i bruk av registrering av forekomst av atferd gjennom tre-feltsskjema, der de skal notere foranledning, atferdsbeskrivelsen og konsekvensen.

Den første delen vektlegger også betydningen av effektive beskjeder. Dette omhandler både formuleringene i beskjedene og antall. Foreldrene lærer å prioritere beskjedene, gi en beskjed av gangen og la beskjedene være tydelige gjøre-beskjeder. Videre legges det fokus på å varsle før opphør av aktivitet for å unngå plutselige overganger, samt først-så-beskjeder.

Systematisk bruk av forsterkning. Del to av programmene, opplæring i atferdsanalytiske prinsipper, omhandler systematisk bruk av positiv forsterkning for å endre samhandlingsmønstre, fra å fokusere på uønskete handlinger, til et større fokus på positive tilbakemeldinger og ønsket atferd. Denne delen er fra uke 4 til uke 7 i programmet for barn og uke 5-9 for ungdomsgruppa. Foreldrene lærer å arbeide systematisk med å finne fram til hva som til en hver tid virker motiverende for deres barn/ungdom. De lærer hva forskjellene på forsterkning, belønning og bestikkelser er, og de lærer hvordan man kan gå fram for å lage motivasjonssystemer. Forsterkning forklares som et teknisk begrep og knyttes spesifikt til analyse av sannsynlighet for forekomst av en nærmere bestemt atferdsform. Belønning forklares som et antatt gode som formidles etter at barnet/ungdommen har gjennomført en handling. Forskjellene er at det ikke er klarlagt om den faktisk har konsekvensen å øke sannsynlighet for framtidig forekomst av atferd når lignende betingelser oppstår (Flora, 2004). Videre innebærer opplæring anvendelse av hjelpebetingelser, prompt og promptfading, og utarbeidelse av konkrete motivasjonssystemer, tegnøkonomisystemer. Foreldrene lærer hvordan de ved kartlegging av motivasjonsfaktorer hos sitt barn eller ungdom kan utarbeide forsterkerbanker, oversikt over motiverende konsekvenser, og sette disse i system, kontingent på atferd barnet eller ungdommen framviser.

Opplæringen innebærer også innlæring av nye ferdigheter hos barna eller ungdommene. Mange av barna og ungdommene har godt utviklete ferdigheter på enkelte områder og påfallende funksjonssvekkelse på andre. Dette gjelder både selvhjelpsferdigheter og mer akademiske ferdigheter. Grunnleggende ferdighetsmangler gjør at systematisk og strukturert opplæring er sentralt i samhandling og foreldrerollen. Eksempler på dette kan være å etablere atferdskjeder for enkelte handlinger for å trene på selvstendighet i de enkelte delene av atferdskjeden.

Reaktive strategier. Reaktive strategier, slik som reprimander, inndragelse av goder og lignende anbefales ikke annet enn som siste instans og når det må gripes inn for å forhindre skade. Dette markeres ved å legge det inn som den siste delen av veiledningsprogrammene. For barnegruppa omfatter dette uke 8-11 mens for ungdomsgruppa er det uke 10-11. Her vektlegges forebygging og håndtering av uønsket atferd gjennom proaktive og reaktive strategier (LaVigna, 2003). Proaktive strategier er forebyggende strategier som iverksettes planmessig for å unngå uønskete hendelser. Denne delen har fokus på atferd ved grensesetting og hvordan konsekvent håndheving av grenser kan gjennomføres. Foreldrene settes i stand til å kunne håndtere grenseutprøvende atferd fra barnet eller ungdommen. Et predikerbart omsorgsmiljø omfatter at barnet eller ungdommen blir oppmerksom på forutsetningene som atferd kan forekomme under og hva konsekvensene av handlingene kan være. Der miljøbetingelsene blir så tydelige at barna og ungdommene lærer å lese dem, reduseres også forekomsten av grenseutprøvende atferd.

Oppsummering. Siste veiledningsdag av programmene er avsatt til oppsummering av temaene som er gjennomgått i forløpet. De gis en mulighet til å komme med umiddelbare tilbakemeldinger på opplevelse av deltagelse i programmene. Deler av denne dagen går med på å fylle ut ECBI og PSI-SF på nytt. Funn fra disse innleveringene presenteres ytterligere i denne artikkelen.

Metode

Datainnsamling

Undersøkelsen er basert på kvantitative data hentet fra pasientjournaler og foreldrerapport. Den totale dataperioden strekker seg fra 01.10.09 til 31.05.14. For de enkelte gruppene er det hentet data for 13 måneder. For gruppene på våren er data innsamlet fra 01.10- 31.10 året etter. For gruppene på høsten foreligger data for 01.05.- 31.05 året etter.

Pasientdata

Data fra pasientjournaler er hentet fra PAPS, som er journalsystemet ved avdelingen. Systemet er et pasientadministrativt system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ) og er egenutviklet ved Sykehuset avdelingen er en del av.

Dataene er innsamlet i august 2014. Dette ble gjort ved manuelle søk på saksnummer til de barna og ungdommene der foreldrene hadde deltatt på foreldreveiledningsprogrammene i perioden 2010-2013. Data som er samlet inn er opplysninger om antall konsultasjoner totalt, antall konsultasjoner før, under og etter programmene alder, kjønn og henvisningsår, samt hvorvidt saken er avsluttet eller ikke. Dataene er så behandlet ved opptelling av konsultasjonstall for det enkelte saksnummer. Med konsultasjon menes samtale med pasient eller pårørende, telefonkontakt, medisinoppfølging, individuell veiledning eller ulike former for møter.

Søknad for anvendelse av journaldata ble godkjent NSD 03.07.14 (det vises til vedlagt godkjenning for ytterligere informasjon om godkjenningsprosessen, vedlegg 1).

Data fra foreldrerapportering

Som del to av datainnsamlingen er det anvendt allerede foreliggende data innsamlet under foreldreveiledningsprogrammene i perioden 2010-2013. Dette omfatter to skjema (se vedlegg 2 og 3). Det første er ECBI (Eyberg & Ross, 1978), oversatt til *Eybergs registrering av atferd hos barn* av Willy-Tore Mørch i forbindelse med implementeringen av De utrolige

årene i Norge (Reedtz et al., 2008). Skjemaet er opprinnelig utarbeidet som et screeningverktøy for å avdekke atferdsproblemer hos barn og unge mellom 2 og 16 år. Skjemaet inneholder 36 påstander og skåres på to skalaer, intensitetsskala og problemskala. Intensitetsskalaen måler hvor ofte atferden opptrer på en Likert skala fra 1 (aldri) til 7 (alltid). Problemskalaen omfatter hvorvidt atferden oppleves som en belastning for forelderen. Skårene på intensitetsskalaen går fra 36- 252, mens problemskalaen går fra 0-36. Skårene indikerer således både i hvor stor grad barnet eller ungdommen utviser ulik atferd og i hvilken grad dette oppleves som problematisk for foreldrene (Reedtz & Martinussen, 2012). Påstandene omfatter blant annet hvorvidt barnet lyver, har sinne eller raserianfall, erter eller provoserer andre barn, gråter lett eller somler med påkledning eller måltider.

Den andre kartleggingen som har vært anvendt er PSI-SF (Abidin, 1995). Dette er et selvrapporteringsskjema med hensikt å avdekke foreldre-barn system under stress og er normert for barn mellom 0 og 12 år. Hovedindeksen består av 101 spørsmål. Utgaven som er anvendt her er en kortversjon av hovedindeksen, og består av 36 påstander foreldre eller andre nære omsorgspersoner skal ta stilling til. Påstandene omfatter eksempelvis ” jeg nyter livet mindre enn før”, jeg forventet å ha sterkere, varmere følelser for mitt barn enn jeg har, og dette bekymrer meg” og ”mitt barn krever mer av meg enn barn flest”. Resultatene måler i hvilken grad foreldrene opplever vesentlig grad av stress i dagliglivet. Påstandene skåres på en 5-punkts Likert skala fra svært enig (1) til svært uenig (5) som avleder til samlede skårer på 36-180. Skårene avledes derav slik at jo høyere skåre, jo lavere grad av stress opplever respondentene (Kornør & Martinussen, 2011).

Deltakere

Deltakerne består av foreldrene til 93 personer, 74 gutter og 17 jenter, som har deltatt på foreldreveiledningsprogrammene i perioden 2010-2013. Det totale antall foreldre som har deltatt på programmene er N =160, fordelt på n = 91 mødre og n = 69 fedre. Antall

respondenter er imidlertid noe færre, da ikke alle har levert inn skjema etter veiledning. Det er $n = 86$ (94.5 %) mødre og $n = 62$ (89.85 %) fedre som har fylt ut ECBI før veiledning mens det i etterkant er $n = 68$ (74.72 %) mødre og $n = 44$ (63.76 %) fedre som har fylt ut. Til sammen $n = 82$ (90.10 %) mødre og $n = 61$ (88.4 %) fedre har fylt ut PSI-SF i forkant mens $n = 65$ (71.42 %) mødre og $n = 45$ (65.21 %) fedre har fylt dette ut i etterkant. For å unngå feilaktige skårer er de som kun har svart på enten ECBI eller PSI-SF etter programmet og ikke før, utelukket fra deltagerpopulasjonen. Dette omfatter to fedre på ECBI og to fedre på PSI-SF.

Databehandling

Dataprogrammet som er brukt er Microsoft Office Excel (2007). Dataene er lagt inn manuelt og hvert individ er gitt et nummer fra 2-94 av anonymitetshensyn. Det er lagt inn data for konsultasjoner før, under og etter veiledningsprogrammet. Videre er det lagt inn data for skårer på ECBI og PSI-SF før og etter programmet både for mor og far for hvert enkelt barn eller ungdom. Det er gjort beregninger av gjennomsnittsskårer (M) og standardavvik (SD) på alle områdene. Dette er gjort for å avdekke hvorvidt det er samvariasjon mellom eventuelle endringer i foresattes opplevelse av stress og belastning før og etter programmene, samt hvorvidt det er betydningsfulle individuelle forskjeller i opplevd effekt av foreldreveiledningsprogrammene.

Det er undersøkt korrelasjoner med Pearson' r mellom mødres og fedres opplevelse av stress, intensitet og belastning for å undersøke hvorvidt det kan avdekkes en sammenheng mellom dette og behov for tjenester, da målt i konsultasjoner. I denne undersøkelsen er det kontrollert for mulige korrelasjoner mellom variablene konsultasjoner før programmene og totalt antall konsultasjoner, ECBI og PSI-SF, for om mulig å avdekke noen særlige tendenser som skiller seg ut.

Resultater

Konsultasjoner

Gjennomsnittlig antall konsultasjoner for hele respondentgruppen er $M = 28.87$ for hele dataperioden, fordelt på $M = 7.56$ ($SD = 9.11$) konsultasjoner før programmet, $M = 16.1$ ($SD = 8.55$) under programmet og $M = 4.9$ ($SD = 6.70$) etter. Deltagelse i programmet medfører et konsultasjonstall på 12, slik at et gjennomsnitt på $M = 16.1$ reflekterer tjenester ut over dette. Det er imidlertid store variasjoner innad i utvalget. Det totale konsultasjonstallet har et standardavvik på $SD = 18.9$, noe som indikerer svært stor spredning i utvalget. Standardavviket blir noe mindre når man ser på konsultasjonstallene for de enkelte gruppene, men det er fortsatt stor forskjell på individnivå.

På bakgrunn av gjennomsnittlige antall konsultasjoner før programmet ($M = 7.56$) er gruppene også inndelt etter antall konsultasjoner over og under 10 før programstart. Dette ble gjort for å analysere hvorvidt det var en betydningsfull forskjell mellom de der foreldre og pasient har mottatt betydelige tjenester i forkant av programstart, sammenlignet med de som ikke har hatt dette. Skillet ble satt ved 10 konsultasjoner fordi datamengden reflekterte at over dette tallet, var konsultasjonstallet betydelig høyere for en mindre gruppe. Dette vurderes som betydningsfullt i den grad at man ut fra en antakelse om at familier som har et stort behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten, vil rapportere om høyere grad av belastning, intensitet og stress, og igjen vil ha et større behov for veiledning og tiltaksoppfølging ut over foreldreprogrammet, også på sikt.

I barnegruppa var gjennomsnittlig antall konsultasjoner før oppstart av programmet $M = 19.66$ i de sakene som senere ble henvist avdelingen, mot $M = 14.28$ i de sakene som ikke ble rehenvist. For ungdomsgruppa var antall konsultasjoner for de samme gruppene henholdsvis $M = 14.06$ og $M = 21$. Standardavvikene for de ulike gruppene var imidlertid tilsvarende høyt som for hele utvalget, noe som reflekterer variasjonen i utvalget.

Det er gjort sammenligninger av skårene på ECBI og PSI-SF og sett disse funnene opp mot antall konsultasjoner og hvorvidt saken er rehvist etter endt program. Av det totale barn og unge ble 35 saker, 37.5 % rehvist i løpet av den totale dataperioden, mens 48 saker, eller 51.6 % ikke ble rehvist. Det var pr. 31.10.14 10 saker, 10.8 % som ikke var avsluttet.

Effekt på intensitet og belastning

Samlet viser funn fra skårer på ECBI at det er en generell nedgang i opplevd intensitet, altså forekomst av uønsket atferd hos barna eller ungdommene, når man sammenligner skårer før og etter programmet for mor og far. Foreldrene i barnegruppa skårer noe høyere generelt på intensitet både før og etter enn foreldrene i ungdomsgruppa. Dette gjelder både de som har mottatt ytterligere tjenester fra spesialisthelsetjenesten, og de foreldrene som kun har gjennomført et av foreldreveiledningsprogrammene. Gjennomsnittlig skåret mødrene en opplevd intensitet på $M = 145.9$ før oppstart og $M = 126.5$ etter avsluttet program. Til sammenligning skåret fedrene $M = 142.5$ før oppstart og $M = 114.6$ etter veiledningsslutt. For hele utvalget har altså fedrene en større nedgang i opplevd intensitet enn det mødrene har.

Når det gjelder opplevd belastning er den generelle tendensen for utvalget tilsvarende. Belastning måler hvor problematisk foreldrene opplever at den uønskete atferden er. Denne undersøkelsen avdekker en konsistent nedgang i opplevd belastning hos samtlige foreldre. Mødrene skåret her en opplevd belastning på $M = 17.56$ før programstart og $M = 10.9$ etter avsluttet veiledning. Fedrene skåret en opplevd belastning på $M = 16.3$ før programmet og $M = 8.84$ etter avsluttet veiledning. Også her viser funn at fedrene har en større prosentvis opplevd nedgang i belastning enn mødrene har.

For å undersøke hvorvidt det er forskjell mellom de ulike gruppene er også grad av belastning og intensitet målt for de enkelte gruppene, da inndelt etter hvorvidt saken er rehvist eller ikke og etter barn og ungdom (se tabell 1). Funnene er her også konsistente i

forhold til opplevd intensitet og belastning. Mødrene skårer jevnt høyere på opplevd intensitet enn det fedrene gjør. Det er imidlertid forskjeller mellom barne- og ungdomsgruppa.

For barnegruppa var skårene for opplevd intensitet betydelig høyere i den gruppa der barna ikke ble rehvist avdelingen på et seinere tidspunkt. Disse forhøyete skårene gjaldt både mor og far. Fedrene i denne gruppen hadde imidlertid den største prosentvise forskjellen mellom opplevd intensitet før og etter programmet, da med en betydelig reduksjon på $M = 13.46\%$. Videre viser funnene at opplevd endring i intensitet var lavere i de gruppene der sakene ble rehvist på et senere tidspunkt, med unntak av fedrene i barnegruppa. Fedrene i ungdomsgruppa skårer betydelig lavere på opplevd intensitet før programstart enn foreldrene på barnegruppene. Denne forskjellen er imidlertid mindre ved programslutt. Med unntak av barnegruppa som ikke blir rehvist er imidlertid en økning i standardavvik mellom skårene før og etter både for mødre og fedre. Dette indikerer at det er store forskjeller mellom hvordan den enkelte forelder opplever og skårer intensitet.

Når det gjelder opplevd belastning skårer foreldrene en betydelig nedgang i opplevd belastning på alle gruppene. Foreldrene i de sakene der ungdommen senere ble rehvist skårer noe lavere opplevd nedgang i belastning enn de andre gruppene. Fedrene i den barnegruppa som opplevde høyest nedgang i intensitet skårer imidlertid vesentlig lavere på nedgang i opplevd belastning enn de øvrige respondentene.

For å undersøke hvorvidt det er en forskjell på gruppene som har mottatt supplerende tjenester enten i forkant eller under veiledning og de som ikke har det, er det undersøkt spesifikt for den gruppa som kun har mottatt foreldreveiledningsprogrammene. Dette omhandler foreldre til 11 barn og 10 ungdommer, $n = 19$ mødre og $n = 13$ fedre (se tabell 2). Det er også her betydelig forhøyete skårer i opplevd intensitet hos foreldrene til barn som senere ikke blir rehvist, sammenlignet med de andre gruppene. Det er også en generell nedgang i standardavviksstørrelsen fra skårene før og etter programmene. Når det gjelder

opplevd belastning er det imidlertid store forskjeller mellom mødre og fedre. Mødrene i barnegruppa som senere ble rehenvist rapporterer om vesentlig lavere endring i belastning enn det fedrene på samme gruppe gjør. Tilsvarende er det for ungdomsgruppa som ikke blir rehenvist, der mødrene skårer en betydelig endring i belastning mens fedrene ikke gjør det. Resultatene på dette området er således mer sprikende for denne gruppa enn utvalget som helhet.

For å undersøke om tidligere bistand og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten er av betydning er det undersøkt skårer for intensitet og belastning for gruppene etter konsultasjonstall over og under 10 før oppstart av programmene (se tabell 3). Som for respondentene som helhet er det også ved denne inndelingen sprikende funn. Foreldrene i barnegruppa skårer jevnt høyt på opplevd intensitet med unntak av den gruppa som har over 10 konsultasjoner og senere blir rehenvist. Mødrene i denne gruppa skårer også en vesentlig lavere på opplevd endring enn deltakerne for øvrig. Foreldrene på ungdomsgruppa som har over 10 konsultasjoner skårer jevnt høyere enn det totale gjennomsnitt for deltakerne. De opplever imidlertid en noe større endring i opplevd intensitet enn deltakerne sett under ett. I de sakene der det er færre enn 10 konsultasjoner skårer både mødre og fedre lavere på intensitetskala før programmene enn respondentene totalt.

Når det gjelder belastning skårer mødrene til barn der det har vært flere enn 10 konsultasjoner en betydelig lavere grad av endring enn de andre gruppene, og totalt for alle deltakerne. Dette er vesentlig lavere enn mødre i de sakene der konsultasjonstallet er under 10. Tilsvarende forskjell ses også på ungdomsgruppa, der de med høye konsultasjonstall skårer lavere enn gjennomsnittet for øvrig på opplevd endring i belastning.

Effekt på foreldrestress

For respondentene som helhet viser undersøkelsen en konsistent nedgang i opplevd foreldrestress (se tabell 4). Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom gruppene fordelt

etter hvorvidt barnet eller ungdommen er rehvist eller ikke. På barnegruppa er reduksjon av foreldrestress betydelig lavere i den gruppa der barnet senere ble rehvist. Mødrene i denne gruppa skårer en endring på $M = 14\%$ på opplevd stress, mens mødrene til barn som ikke ble rehvist skårer en endring på $M = 35.69\%$. Til sammenligning skårer fedrene en endring på henholdsvis $M = 17.66\%$ og $M = 49.42\%$ for tilsvarende grupper. Man ser tilsvarende funn på ungdomsgruppa hos mødrene. Fedrene i ungdomsgruppa der sakene ikke ble rehvist opplever ikke en tilsvarende nedgang i stress.

Når man ser på funn fordelt etter konsultasjonstall, framkommer tilsvarende resultater (se tabell 5). Foreldrene i de sakene der det har vært flere enn 10 konsultasjoner rapporterer betydelig endring i opplevd stress enn i de sakene med færre konsultasjonstall. For ungdomsgruppa gjøres motsatte funn. I de sakene med over 10 konsultasjoner er det en betydelig lavere opplevelse av reduksjon i stress enn for gruppa med færre konsultasjoner. En far opplever en endring på økning av foreldrestress med $M = 27.77\%$. Det er også variasjoner i størrelse på standardavvik for skårene på PSI-SF før og etter, noe som igjen reflekterer stor variasjon i opplevd reduksjon av stress.

Korrelasjoner

Det er gjort korrelasjonsanalyser med Pearson's r på de ulike variablene ECBI intensitet og belastning før og etter, PSI-SF før og etter opp mot antall konsultasjoner totalt og antall konsultasjoner før programstart (se tabell 6).

For hele gruppa ser man en sterkere samvariasjon mellom variablene PSI-SF og total antall konsultasjoner totalt, enn det som framkommer for ECBI. Den sterkeste korrelasjonen som avdekkes her er $r = -.63$ mellom variablene PSI-SF mor før programstart og totalt antall konsultasjoner. Det framkommer ikke betydelig korrelasjoner mellom antall konsultasjoner, hverken før programmet eller totalt og ECBI. Korrelasjonene på dette området varierer fra $r = -.08$ til $r = .14$.

Det er tydelig sterkere korrelasjon mellom mødres og fedres opplevelse av intensitet og belastning etter programmet enn før. Korrelasjonen mellom variablene ECBI intensitetsskala pretest for mor og far er $r = .48$, mens den for posttest er $r = .76$. for belastningsskalaen er korrelasjonene $r = .45$ og $r = .66$. Når det gjelder PSI-SF er den tilsvarende korrelasjonen $r = .52$ på pretest og $r = .30$ på posttest.

For å avdekke hvorvidt det er tydeligere samvariasjon mellom variablene på gruppenivå er det gjort korrelasjonsanalyse av de ulike variablene etter inndelingen over og under 10 konsultasjoner, både på ECBI og PSI-SF (se tabell 7).

For barnegruppa er det en betydelig forskjell på korrelasjoner mellom variablene konsultasjoner før programmene, ECBI og PSI-SF avhengig av om saken er rehvist eller ikke. Det er en vesentlig sterkere negativ korrelasjon på intensitetsskalaen, $r = > -.44$, for barnegruppa over 10 konsultasjoner, som seinere blir rehvist enn i de sakene som seinere ikke har blitt rehvist. Data for ungdomsgruppa arter seg noe mer samvarierte. For ungdomsgruppa over 10 konsultasjoner som senere blir rehvist er det en konsistent negativ korrelasjon på $r = -.93$ og $r = -.1$ på henholdsvis mors og fars rapportering på intensitetsskalaen. På belastningsskalaen er det imidlertid mindre variasjon i korrelasjon, både for barn og unge, og uavhengig av om saken blir rehvist eller ikke. Dette er imidlertid med unntak av barnegruppa der det er færre enn 10 konsultasjoner før programmet, der man ikke ser den samme entydige korrelasjon.

Når det gjelder samvariasjon mellom PSI-SF og konsultasjoner er det større variasjon i hvorvidt variablene korrelerer. Det er en tettere korrelasjon mellom mødrenes skåre på PSI-SF før oppstart og antall konsultasjoner før programmet i de sakene der barnet er rehvist enn i de sakene som ikke har blitt rehvist. For fedrene ser man en tilsvarende korrelasjon men av mindre grad av samvariasjon.

For ungdomsgruppa er det grunnet få respondenter ikke målt korrelasjon i den gruppa der konsultasjonstallet overstiger 10 og ungdommen er rehenvist. Det er for gruppa som er rehenvist en tettere korrelasjon mellom fars opplevelse av foreldrestress og antall konsultasjoner, enn mors.

Samlet sett viser resultatene en tettere sammenheng mellom variablene intensitet, belastning, foreldrestress og konsultasjoner i forkant i de sakene der konsultasjonstallet overstiger 10. Dette gjelder både barne- og ungdomsgruppa.

Validitet

Å etterstrebe høy grad av validitet er essensielt for all forskning. Skog (2004) understreker betydningen av å skille mellom det som kan oppfattes som kausale sammenhenger fra mer spuriøs, eller falsk, korrelasjon. Begrepsvaliditet omhandler nettopp dette om man har lyktes med å måle det man ønsker presist nok. Man må også ta høyde for at utvalget er riktig i forhold til det man ønsker å måle. Dette omtales som konklusjonsvaliditet. Dersom utvalget eksempelvis er for lite kan man risikere at feilmarginene blir for store, eller som han beskriver det ”som å fange sommerfugler med en hov av hønsenetting” (s. 89).

I denne undersøkelsen har det vært anvendt data fra allerede innsamlet registreringer fra deltakere i foreldreprogrammene. Dette er skjema som fylles ut i veiledning eller umiddelbart etter. Som nevnt over er det imidlertid ikke alle som har fylt ut dette skjemaet. Man har derfor ikke komplett datasett for hele gruppa. Likevel vurderes datagrunnlaget å kunne si noe om generelle tendenser og derfor gi et relevant bilde for undersøkelsen.

Både PSI-SF og ECBI er normert for barn, henholdsvis 0 til 12 år og 2 til 16 år. Deltakerne på ungdomsgruppa er derfor eldre enn normeringen på PSI-SF. Likeså er enkelte av deltakerne utenfor normeringen på ECBI. Således kan man ikke anvende disse skjemaene for konklusivt å si noe om effekt på foreldrestress. Det er også en risiko for at skårene på

ungdomsgruppa kan bli kunstig forhøyet grunnet den lave alderen på normgrunnlaget. Det vurderes likevel å kunne gi noen indikasjoner på opplevd effekt av programmet.

Videre er data innsamlet fra journalsystemet og baserer seg på opptelling av antall konsultasjoner i den angitte dataperioden. Dette arbeidet er gjort manuelt og gjort i to omganger, for å unngå bortfall av konsultasjoner eller doble tellinger. Samtlige konsultasjoner er tatt med i undersøkelsen selv om dette antallet varierer på individnivå. Det er store forskjeller på antall konsultasjoner individuelt.

Data vedrørende opplevd effekt av foreldreveiledningsprogrammet er basert på gruppedata. Å overføre dette til å si noe om konsekvenser for videre behandlingsbehov på individnivå bør gjøres med forsiktighet.

Reliabilitet

Det er gjennomført flere studier for å kontrollere for reliabiliteten til ECBI som verktøy. Reedtz & Martinussen (2012) refererer i sin artikkel blant annet til studier gjennomført av Funderburk, Eyberg, Rich & Behar, (2003), Gross et al., (2007) og Burns, Patterson, Nussbaum & Parker, (1991). Studiene er gjennomført for å undersøke hvorvidt verktøyet er egnet til å skille barn med atferdsproblemer fra andre barn. Samtlige undersøkelser viser at ECBI er godt egnet for å kartlegge intensitet og belastning hos foreldre. Likeså er det gjennomført studier av Achenbach (1991) og Gross et al. (2007) der verktøyet sammenlignes med CBCL, som måler eksternalisering, problemet i seg selv. Man finner her at verkøylene er godt korrelert på både intensitet og belastning på ECBI og CBCL (ref. i Reedtz & Martinussen, 2012). Gjennom en større studie er det gjennomført kontrollstudie også opp mot norske normer. Resultatene fra denne studien viser en $\alpha = 0,93$ på intensitetsskala og $\alpha = 0,89$ på problemskala. Undersøkelsen viste at gjennomsnittsskåren på intensitetsskalaen var $M = 89,9$ med et standardavvik på $SD = 24,6$, og problemskalaen hadde en gjennomsnittsskåre på $M = 3,1$ med standardavvik på $SD = 4,5$. Undersøkelsen viser til at

det på gruppenivå er høy korrelasjon mellom skårene på intensitet og problemskala. På individnivå ses imidlertid store ulikheter i hvordan foreldrene opplever atferdsvanskene til barna som problematiske (Reedtz et.al., 2008).

Når det gjelder PSI-SF foreligger det to studier (Glavin et al., 2010; Larsson et al., 2009, ref. i Kornør & Martinussen, 2011) som har undersøkt hovedindeksens reliabilitet. Begge studiene konkluderer med at testen har en indre reliabilitet, med $\alpha = 0,9$. Ingen av disse to studiene testet for test-retest reliabilitet.

Begge verktøyene er således vurdert som reliable også for denne undersøkelsen.

Diskusjon

Glenn (2003) henviser til mennesker som sosiale vesener som gjennom bruk av kommunikasjon, verbalatferd og læring ved imitasjon etablerer nye ferdigheter og selekterer atferd ut fra omgivelser og forsterkningsbetingelser. I en atferdsanalytisk analysemodell søker man å kartlegge hvilke konsekvenser som etterfølges av en handling, og som fører til at atferden opprettholdes, øker eller reduseres i frekvens. I utarbeidelsen av foreldreprogrammene er det derfor søkt å kartlegge hvilke spesifikke ferdigheter som bør styrkes i et slikt veiledningsforløp. Samtidig viser funn i datamaterialet at foreldrene rapporterer svært ulikt i forhold til både intensitet, belastning og opplevd foreldrestress. Dette gir noen ekstra utfordringer i forhold til å skulle tilpasse et manualbasert program til en gruppe med stor variasjon.

Familien som et adaptivt system

Å analysere effekt av foreldreprogrammene ved seleksjon ved konsekvenser innebærer i første omgang å se på familien som et adaptivt system. Dette innebærer både å se på de ulike agentene, medlemmene, i en familie som enkeltstående representanter for atferd, samt å studere de funksjonelle relasjonene mellom ulike aktører, medlemmene i familien (Sandaker, 2010). Dette innebærer å kartlegge familienes "interlocking behavioral contingencies" (IBC)

(Glenn, 2003), eller sammenvevde atferdskjeder, for å nærmere kunne endre enkeltkomponenter i samhandling. Målsettingene for programmene er å endre samhandling som har gått i stå, og endre de etablerte samhandlingsformene i en familie til en mer positiv og konstruktiv samhandlingsstil. Ved å forstå familienes samhandlingsmønster, og foreldrenes respons på spesifikke atferder, som en kulturell praksis for den enkelte familien, kan man ved å endre betingelsene for at atferd oppstår også endre den interne samhandlingsstilen, praksisen i familien.

Gjennom imitasjon og læring av ferdigheter opprettholdt av konsekvenser etableres det Glenn (2003) omtaler som ”culturo- behavioral lineages”, at barnet eller ungdommen gjennom å imitere sine foreldre og nærpersioner etablerer et atferdsmønster tilsvarende det foreldrene framviser. Mennesker med ASF har imidlertid uttalte vansker med læring ved imitasjon. Som en følge av dette er det vanskelig å etablere god effekt av spontan modellering i samhandling. I foreldreveiledningsprogrammer som De utrolige årene er det gitt at man gjennom å være gode rollemodeller, overføre dette til barnet, ved modellering. Barnet observerer og registrerer samhandlingsendring og tar etter foreldrene, noe som i utgangspunktet skapte atferdsvanskene (Webster-Stratton, 2000). Hos barn og unge med autismespekterforstyrrelse er imidlertid ikke denne ferdigheten intuitiv, slik at en slik overføring ved observasjon ikke vil ha like stor effekt. Modellering brukes imidlertid hyppig i foreldreveiledningsprogrammene, som rollespill, for å gi foreldrene en mulighet til å trene på strategiene de skal utøve overfor barnet eller ungdommen. Foreldrene settes derfor i stand til å innarbeide tydelige imitasjonsstrategier overfor barnet eller ungdommen for å vise og forklare ønskete handlinger eller responser.

Gjennom foreldreprogrammene lærer således foreldrene å selekere mellom atferdstopografier og ferdigheter, og finne den responsen som i gitt situasjon avgir størst forekomst av forsterkere. Dette gir dem større grunnlag for seinere å modifisere eller forbedre

denne atferden på selvstendig grunnlag. Således kan man anta at foreldreveiledning har varig effekt gjennom seleksjon. Ved å lære nye ferdigheter og øke repertoaret av alternative løsninger, variasjon (Hull, Langman & Glenn, 2001) settes foreldrene i stand til å selektere, velge ut og tilpasse denne atferden til sitt familiesystem. Donahoe (2003) beskriver at atferd kan se ut som den er tilpasset omgivelsene. Dette er imidlertid dersom omgivelsene er konstante eller ved gradvis endring. Mange foreldre opplever etter oppstart av foreldreprogrammet at barna reagerer negativt på foreldrenes nye måte å henvende seg til dem på, ved beskrivende kommentarer og konkrete beskjeder, samt en endring i samhandlingsstil. Dette handler om at når omgivelsene endres brått, framkommer det at individet ikke er tilpasset de nye omgivelsene. Dette er fordi seleksjonsprosesser er basert på kunnskap om tidligere erfaringer, og ikke fremtidige betingelser. Et barn med autisme vil ha vansker med å relatere seg til den nye samhandlingsstilen fordi det mangler den form for atferd å selektere over fra erfaring. Etter hvert, som samhandlingsvariantene er i retensjon (Hull et.al., 2001), vil de atferdstopografiene som er nyttigst og fører til høyest forsterkerhyppighet, legges til i variasjonen som i framtiden legger grunnlag for seleksjon (Donahoe, 2003). Man kan derav anta en varig effekt av foreldreprogrammene ut fra foreldrenes evne til å kontinuerlig selektere atferdstopografier som produserer forsterkning i ønsket grad og retning. Samtidig er det sannsynlig at foreldrene, i og med at de er i gruppe, vil forsøke å replikere det andre foreldre gjør gitt at disse foreldre får anerkjennelse for sine framskritt (Axelrod & Cohen, 2000).

Programmenes oppbygging

I utformingen av programmene ble de tre kjerneområdene vektlagt noe ulikt for barne- og ungdomsgruppa. Noe av årsaken til dette hadde bakgrunn i foreldrerapport som beskrev at det særlig for ungdomsgruppa var et større behov for økt fokus på det første området, positiv samhandling. Mange av foreldrene som deltok på programmet opplevde at samhandlingen var

svært fastlåst og at de opplevde en systematisk avvisning fra sine ungdommer ved forsøk på samhandling. Dette igjen gjorde at når krav først ble stilt resulterte det hyppig i uønsket atferd. Dette kan forstås som det Patterson (1982) refererer til som "the coercion model", som beskriver hvordan negativ atferd hos barnet over tid møtes med gjentakende straff eller press som igjen fører til negativ atferd hos barnet eller ungdommen (ref. i Solholm et al., 2005). Mange foreldre hadde derfor nærmest gitt opp å stille krav om tilstedeværelse ved middagsbordet, lekser og til tider oppmøte på skolen av frykt for at ungdommen skulle utagere eller oppføre seg upassende og uønsket. Familiens IBC hadde derfor blitt en negativ spiral der de i mindre og mindre grad hadde kontakt med hverandre. Ungdomsprogrammet har derfor satt av de fire første veiledningsøktene til positiv samhandling. Dette omhandler i større grad å tilbringe tid sammen, for foreldrene å komme i posisjon til å kunne tilbringe tid med ungdommen i en setting der det ikke er andre krav en fysisk tilstedeværelse. Dette kan handle om å være på rommet til ungdommen fem minutter, fortelle fra egen arbeidshverdag og vektlegge positive konstruktive tilbakemeldinger når ungdommen viser deltagelse eller følger opp initiativ fra foresatte.

Som en konsekvens av den negative samhandlingsspiralen opplevde også foreldrene hatt de gav hyppige beskjeder, som ikke ble etterfulgt og som resulterte i mas. Dette gjaldt både for barnegruppa og ungdomsgruppa. Dette er en av årsakene til at bruken av beskjeder er en atferd som er selektert som en vesentlig strategi å reetablere i foreldreprogrammene. I følge Webster – Stratton (2000) gis det i overkant av 40 beskjeder i halvtimen til barn med atferdsproblemer. Som en direkte konsekvens av disse barna eller ungdommens vansker med å oppfatte beskjeder, forstå at de er rettet mot dem og ta inn over seg innholdet, er dette en vesentlig del av innholdet i opplæringen av foreldrene. Foreldrene lærer en måte å gi beskjeder på som er beskrivende, direkte og kortfattet, samt å prioritere om beskjeden er nødvendig eller ikke. Samtidig, for å utvikle barnet eller ungdommens kommunikative evner

øves foreldrene i å gi beskrivende kommentarer om hva barnet eller ungdommen gjør i enkelte situasjoner. Dette gir på sikt barnet eller ungdommen et større vokalt ordforråd, dersom talespråk er etablert. Atferdsbeskrivelser skal imidlertid kun brukes på barnet eller ungdommens positive atferd, som å komme med løpende kommentarer om barnets lek.

Ved et større fokus på positiv samhandling for ungdomsgruppa, har foreldre gitt informasjon om at behovet for strategier for å unngå eller stanse utagerende atferd er redusert. De opplever i løpet av programmet at ungdommenes uønskete atferd reduseres i omfang og forekomst, noe som er sammenfallende med sluttrapporteringen på ECBI. For barnegruppa har det derimot vært av betydning å ha et større fokus på trening på reaktive og proaktive strategier i et forebyggende henseende. Man vet ut fra autismedepopulasjonen som helhet at atferdsvansker hyppig kan oppstå, og at vanskene blir mer utfordrende å håndtere jo eldre barnet blir. Ved å ha et betydelig fokus på dette i barnegruppa i løpet av de fire siste veiledningsøktene lærer foreldrene strategier for å forebygge utageringer og negativ atferd, samt effektive tiltak for å stoppe uønsket atferd dersom den oppstår.

Effekt på stress, belastning og intensitet

Undersøkelsen viser at deltagelse i foreldreprogrammene har umiddelbar effekt på tre variabler. Den første er foreldrenes opplevelse av intensitet. Samtlige foreldre² rapporterer en nedgang i uttalte atferdsvansker og uønsket atferd hos barnet eller ungdommen etter gjennomført foreldreprogram. Noen viser til betydelig nedgang, mens andre har hatt en mindre nedgang. Dette genererer et stort standardavvik, som gjør det utfordrende å skulle se på datagrunnlaget under ett. Resultatene viser imidlertid at de foreldre som kun mottok foreldreveiledningsprogrammet og ikke annen veiledning, hadde generelt en lavere intensitetsskåre ved oppstart av programmet enn de som hadde mottatt supplerende tiltak.

² Med unntak av en

Dette kan forstås som at atferdsvanskene barnet eller ungdommen framviser ikke var like hyppig eller alvorlig, som for gruppen som mottok supplerende tilbud.

Den andre variabelen som er undersøkt er belastning. Resultatene viser også her at det er en systematisk nedgang i opplevd belastning etter gjennomført program, med unntak av en respondent. Dette er den samme respondenten som opplevde oppgang i intensitet. Dette er sammenfallende med resultater fra Reedtz (2012) der man fant samvariasjon på gruppenivå mellom intensitetsskala og belastningsskala. Det blir imidlertid også her dokumentert store forskjeller på intensitets og belastningsskalaen vedrørende foreldrenes evne til å håndtere utfordringene de står overfor.

Vedrørende den tredje variabelen, opplevd stress, ser man også en endring til mindre opplevelse av stress før og etter foreldreveiledningsprogrammet³. Denne nedgangen var konsistent for hele foreldregruppa.

Det avdekkes også varierende grad av korrelasjon mellom foreldrenes rapportering på stress, belastning og intensitet før programmene og antall konsultasjoner før programstart. Særlig ser man dette tydeligere når respondentene inndeles etter antall konsultasjoner over og under 10. Foreldrene til de barn eller ungdommer der det har vært hyppig kontakt (over 10 konsultasjoner) skårer generelt høyere på de ulike parametrene enn der konsultasjonstallet er lavere. Korrelasjonene kan imidlertid forstås ulikt ut fra hvilke parametre som inkluderes. For forhold mellom ECBI intensitetsskala og konsultasjoner før programstart vil en sterk negativ korrelasjon innebære at dersom antall konsultasjoner øker, reduseres foreldrenes rapportering om intensitet. Likeså kan korrelasjon på belastningsskalaen forstås tilsvarende. Når det så er store ulikheter mellom de ulike gruppene, særlig avhengig av nettopp konsultasjonstall vil det være av betydning å anta at antall konsultasjoner i forkant kan gi en beskrivelse av foreldrenes samlede situasjon, og behov for bistand. Særlig peker

³ Med unntak av en forelder

ungdomsgruppen seg ut i denne matrisen i forhold til en entydig korrelasjon mellom konsultasjonsvariabelen og intensitetsvariabelen på $r = -.96$ og $r = -.1$ for henholdsvis mor og far. Dette kan indikere at for den gruppa er det et sterkt behov for bistand, enten til foresatte, ungdommen selv eller nettverk som følge av ungdommens atferd. Dette sammenfaller godt med foreldrenes skåre på intensitetskalaen, som er betydelig høyere for denne gruppa enn for respondentene sett under ett.

Når det gjelder forholdet mellom foreldrestress og konsultasjoner er de sterkeste korrelasjonene ($r = .74$) mellom mødres opplevde stress og konsultasjoner for ungdomsgruppa under 10 konsultasjoner som ikke er rehenvist, og for barnegruppa over 10 konsultasjoner som er rehenvist. En forhøyet skåre på PSI-SF måler imidlertid lavere grad av foreldrestress. Man kan derfor anta at en høyere positiv korrelasjon vil kunne forstås som at når antall konsultasjoner øker, øker skåren på foreldrestress, foreldrestresset reduseres. Økt bistand fra spesialisthelsetjenesten vil således kunne forstås som en moderator for opplevd foreldrestress. Det er imidlertid betydningsfulle forskjeller mellom korrelasjonene mellom de ulike variablene for mødre og fedre.

I tillegg til å oppnå tettere korrelasjoner mellom variablene, skårer mødrene i barnegruppa entydig høyere enn fedrene på foreldrestress før programstart. Dette er også sammenfallende med andre undersøkelser gjort på autismepopulasjonen. Estes et al. (2013) dokumenterer en tydelig sammenheng mellom mødrenes opplevelse av stress sett i sammenheng med barnets utfordrende atferd og viser til at mødre til barn med autismespekterforstyrrelse viser større grad av stress enn mødre til barn med utviklingshemming eller normalutvikling. Samlet sett kan man forstå funnene som et uttrykk for foreldrenes opplevelse av hvor krevende de opplever hverdagen og de utfordringene de har i daglig samhandling.

Endring i belastning, intensitet og foreldrestress kan ses på som en konsekvens av foreldrenes evne til å adapterte de lærte samhandlingsstrategiene og selektere disse til familiens IBC, den kulturelle praksisen i familien. Familiens IBC blir således endret fra en stressende, negativ samhandlingsstil som relateres til barnet eller ungdommens atferdsutfordringer, til en mer egnet samhandlingsstil direkte relatert til barnet eller ungdommens forutsetninger og behov som følge av sin diagnose. Foreldrene settes i stand til, ved opplæring i konkrete verktøy og strategier å være i forkant, proaktive, i enkelte situasjoner og endre fastlåste mønstre for samhandling.

I tillegg til å tilegne seg kunnskap og etablere dette som ny praksis, gir gruppeformatet foreldre en mulighet til å motta tilbakemeldinger fra andre foreldre og således sammenligne seg med andre i samme situasjon. Ved å observere hva andre foreldre mestrer i foreldreprogrammene og i hvilken grad andre mottar positive tilbakemeldinger, vil sannsynliggjøre at foreldre forsøker å kopiere og adaptere strategier som for andre har ført fram og mottatt positiv feedback. Dette gjør at enkelte foreldre vil selektere det som for andre har hatt effekt, for å forsøke å sammenligne seg med hverandre. I enkelte tilfeller kan dette være gode strategier, men grunnet at autismepopulasjonen er et mangfold av individer, er det ikke sikkert at strategier som fungerer for en familie vil fungere for andre. Derfor motiveres foreldrene til å utarbeide motivasjonssystemer og kartlegge potensielle forsterkere for sitt barn eller ungdom, for å sikre individualitet i veiledningen.

Varighet av effekt; mediatorer og moderatorer

I en evaluering av effekt er det flere variabler som har innvirkning på resultatet. Det som problematiseres i første omgang er varighet av effekten. I denne undersøkelsen har man valgt å definere varighet som fravær av behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. En av utfordringene ved å anvende rehenvisning som mål på effekt er de sammensatte utfordringene familiene har, og også barnet eller ungdommens egne vansker. Som følge av dette har mange

familier behov for, og i mange tilfeller rett på, et apparat av langvarige sammensatte tjenester fra offentlige instanser. Dette innebærer også tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Av henvisningsårsaker til avdelingen er det medisintprøving, tiltak overfor skole, revurdering av diagnose og vurdering av komorbide tilstander som ofte gjenspeiler henvisningene. Dersom et barn eller ungdom rehenvises etter ett år, behøver ikke dette å bety at ferdighetene etablert hos foreldrene i foreldreprogrammet har mistet effekt eller ikke er opprettholdt. Det kan skyldes behov for supplerende tjenester i større eller mindre grad.

Barnet eller ungdommens alder er også medvirkende i forhold til henvisning til spesialisthelsetjenesten. Man ser at ved enkelte endringer eller overganger, som fra barneskole til ungdomsskole, fra ungdomsskole til videregående er det behov for bistand inn mot det offentlige tjenesteapparat. Dette gjelder enten proaktivt i forhold til å bistå nettverket med å planlegge overgang til eksempelvis ny lærearena, eller som mer reaktivt ved å gjenskape orden dersom ting ikke har gått etter planen. Dette er også forhold som går ut over forventet effekt av foreldreprogrammet, da det ikke nødvendigvis er foreldrene som har behov for hjelp.

Med alder menes også behov for kognitive utredninger når barna blir større, eller på vei inn i voksenlivet. I mange tilfeller vil dette være nyttig for planlegging av et framtidig yrkesvalg.

Mange ungdommer har et behov for særlig tilpasset hjelp til å forstå hva diagnosen har å si for dem personlig, for å øke kunnskapen om seg selv. Man har ved avdelingen et direkte pasientrettet tilbud om psykoedukativ tilnærming (Vermeulen, 2008) som utføres i samarbeid med ungdommene direkte. Dette er også tiltak som det kan være behov for til tross for gjennomført foreldreprogram. Foreldreprogrammet er således ikke designet for å dekke alle tiltaksbehov rundt en person med autismespekterforstyrrelser.

I gjennomgang av andre foreldreprogram som De utrolige årene, PMTO og MST vektlegges det betydningen av at foreldrene faktisk endrer atferd overfor barna eller

ungdommene sine (Fossum, Handegård, Drugli & Mørch, 2010). I denne sammenhengen innebærer det at de endringene som gjøres i kulturell praksis i familien og som endrer familiens IBC, blir opprettholdt og videreutviklet. Gjennom kontinuerlig arbeid med forsterkerformidling og fokus på positiv samhandling og beskrivende beskjeder i begrenset antall, vil samhandlingsendringene opprettholdes. Dette krever imidlertid at foreldrene har et kontinuerlig fokus på dette arbeidet også etter avsluttet program.

Andre kontekstuelle forhold av betydning for effekt av foreldreveiledning beskrives blant annet som psykisk helse hos foreldre og sosioøkonomiske variabler (Kjøbli, Drugli, Fossum & Askeland, 2012) og terapeutens trohet til programmet (Ogden & Amlund-Hagen, 2006). I denne undersøkelsen har det ikke vært mulig å kontrollere for familienes økonomiske situasjon. Det er imidlertid en kjent problemstilling at foreldres psykiske helse kan påvirkes av å ha et barn med en alvorlig funksjonssvekkelse, som ASF er. Enkelte opplever at de ikke blir forstått av venner og sitt uformelle nettverk noe som igjen kan føre til tilleggsbelastninger og en følelse av stigmatisering (Berg & Strøm, 2012). Mange foreldre til barn med ASF opplever at de betraktes som annerledes enn andre foreldre deltar på færre aktiviteter utenom familien enn andre foreldre. Dette gjelder både fritidsaktiviteter sammen med barna, men også aktiviteter på egenhånd (Lucyshyn, Horner, Dunlap, Albin & Ben, 2002). Noe av formålet med foreldreprogrammene har derfor også vært å gi foreldrene en mulighet til å treffe andre foreldrepar i en lignende situasjon for på skape felles treffpunkter. Samtidig opplever mange at de har økte tilleggsbelastninger som foreldre fordi de ofte må fungere som koordinatører i samhandling med det offentlige, samt at de må utføre omsorgsoppgaver som ikke nødvendigvis står i forhold til barnets alder, som hygiene og praktisk bistand. I tillegg rapporterer mange foreldre til barn med funksjonshemminger at de økte oppgavene foreldrerollen gir fører til ulike begrensninger i dagliglivet og arbeidsliv og oppleves som en tilleggsbelastning. Flere foreldre opplever også å stå aleine med omsorgsoppgavene etter en

tid og mange ekteskap går i stykker som en konsekvens av belastningene ved det å få et funksjonshemmet barn (Haugen, Hedlund & Wendelborg, 2012).

For deltagerne i denne undersøkelsen er det ikke opplysninger om konkrete helsemessige utfordringer. Det er imidlertid grunn til å anta at tilsvarende belastninger som nevnt over, også kan være medvirkende faktorer i både opplevelse av stress, belastning og effekt av foreldreprogrammet. Blant deltakerne var det 24 eneforsørgende mødre som gjennomførte foreldreprogrammet, og 4 fedre. Overvekten av disse foreldrene var på ungdomsgruppa. Dette kan også forstås som bakgrunn for de forholdsvis høye skårene på intensitet og belastning denne gruppa hadde. Det å være aleine i den daglige omsorgen for ungdommer med uttalte atferdsvansker kan være en svært krevende omsorgsoppgave. Det vil også være utfordrende å opprettholde samhandlingen når det blir konflikter, dersom man ikke har en annen voksenperson å samarbeide med og støtte seg til.

Foreldrenes opplevde tilleggsbelastninger vil og få konsekvenser for i hvor stor grad de klarer å ta inn over seg kunnskap de får på foreldreprogrammene og gjenskape dette som nye samhandlingsmåter i hjemmet, i hvilken grad de mestrer å adaptere kunnskapen. Dette handler både om i hvilken grad de lærer det som formidles i programmene, og i hvor stor grad de gjennom seleksjon klarer å etablere nye samhandlingsstrategier overfor barnet eller ungdommen og faktisk endrer egen atferd. Dersom de ikke konsekvent anvender strategier som er lært i programmene, og systematisk implementerer dem i daglig samhandling, vil det kunne ha konsekvenser for både umiddelbar og varig effekt. Dersom forsterkningsstrategier ikke anvendes systematiske og direkte på ønsket atferd, vil det både ta lengre tid før man ser atferdsendring hos barnet eller ungdommen, eller virke mot sin hensikt da foreldrene kan framstå som mer upredikerbare enn før.

Seleksjon på strateginivå

Ved å anvende seleksjon som analysemodell for effekt av foreldreveiledning er det også aktuelt å se på i hvilken grad seleksjon på strateginivå kan bidra til å underbygge begrunnelse for opprettholdelse av foreldreprogrammene som et etablert tiltak i avdelingen. Dette innebærer å vurdere hvorvidt foreldreveiledningsprogrammene er et vesentlig verktøy i oppfølging og veiledning av familier til barn eller ungdommer med ASF. Axelrod & Cohen (2000) framhever at seleksjon på strateginivå kan være mer lønnsomt enn på individnivå, da man vil kunne nå en større gruppe mennesker. I denne sammenhengen er foreldreprogrammet kostnadseffektivt rent økonomisk sett ved at det gir veiledning til flere foreldre på samme tid og man sparer tid og ressurser i forhold til om disse 2,5 timene over 12 uker skulle gis til samme antall foreldre, men individuelt. Således er dette et viktig argument rent helsepolitisk i forhold til økonomi.

Foreldreprogrammene som strategi viser seg å ha effekt på de enkelte individene og deres subjektive opplevelse av endring. Når man skal selektere effektive strategier for en organisasjon handler det om tilsvarende mekanismer. Det innebærer imidlertid seleksjon på system- og organisasjonsnivå, og hvordan systemet adapterer seg til andre sammenlignbare systemer (Axelrod & Cohen, 2000)

Utarbeidelsen av foreldreprogrammet kan ses på som seleksjon i seg selv, gitt at man forstår dette som replikasjon av andre programmer (Hull et.al., 2001). Programmet inspirert av oppbygningen til De utrolige årene der man har et behov for å endre noen ferdighetsprofiler for å oppnå best mulig resultat. Ut fra de tre hovedpunktene positiv samhandling, forsterkning og læring og grensesetting, har man på bakgrunn av ovennevnte programstruktur og kunnskap om autismspekterforstyrrelser etablert et program med spesifikt selekterte ferdigheter som skal innlæres. Disse ferdighetene er relatert til det man gjennom forskning har erfart er kjernevanskene i autismspekterforstyrrelser, sosial

samhandling, kommunikasjon, felles oppmerksomhet og vansker med imitasjon (Munkhaugen & Larsen, 2012).

Som et adaptivt system som en organisasjon er, er det også nødvendig å tilpasse seg omgivelsene (Axelrod & Cohen, 2000). Dette medfører blant annet et så bredt og dekkende behandlingstilbud om mulig, sammenlignet med andre det er naturlig å sammenligne seg med. Systemet er i stadig endring gitt ulike forventninger som blir lagt fra både myndigheter vedrørende tilbud og fra ledelse om kostnader. Dette innebærer endring i tjenestetilbud, krav til forskning og deltagelse i prosjekter utenfor organisasjonen og på landsbasis.

Programmene i seg selv er derav i en kontinuerlig seleksjonsprosess, der man finner variasjoner over ferdigheter, selekterer, modifierer og anvender dem til det er behov for endring. Dette behovet skapes ofte av seg selv, ved at omgivelsene endres. Programmene må også tilpasse seg endring i vanskene foreldrene rapporterer om og endringer i samfunnet for øvrig. Dette innebærer også revisjon av manualer for å unngå at innholdet blir utdatert, samt at innholdet er i tråd med anbefalinger fra helsemyndigheter og forskning

Konklusjon

Det finnes en tydelig tendens til at foreldreprogrammet i seg selv har en umiddelbar positiv effekt på grad av opplevd stress og belastning hos foreldrene, samt en nedgang i uønsket atferd hos barnet eller ungdommen. Dette er konsistente funn som gjelder både for barnegruppa og ungdomsgruppa. Videre viser funnene at foreldrene i barnegruppa generelt skårer høyere enn foreldrene i ungdomsgruppa både på forekomst av uønsket atferd og grad av belastning. Foreldrene i barnegruppa ligger således i snitt noe høyere enn foreldrene i ungdomsgruppa, både før og etter programmet.

Majoriteten av utvalget hadde også mottatt supplerende tjenester i større eller mindre grad i tillegg til foreldreveiledningsprogrammet. Det var imidlertid en gruppe på 21 personer,

22,58 % av utvalget som kun mottok foreldreveiledningsprogrammet. Man har i dette utvalget de samme funn som i det totale datamaterialet.

Det framkommer ikke entydige funn som tilsier at deltakelse i foreldreprogrammet er en betydningsfull faktor i forhold til om man trenger bistand fra spesialisthelsetjenesten på et seinere tidspunkt. Det er en marginal overvekt av sakene som ikke ble rehvist i etterkant av foreldreprogrammet. Grunnet datamaterialets størrelse og store individuelle forskjeller, som kommer til uttrykk ved store standardavvik, bør man konkludere entydig med forsiktighet. Den generelle tendensen er imidlertid at det ikke har noen åpenbar sammenheng og at man må la andre kontekstuelle variabler også være en del av forklaringen av effekt.

Det imidlertid ikke grunnlag for å si at tilbudet ikke er nyttig i seg selv og innehar komponenter som bidrar til betydelig bedring i samhandling mellom foreldre og barn og unge med ASF. Det kan imidlertid forstås som at det ikke er uttømmende overfor kompleksiteten i behovene til mennesker med ASF og deres nærpåersoner. Sammenlignet med øvrige foreldreveiledningsprogram som er implementert i Norge i dag, sammenfaller dette godt med intensjonen i Rundskriv Q-16/01, *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge* (Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet, 2001) der bakgrunnen for å implementere disse tiltakene i det offentlige helsevesen var å finne tiltak som var effektive parallelt med individuelle tiltak, og ikke som en erstatning.

Referanser

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index, Third Edition: Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV (5 Ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publication.
- Axelrod, R., & Cohen, M. D. (2000). *Harnessing Complexity. Organizational Implications of a Scientific Frontier*. New York: Basic Books.
- Barne, - Likestillings- og Inkluderingsdepartementet. (2001). *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge* (Rundskriv Q16/01). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-om-implementering-av-metoden-p/id108821/>
- Berg, B & Strøm, A. (2012) Et annerledes og ensomt foreldreskap. *Fontene Forskning*, 1, 56-68.
- Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: Familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige atferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1095-1106.
- Donahoe, J. W. (2003). Selectionism. I K. A. Lattal & P. N. Chase (Red.), *Behavior theory and philosophy*. New York: Springer Science + Business Media.
- Eyberg, S. M. & Ross, A.W. (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7, 113-116.
- Estes, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 35(2), 133-138.
doi:10.1016/j.braindev.2012.10.004
- Fossum, S., Handegård, B. H., Drugli, M. B., & Mørch, W.-T. (2010). Utviklingen i barns

- utagerende atferd og mødres oppdragelsespraksis etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(7), 601-607.
- Flora, S. R. (2004). *The power of reinforcement*. New York: State University of New York Press.
- Glenn, S. S. (2003). Operant contingencies and the origin of cultures. I K. A. Lattal & P. N. Chase (Red.), *Behavior Theory and Philosophy*. New York: Springer Science + Business Media.
- Grue, L. (2011). *Hinderløype. Foreldre, barn og funksjonshemming*. Oslo: NOVA.
- Haugen, G.M.D, Hedlund, M & Wendelborg, C. (2012) *Det går ikke an å bruke seg sjøl både på retta og vranga. Om helsebelastning, sårbarhet og forebygging i familier med barn med funksjonsnedsettelse*. Avdeling for mangfold og inkludering, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning.
- Helsedirektoratet. (2012). *ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet 14.10.2014 fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no/#|icd10|ICD10SysDel|-1|flow>
- Hull, D. L., Langman, R. E., & Glenn, S. S. (2001). A general account of selection: Biology, immunology and behavior. *Behavioral and Brain Science*, 24 (3), 511-528.
- Kjøbli, J., Drugli, M. B., Fossum, S., & Askeland, E. (2012). Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får hjelp? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 145-149.
- Kornør, H., & Martinussen, M. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Parenting Stress Index, 3. versjon (PSI). *PsykTestBarn*, 1:2.
- LaVigna, G. (2003). *Emergency management and reactive strategies within a nonaversive framework*. Los Angeles.
- Lucyshyn, J. M., Horner, R. H., Dunlap, G., Albin, R. W., & Ben, K. R. (2002). Positive

- behavior support with families. I J. M. Lucyshyn, G. Dunlap, & R. W. Albin (Red.), *Families & positive behavior support. Adressing problem behavior in family contexts*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Ogden, T. (2002). Multisystemisk behandling av atferdsproblemer - teori og forskningsgrunnlag. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2(2), 39-58.
- Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway. A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621.
- Munkhaugen, E. K & Larsen, K. (2012). *Identifisering, diagnostisering og oppfølging/behandling av førskolebarn med autismspekterforstyrrelse (ASF). En undersøkelse av systemer, rutiner og praksis i Helse Sør-Øst*. Oslo Universitetssykehus.
- Reedtz, C. (2012). Foreldreveiledning fremmer barns og foreldres psykiske helse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(12), 1174-1179.
- 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(1), 31-38.
doi:10.1111/j.1467-9450.2007.00621.x
- Reedtz, C., & Martinussen, M. (2012). Kartlegging av atferdsvansker: Eyberg child behavior inventory. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(2), 156-158.
- Sandaker, I. (2010). Et seleksjonsperspektiv på atferdsendring og læring i systemer. I S. Eikeseth & F. Svartdal (Red.), *Anvendt atferdsanalyse. teori og praksis* (s. 471-485). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Englewood Cliffs: Prentice hall.
- Skog, O.-J. (2004). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo:

Gyldendal Akademisk.

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management

Training - Oregonmodellen (PMTO). Teori, behandlingsprogram og implementering i

Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(7), 587-597.

Stenberg, N. (2012). Identifisering av autismespekterforstyrrelser: Tidlige tegn og

differensialdiagnostiske utfordringer. *Autisme i dag*, 39(1), 3-10.

Taylor, B. A., & McDonough, K. A. (1996). Selecting teaching programs. I C. Maurice, G.

Green, & E. Luce (Red.), *Behavioral intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals* (s. 63-177). Austin: PRO-ED.

Vermeulen, P. (2008). *Jeg er noe helt spesielt. Arbeidsbok i psykoedukasjon for mennesker*

med autisme eller Aspergers syndrom. Oslo: Universitetsforlaget.

Webster-Stratton, C. (2000). *De utrolige årene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tabell 1. ECBI for hele utvalget

Hele utvalget	ECBI* Pre M(SD)	ECBI* Post M(SD)	D	ECBI** Pre M(SD)	ECBI** Post M(SD)	D
Barn rehevist						
Mor (N=19)	145.1(19.66)	130.8(23.23)	5.67	18(8.46)	11.3(7.37)	18.61
Far (N=14)	140.9(12.34)	116.41(25.41)	9.71	19.75(8.91)	10.9(9.08)	24.58
Barn ikke rehevist						
Mor (N=23)	156.26(33.49)	136.78(32.91)	7.73	19.08(9.46)	11.25(8.72)	21.75
Far (N=17)	152(27.66)	118.07(17.89)	13.46	19(8.93)	10.26(8.74)	9.61
Ungdom rehevist						
Mor (N=12)	144.5(19.61)	129.5(21.19)	5.95	18.84(4.54)	14.5(8.44)	12.05
Far (N=8)	127.5(28.28)	117.5(32.09)	3.96	11.7(10.61)	7.57(9.23)	11.47
Ungdom ikke rehevist						
Mor (N=22)	133.5(29.09)	106.7(37.72)	10.63	15.27(6.48)	8.68(5.36)	18.30
Far (N=15)	125.2(40.61)	104.1(36.93)	8.37	14.18(10.07)	8.07(4.95)	16.97

D= Differanse i %. *= intensitetsskala, ** = belastningsskala,

Tabell 2. ECBI kun gjennomført program

	ECBI* pre M(SD)	ECBI* Post M(SD)	D	ECBI** Pre M(SD)	ECBI** Post M(SD)	D
Barn rehevist						
Mor (N=5)	147(26.76)	132.33(11.67)	5.82	19.4(4.21)	9(1.73)	4.96
Far (N=4)	135(11.95)	122.5(4.94)	28.8	21(5.09)	12(5.65)	25
Barn ikke rehevist						
Mor (N=5)	155.83(40.53)	127.6(33.79)	11.20	21(8.24)	16.5(4.94)	12.5
Far (N=5)	151.8(50.48)	105.6(18.18)	18.3	18.8(9.39)	13.66(5.14)	14.27
Ungdom rehevist						
Mor (N=4)	148(15.25)	125.66(9.07)	8.86	18.5(3.96)	11(9.53)	20.83
Far (N=1)	137	120	6.74	5	5	0
Ungdom ikke rehevist						
Mor (N=5)	120.2(26.15)	97.66(16.37)	8.94	14.6(6.58)	8.2(4.76)	17.77
Far (N=3)	94.66(24)	87(29.81)	3.03	7(4.08)	6.66(2.08)	0.94

D= Differanse i %. *= intensitetsskala, ** = belastningsskala,

Tabell 3. ECBI, fordelt etter konsultasjonstall

	ECBI* Pre M (SD)	ECBI* Post M(SD)	D	ECBI** Pre M (SD)	ECBI** post M(SD)	D
Under 10 konsultasjoner						
Barn ikke rehevist						
Mor (N=15)	152(37.62)	132,58(27,06)	7,7	20.56(8.25)	10(7.38)	36
Far (N=13)	147,51(33.29)	117,5(19,06)	12,03	18,28(.93)	9,91(8.83)	23.25
Barn rehevist						
Mor (N=14)	147,5(19.32)	130,6(19,19)	6.70	20.38(4.90)	11,4(6.94)	24.94
Far (N=13)	145,5(22.62)	119.81(14.61)	10.19	20,33(6.53)	12.28(9.92)	23.13
Over 10 konsultasjoner						
Barn ikke rehevist						
Mor (N=7)	163(22.15)	143,83(33,06)	7.60	15.57(12.09)	12(10.89)	9.91
Far (N= 5)	163(18.27)	120(14)	17.06	18(12.21)	10(14.29)	22.22
Barn rehevist						
Mor (N=6)	139,5(23.15)	133(26.87)	2.57	12.33(12.90)	11.2(7.46)	3.13
Far (N=5)	127,5(21.01)	100.66(33.02)	8.56	18(13.52)	8(8.04)	27.77
Under 10 konsultasjoner						
Ungdom ikke rehevist						
Mor (N=17)	130.88(29.87)	103,13(30.31)	11.01	14,35(6.34)	7(4.45)	20.41
Far (N=13)	121,91(42.71)	100,33(37.08)	8.56	13,23(9.42)	7,63(5.05)	15.55
Ungdom rehevist						
Mor (N=8)	138,15(15.73)	122,33(16.93)	6.27	17.3(2.90)	13.14(8.06)	11.55
Far (N=6)	117,83(25.48)	105,25(25.10)	4.99	8.8(8.67)	2.25(1.92)	18.19
Over 10 konsultasjoner						
Ungdom ikke rehevist						
Mor (N=5)	142.4(27.34)	125(19.46)	6.90	18.4(5.2)	15(2.12)	9.44
Far (N=1)	169	138	12.30	32	11	58.33
Ungdom rehevist						
Mor (N=4)	156,5(19,98)	140.25(21.44)	6.44	22.5(5.90)	17.66(8.5)	13.44
Far (N=3)	156,5(7.5)	142(27)	5.75	18.33(12.22)	14.66(10.75)	10.19

D= Differanse i %. *= intensitetsskala, ** = belastningsskala,

Tabell 4. PSI-SF hele utvalget

	PSI-SF Pre M(SD)	PSI-SF Post M(SD)	D
Barn rehevist			
Mor (N=18)	101.83(16.62)	106.87(21.63)	14
Far (N=14)	115(15.47)	121.36(19.37)	17.66
Barn ikke rehevist			
Mor (N=22)	100.81(19.10)	113.66(16.56)	35.69
Far (N=18)	101.61(18.13)	119.42(15.72)	49.42
Ungdom rehevist			
Mor (N=9)	100.55(18.54)	108(13.33)	20.69
Far (N= 6)	93(15.88)	99.33(13.33)	17.58
Ungdom ikke rehevist			
Mor (N=22)	107.36(17.16)	122.64(17.44)	42.4
Far (N=16)	107.12(22.72)	114.9(14.18)	19.61

D= Differanse %

Tabell 5. PSI-SF fordelt etter konsultasjonstall

Fordeling etter konsultasjonstall	PSI-SF Pre M(SD)	PSI-SF Post M (SD)	D
<i>Under 10 konsultasjoner</i>			
Barn ikke rehevist			
Mor (N=14)	102.28(19.38)	115.27(17.66)	36.11
Far (N=13)	102.61(18.30)	115(16.30)	36.08
Barn rehevist			
Mor (N=14)	102.3(18.16)	105.92(21.95)	10.05
Far (N=10)	114.1(14.55)	119.18(17.06)	14.11
<i>Over 10 konsultasjoner</i>			
Barn ikke rehevist			
Mor (N=7)	95(20.33)	109.6(16.16)	40.55
Far (N= 5)	99(19.53)	129.66(8.02)	85.16
Barn rehevist			
Mor (N=6)	100.7(8.87)	107.93(16.37)	20.08
Far (N=5)	116.8(17.19)	131.75(15.62)	41.52
<i>Under 10 konsultasjoner</i>			
Ungdom ikke rehevist			
Mor (N=17)	109.35(18.56)	126.5(16.71)	47.63
Far (N=13)	112.02(22.41)	117.9(10.68)	15.55
Ungdom rehevist			
Mor (N= 6)	103(22.28)	111.5(17.07)	23.61
Far (N= 4)	92.25(20.41)	98.25(13.81)	16.66
<i>Over 10 konsultasjoner</i>			
Ungdom ikke rehevist			
Mor (N=5)	100.6(9.71)	104.66(5.50)	11.27
Far (N= 1)	84	85	2.77
Ungdom rehevist			
Mor (N=3)	95(12.56)	102.75(16.54)	21.52
Far (N= 1)	96	86	-27.77

D= Differanse %

Tabell 6. Korrelasjoner hele utvalget

	Korrelasjonsmatrise hele utvalget												TK	KF
	Ecbi mor pre*	Ecbi far pre*	Ecbi mor post*	Ecbi far post*	Ecbi mor pre**	Ecbi far pre**	Ecbi mor post**	Ecbi far post**	Psi mor pre	Psi far pre	Psi mor post	Psi far post		
Ecbi mor pre*		.48	.75	.66	.59	.56	.27	.45	-.58	-.45	-.22	-.17	.02	-.03
Ecbi far pre*	.48		.60	.74	.45	.65	.49	.64	-.10	-.37	.13	-.39	-.07	-.08
Ecbi mor post*	.75	.60		.76	.46	.68	.59	.50	-.42	-.45	-.63	-.35	.08	.05
Ecbi far post*	.66	.74	.76		.56	.79	.66	.66	-.29	.52	-.12	-.53	-.12	-.08
Ecbi mor pre**	.59	.45	.46	.56		.59	.39	.62	.46	.36	-.29	-.42	-.03	.03
Ecbi far pre**	.56	.65	.68	.79	.59		.54	.68	-.36	-.51	-.20	-.34	-.03	.04
Ecbi mor post**	.27	.49	.59	.66	.39	.54		.60	-.19	-.37	-.54	-.34	.13	.00
Ecbi far post**	.45	.64	.50	.66	.62	.68	.60		-.20	-.38	-.21	-.38	-.01	.14
Psi mor pre	-.58	-.10	-.42	-.29	.46	-.36	-.51	-.20		.52	.32	.31	-.42	-.10
Psi far pre	-.45	-.37	-.45	.52	.36	-.51	-.37	-.38	.52		.02	.57	-.45	-.03
Psi mor post	-.22	-.13	-.63	-.12	-.29	-.20	-.54	-.21	.32	.02		.30	-.63	-.12
Psi far post	-.17	-.39	-.35	-.53	-.42	-.34	-.34	-.38	-.31	.57	.30		.14	.08
TK	.02	-.07	.08	-.12	-.03	-.03	-.13	-.01	-.42	-.45	-.63	.14		
KF	-.03	-.08	.05	-.08	.03	.04	.00	.14	.10	-.03	-.12	-.08		

TK = Totalt antall konsultasjoner, KF = konsultasjoner før programmene, * = ECBI Intensitetsskala, ** = ECBI

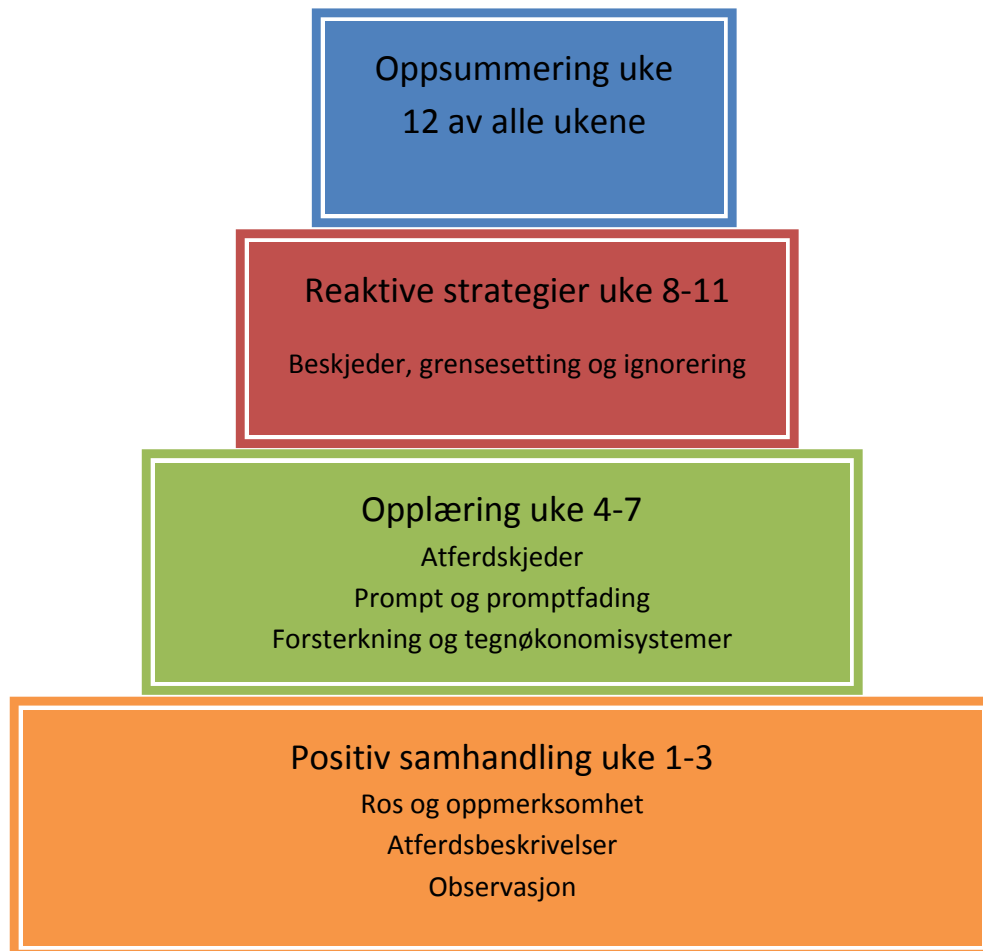
belastningsskala

Tabell 7. Korrelasjoner mellom antall konsultasjoner før programstart, ECBI og PSI-SF.

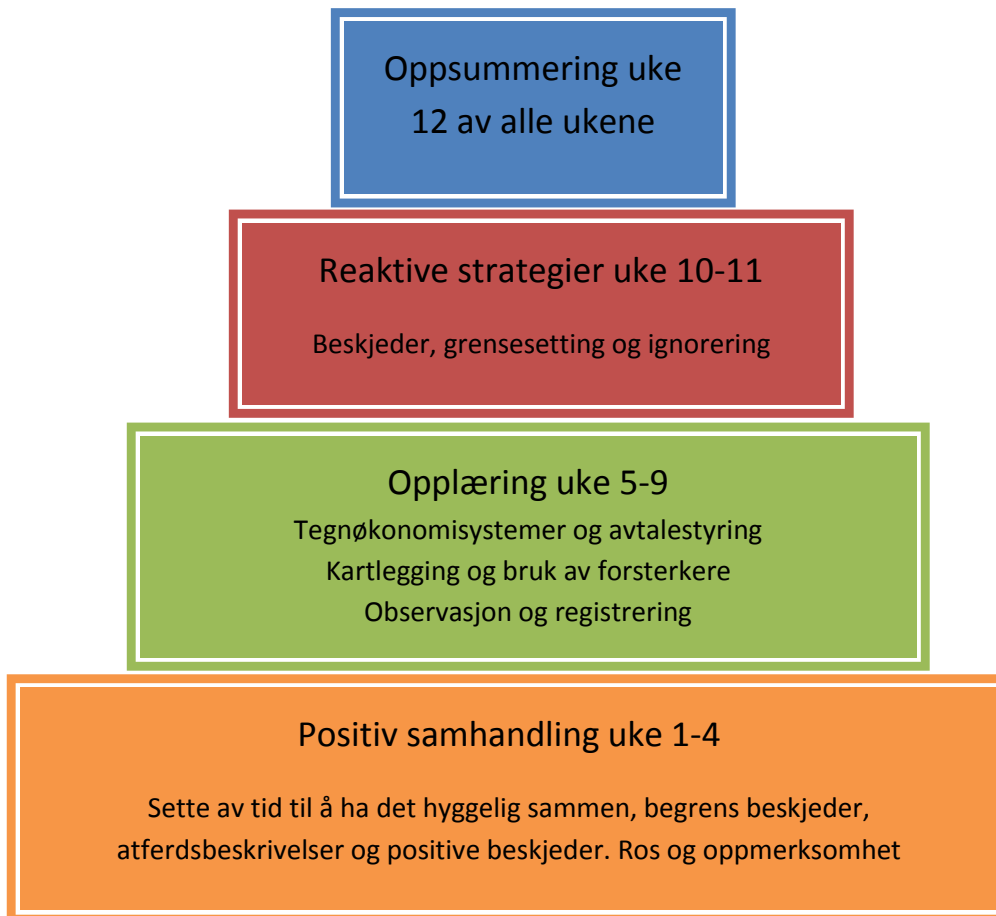
	Ecbi mor pre*	Ecbi far pre*	Ecbi mor pre **	Ecbi far pre **	Psi-sf mor pre	Psi-sf far pre
Barn under 10 rehenvist	-.02	.16	.06	-.20	.00	-.01
Barn under 10 ikke rehenvist	-.22	.03	-.37	.01	.35	-.35
Barn over 10 rehvist	-.44	-.67	-.44	-.67	.74	.59
Barn over 10 ikke rehenvist	.08	-.12	.24	-.33	.33	.44
Ungdom under 10 rehenvist	.46	-.25	-.32	-.29	.74	-.61
Ungdom under 10 ikke rehenvist	-.00	.00	-.72	-.75	-.24	.03
Ungdom over 10 rehenvist	-.96	-.1	-.63	-.66	.19	
Ungdom over 10 ikke rehenvist	-.34	-.75	-.72	-.75	.16	.93

*ECBI intensitetsskala, **ECBI belastningsskala

Figur 1. Foreldreveiledningsprogrammet for barn



Figur 2. Foreldreveiledningsprogrammet for ungdom





Nina Stensland-Rørby
Glennel regionale senter for autisme
Sykehuset i Vestfold
3184 BORRE

Vår dato: 03.07.2014

Vår ref: 39184/3/IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDESKJEMA OM KVALITETSSIKRINGSPROSJEKT

Vi viser til meldeskjema mottatt 30.06.2014 for prosjektet:

39184

Varighet av effekt av gruppebasert veiledning vs individuell veiledning over tid

Prosjektet var først meldt inn som et studentprosjekt ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I telefonsamtale med Nina Stensland-Rørby 03.07.14 fikk personvernombudet presisert at prosjektet skal gjennomføres som intern kvalitetssikring ved Sykehuset i Vestfold, og at kun anonyme opplysninger skal tas med ut av sykehuset for bruk i masterprosjektet.

På bakgrunn av dette har personvernombudet registrert at behandlingsansvarlig for prosjektet er Sykehuset i Vestfold v/Nina Stensland-Rørby. Veileder ved HiOA, Ingunn Sandaker, er orientert om dette i epost 03.07.14, og mottar kopi av dette brevet.

BEHANDLINGSGRUNNLAG

Personvernombudet legger til grunn at prosjektet oppfyller vilkårene i helsepersonelloven § 26 og følgelig er å anse som et kvalitetssikringsprosjekt med forankring i ledelsen ved Sykehuset i Vestfold HF. Behandlingen har hjemmel i helseregisterloven § 5 og utløser meldeplikt i henhold til helseregisterloven § 29.

På bakgrunn av helsepersonellovens krav om forankring i virksomhetens ledelse anbefaler personvernombudet at oppdraget formaliseres skriftlig og rettes til navngitt(e) person(er). Personvernombudet ber om å få kopi for arkivering (sendes: personvernombudet@nsd.uib.no).

Det skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for å oppfylle formålet med kvalitetssikringsprosjektet. I henhold til helsepersonelloven skal opplysningene så langt det er mulig, være uten individualiserende kjennetegn.

Dersom det skulle bli aktuelt å benytte personidentifiserbare data fra kvalitetssikringsprosjektet til forskning må det innhentes nødvendig tillatelse for dette, fra REK (jf. helseforskningsloven) eller fra Personvernombudet for forskning/Datatilsynet (jf. personopplysningsloven).

FORMÅL OG DATA

Datamaterialet vil bestå av journalopplysninger om pasienter (barn med autisme) og deres foreldre som gjennomgikk foreldreveiledningsprogrammet ved Glenne i perioden 2005-2007, og pasienter/foreldre som mottok ordinær veiledning i samme periode.

Formålet er å analysere om foreldreprogrammet har mer varig effekt enn ordinær veiledning. Effekten måles ut fra antall rehenvisninger i de aktuelle sakene.

Administrator for journalsystemet trekker utvalget og leverer data om pasientene til prosjektleder. Registeret vil inneholde saksnummer som viser tilbake til navn/fødselsnummer i journal. Vi forstår det slik at administrator oppbevarer koblingsnøkkel. Opplysninger i registeret vil bl.a. være henvisningsdato, diagnose, antall konsultasjoner, type veiledning og varighet på veiledningen. Det tas høyde for at datasettet vil kunne inneholde indirekte personopplysninger.

PROSJEKTSLUTT

Prosjektet avsluttes 15.11.2014. Datamaterialet som er benyttet til kvalitetssikringsformål skal da anonymiseres. Anonymisering vil innebære at direkte personopplysninger/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personopplysninger slettes eller omkodes/grovkategoriseres, slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i datamaterialet.

AVSLUTNING

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, samt helseregisterloven og personopplysningsloven med forskrifter.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Katrine Utaaker Segadal


Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset inga.brautaset@nsd.uib.no

Kopi: Ingunn Sandaker, Høgskolen i Oslo og Akershus

EYBERGS REGISTRERING AV ATFERD HOS BARN

Produisert med spesiell tillatelse fra forlaget, Psychological Assessment Resources, Inc. 16204 North Florida Avenue. Lutz, Florida 33549, fra Eyberg Child Behavior Inventory av Sheila Eyberg, Ph.D., Copyright 1974 ved PAR, Inc. Ytterligere reproduksjon er forbudt uten tillatelse fra PAR, Inc. Oversatt til Norsk ved professor Willy-Tore Mørch, ABUP, Universitetet i Tromsø

Barnets navn:

Alder:

Dato:

Mor:

Far:

Bruksanvisning: Nedenfor er det en del utsagn som beskriver barns atferd. Vær vennlig å (1) lag en sirkel rundt det tallet som tilsvarer hvor ofte atferden på nåværende tidspunkt forekommer hos ditt barn, og (2) lag en sirkel rundt enten ”ja” eller ”nei” avhengig av om denne atferden på nåværende tidspunkt oppleves som et problem for deg.

Hvor ofte forekommer disse hos ditt barn?

	<u>Aldri</u>	<u>Sjelden</u>	<u>Noen</u> <u>ganger</u>	<u>Ofte</u>	<u>Alltid</u>	<u>Er dette et</u> <u>problem for deg?</u>			
1. Somler med påkledning	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
2. Somler eller haler ut tiden ved måltider	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
3. Dårlig bordskikk	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
4. Nekter å spise maten som blir servert	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
5. Nekter å utføre daglige gjøremål når han/ hun blir bedt om det	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
6. Somler/haler ut tiden med kveldsstellet	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
7. Nekter å legge seg til fastsatt tid	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
8. Følger ikke husregler av seg selv	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
9. Adlyder ikke uten trussel om straff	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
10. Reagerer med trass hvis han/hun blir bedt om å gjøre noe	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
11. Krangler/diskuterer med foreldre om regle	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
12. Bli sint hvis han/hun ikke får det som han/hun ikke vil	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
13. Har sinne/raserianfall	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
14. Er frekk overfor voksne	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
15. Syter, klager	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
16. Gråter lett	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
17. Hylar og skriker	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
18. Slår foreldrene	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
19. Ødelegger leker og andre ting	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
20. Er skjødesløs/uforsiktig med leker og annet	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
21. Stjeler	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
22. Lyver	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
23. Erter eller provoserer andre barn	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
24. Krangler med venner på egen alder	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
25. Krangler med søsken	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
26. Slåss med venner på egen alder	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
27. Slåss med søsken	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
28. Forsøker stadig å få oppmerksomhet	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
29. Avbryter andre	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
30. Bli lett distraheret	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
31. Har vansker med å konsentrere seg	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
32. Har vansker med å fullføre en oppgave	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
33. Har vansker med å underholde seg selv	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
34. Har vansker med å konsentrere seg om en ting av gangen	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
35. Er overaktiv og rastløs	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei
36. Sengevæting	1	2	3	4	5	6	7	Ja	Nei

PSI Spørreskjema Kortversjonen

brukes sammen med PSI3 Plus programvare

ID-kode/REG.NO: _____

Navn på den som fyller ut skjemaet: _____

Forholdet utfyller/barn: Mor (eller kvinnelige verge) Far (eller mannlig verge)

Etnisk tilhørighet: _____ Alder: _____

Barnets navn: _____ Alder: _____

Utfyllingsdato: _____

Instrukser:

Fyll ut opplysningsrubrikkene ovenfor før du begynner med spørreskjemaet.

Dette spørreskjema inneholder 36 utsagn. Les hvert utsagn nøye. Fokuser kun på det aktuelle barnet (navn ovenfor) og ring inn det svaret som er mest representativt for din mening.

Ring inn: SE hvis du er sterkt enig med utsagnet.
E hvis du er enig med utsagnet.
IS hvis du er ikke sikker.
U hvis du er uenig med utsagnet.
SU hvis du er sterkt uenig med utsagnet.

For eksempel, hvis du liker å gå på kino fra tid til annen, ville du ringe inn E som svar til følgende utsagn:

Jeg liker å gå på kino SE (E) IS U SU

Selv om du ikke finner et svar som passer dine følelser nøyaktig, vennligst ring inn det svaret som ligner mest din mening. Din første reaksjon til hvert spørsmål bør være svaret ditt.

Ring inn bare et svar til hvert utsagn, og svar på samtlige utsagn. Bruk ikke viskelær! Hvis du trenger å forandre et svar, sett et kryss på det gale svaret og ring inn det korrekte, f.eks.,

Jeg liker å gå på kino SE (E) IS U SU

	SE=sterkt enig	E=enig	IS=ikke sikker	U=uenig	SU=sterkt uenig					
					1	2	3	4	5	
1. Jeg føler ofte at jeg ikke takler ting særlig bra.	SE	E	IS	U	SU					
2. Jeg finner at jeg gir mer av livet mitt til å tilfredsstillere behovene til mine barn enn jeg noen gang hadde forventet.	SE	E	IS	U	SU					
3. Jeg føler meg fanget av mitt ansvar som forelder.	SE	E	IS	U	SU					
4. Siden jeg fikk dette barnet har jeg ikke vært i stand til å gjøre nye, annerledes ting.	SE	E	IS	U	SU					
5. Siden jeg fikk et barn føler jeg at jeg nesten aldri får gjøre ting som jeg liker.	SE	E	IS	U	SU					
6. Jeg er ikke tilfreds med de siste klærne som jeg kjøpte til meg selv.	SE	E	IS	U	SU					
7. Det er nokså mange ting med livet mitt som bekymrer meg.	SE	E	IS	U	SU					
8. Å få barn har ført til flere problemer med min ektefelle/samboer enn jeg hadde forventet.	SE	E	IS	U	SU					
9. Jeg føler meg ensom og uten venner.	SE	E	IS	U	SU					
10. Når jeg går på fest/selskap forventer jeg ikke å hygge meg.	SE	E	IS	U	SU					
11. Jeg er ikke så interessert i andre mennesker som før.	SE	E	IS	U	SU					
12. Jeg nyter livet mindre enn før.	SE	E	IS	U	SU					
13. Det er ikke ofte at mitt barn gjør ting for meg som får meg til å føle meg lykkelig.	SE	E	IS	U	SU					
14. Fra tid til annen føler jeg at mitt barn ikke liker meg og har heller ikke lyst å være nær meg.	SE	E	IS	U	SU					
15. Mitt barn smiler til meg mye mindre enn jeg hadde forventet.	SE	E	IS	U	SU					
16. Når jeg gjør noe for barnet mitt, føler jeg at det setter lite pris på min innsats.	SE	E	IS	U	SU					
17. Når mitt barn leker er det sjelden at han/hun kniser eller ler.	SE	E	IS	U	SU					
18. Barnet mitt ser ikke ut til å lære så fort som barn flest.	SE	E	IS	U	SU					
19. Barnet mitt ser ikke ut til å smile så mye som barn flest.	SE	E	IS	U	SU					
20. Mitt barn er ikke i stand til å gjøre så mye som jeg hadde forventet.	SE	E	IS	U	SU					
21. Det tar lang tid og er meget vanskelig for mitt barn å bli vant til nye ting.	SE	E	IS	U	SU					
For utsagn nr. 22, velg et svar blant nr. 1 - 5.										
22. Jeg føler at jeg er:						1	2	3	4	5
1. ikke særlig bra som forelder										
2. en som har problemer med å være forelder										
3. omtrent på gjennomsnittet										
4. bedre enn gjennomsnittet foreldre										
5. en meget god forelder										
23. Jeg hadde forventet å ha sterkere, varmere følelser for mitt barn enn jeg har, og dette bekymrer meg.	SE	E	IS	U	SU					
24. Iblandt gjør mitt barn ting som plager meg bare for å være slem.	SE	E	IS	U	SU					
25. Det virker som om mitt barn gråter og skaper seg oftere enn barn flest.	SE	E	IS	U	SU					
26. Når han/hun våkner er mitt barn vanligvis i dårlig humør.	SE	E	IS	U	SU					
27. Jeg føler at mitt barn er veldig lunefullt og blir lett opprørt.	SE	E	IS	U	SU					
28. Barnet mitt gjør enkelte ting som plager meg en god del.	SE	E	IS	U	SU					
29. Mitt barn reagerer sterkt når det skjer noe som han/hun ikke liker.	SE	E	IS	U	SU					
30. Barnet mitt blir lett lei seg på grunn av bagateller.	SE	E	IS	U	SU					
31. Det ble mer vanskelig enn jeg hadde forventet å etablere en rutine for leggetid eller måltider for mitt barn.	SE	E	IS	U	SU					
For utsagn nr. 32, velg et svar blant nr. 1 - 5.										
32. Jeg har erfart at å få barnet mitt til å gjøre noe eller å holde opp å gjøre noe er:						1	2	3	4	5
1. mye mer vanskelig enn jeg hadde forventet										
2. noe mer vanskelig enn jeg hadde forventet										
3. omtrent like vanskelig som jeg hadde forventet										
4. noe lettere enn jeg hadde forventet										
5. mye lettere enn jeg hadde forventet										
For utsagn nr. 33, velg et svar blant nr. 1 - 5.										
33. Tenk nøye over hvor mange ting som ditt barn gjør som plager deg, f.eks. somler bort tiden, nekter å høre etter, er hyperaktiv, gråter, avbryter andre, slåss, jamrer, osv. Omring sifrene som indikerer det antall ting som du har telt opp.	10+	8-9	6-7	4-5	1-3					
34. Mitt barn gjør enkelte ting som virkelig plager meg.	SE	E	IS	U	SU					
35. Mitt barn ble mer problematisk enn jeg hadde forventet.	SE	E	IS	U	SU					
36. Mitt barn krever mer av meg enn barn flest.	SE	E	IS	U	SU					