

Hvordan påvirker CU-trekk behandlingsutfall?

*- Får barn med CU-trekk nytte av
foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten*

Tonje Børseth Barca



Hovedoppgave ved psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2016

Hvordan påvirker CU-trekk behandlingsutfall

*- Får barn med CU-trekk nytte av
foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten*

En kvantitativ studie

Tonje Børseth Barca

© Tonje Børseth Barca

2016

Hvordan påvirker CU-trekk behandlingsutfall? – *Får barn med CU-trekk nytte av foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten.*

Tonje Børseth Barca

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Forfatter: Tonje Børseth Barca

Tittel: Hvordan påvirker CU-trekk behandlingsutfall? – *Får barn med CU-trekk nytte av foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten.*

Hovedveileder: Gunnar Bjørnebekk

Biveileder: Dag-Erik Eilertsen

Bakgrunn: Det er store risikofaktorer knyttet til atferdsvansker i barndommen og foreldretrening er ofte det foretrukne behandlingsvalget. Etter avsluttet behandling har likevel ett av tre barn fortsatt store atferdsvansker og ulike tilpasninger kan være nødvendig for at flere barn og familier skal få best mulig utbytte av behandlingen. Barn med høye CU-trekk (*callous unemotional-traits*) viser jevnt over alvorlige atferdsproblemer, og forskning tyder også på at disse trekkene kan være med på å redusere effekten av behandlingen.

Foreldrerådgivning er en del av Tidlig Intervensjon for Barn I Risiko (TIBIR) og er en kortvarig intervensjon for familier med barn med atferdsvansker. TIBIR begynner å bli godt implementert i det norske systemet og foreldrerådgivning har vist seg å være en effektiv behandling for atferdsproblemer i førstelinjetjenesten. Foreldrerådgivning er i tillegg en fleksibel intervensjon som skal tilpasses den unike familie og deres behov som kan være en fordel ved behandling av barn med høye CU-trekk. Målet med dette studiet var å undersøke hvordan CU-trekk påvirker behandlingsutfall. I tillegg skal studiet sammenligne effekten av foreldrerådgivning med annen tilgjengelig behandling i førstelinjen for barn med disse trekkene.

Metode: Denne oppgaven er bygget på data fra et studie ved Atferdssenteret om effektiviteten av foreldrerådgivning i førstelinjetjenesten. 216 barn og deres familier ble rekruttert og randomisert til foreldrerådgivning eller en sammenligningsgruppe som mottok annen tilgjengelig behandling. Barna ble sammenlignet ved inntak og etter behandling for å undersøke behandlingsutbytte med seks mål på eksternaliserende atferd og sosial kompetanse. Det ble benyttet hierarkisk regresjon og et interaksjonsledd ble inkludert for å undersøke den modererende effekten av CU-trekk på de ulike behandlingstilbudene.

Resultater: CU-trekk er assosiert med større atferdsproblemer og lavere sosial kompetanse før behandling, rapportert både av foreldre og lærere. Det er i tillegg en unik prediktor på lærerrapportert sosial kompetanse og foreldrerapportert intensitet av problematferd. I motsetning til hva som var forventet var det ingen interaksjonseffekt mellom intervensjonstype og CU-trekk.

Konklusjon: Resultatene i dette studiet tyder på at barn med høye CU-trekk får effekt av behandlingen som er tilbudt i dag. Barn med lavere nivåer av CU-trekk får derimot mer ut av behandlingen, om det er foreldrerådgivning eller annen tilgjengelig behandling som blir tilbudt. Videre forskning bør derfor bidra til å utvikle behandlingstilbud som i større grad er tilpasset behovene til barn med høye CU-trekk.

Forord

I forbindelse med denne oppgaven ønsker jeg først og fremst å takke Gunnar Bjørnebekk ved Atferdssenteret for god oppfølging, inspirerende faglige samtaler og ikke minst grundig og kompetent veiledning. I tillegg vil jeg takke Atferdssenteret for tilgang på datamateriale. Jeg ønsker også å takke Dag-Erik Eilertsen for uvurderlig metodehjelp og tilbakemeldinger på oppgaven.

Til slutt ønsker jeg å takke alle de flotte menneskene jeg har hatt rundt meg i denne prosessen og som har støttet meg i både opp- og nedturer.

Oslo, April 2016.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Hva er atferdsproblemer	2
1.1.1	Begrepsavklaring: Atferdsforstyrrelse eller atferdsproblemer	2
1.1.2	Konsekvenser	3
1.1.3	Prevalens	4
1.2	Behandling av atferdsproblemer	4
1.2.1	Foreldretrening	4
1.2.2	Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)	5
1.2.3	Foreldrerådgivning	6
1.3	Hva er CU-trekk	8
1.3.1	Operasjonalisering – Hva er CU-trekk	8
1.3.2	Proaktiv og reaktiv aggresjon	8
1.3.3	Prevalens og sammenheng med atferdsvansker	9
1.3.4	Kjennetegn ved CU-trekk	9
1.4	Mulige konsekvenser av CU-trekk	10
1.5	Årsaker og sammenhenger til CU	11
1.5.1	Arv og miljø	11
1.5.2	Hjemmemiljø	12
1.5.3	Sammenfatning	14
1.6	CU-trekk og behandling	14
1.6.1	Hvor skal intervensjonsfokuset være?	15
1.6.2	Behandlingsutbytte	16
1.6.3	Litteraturstudier	17
1.6.4	Sammenfatning behandlingsutbytte	18
1.7	Denne studien	18
2	Metode	20
2.1	Utvalg	20
2.1.1	Deltagere og rekruttering	20
2.1.2	Frafall	21
2.2	Prosedyrer	21
2.3	Intervensjon	22
2.4	Måleinstrumenter	23
2.4.1	Mål på CU-trekk	23
2.4.2	Eyeberg Child Behaviour Inventory (ECBI)	24
2.4.3	Home and Community Social Behaviour Scale (HCSBS)	25
2.4.4	School Social Behaviour Scale (SSBS)	25
2.5	Analysestrategi	25
2.5.1	Frafallsanalyser	25
2.5.2	Hovedanalyser	26
3	Resultater	27
3.1	Frafallsanalyser	27
3.2	Baselineanalyser	29
3.2.1	Deskriptiv statistikk pretest	29
3.2.2	Intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen	30
3.2.3	Korrelasjon mellom atferd og CU	31

3.3 CU som prediktor på behandlingsutfall	32
3.3.1 ECBI intensitetsskala	33
3.3.2 ECBI problemskala	34
3.3.3 HCSBS Antisocial atferd.....	35
3.3.4 HCSBS Sosial kompetanse	35
3.3.5 SSBS Antisocial atferd (lærer)	37
3.3.6 SSBS Sosial kompetanse (lærer).....	39
4 Diskusjon.....	40
4.1 Frafall.....	40
4.2 Hva kjennetegner de som skårer høyt på CU ved behandlingsstart?.....	41
4.3 Sammenheng mellom CU-trekk og behandlingstype.....	42
4.4 CU-trekk som prediktor for behandlingsutfall.....	43
4.4.1 Er CU-trekk en prediktor for utfall på ECBI?	43
4.4.2 Fører CU-trekk til dårligere behandlingsutfall ved sosial kompetanse?.....	44
4.4.3 Ulike utfallsmål på antisocial atferd.....	44
4.4.4 Oppsummering av CU som prediktor	45
4.5 Styrker og begrensninger ved studiet	45
4.6 Oppsummering og videre forskning.....	46
Litteraturliste	48
Appendiks A	57

Tabeller og Figurer

Figur 1. Flowchart av foreldrerådgivningsstudien	22
Tabell 1. <i>Oversikt over subskalaer og spørsmål i målemodellen for CU-trekk</i>	24
Tabell 2. <i>Sammenligning av demografiske variabler mellom gruppen som fullførte og frafallsgruppen.</i>	28
Tabell 3. <i>Sammenligning mellom gruppen som fullførte og frafallsgruppen. Gjennomsnitt, standardavvik og t-test for CU-trekk og utfallsmålene pretest.</i>	29
Tabell 4. <i>Deskriptiv statistikk for den uavhengige variabelen CU-trekk og de avhengige variablene.</i>	30
Tabell 5. <i>Demografiske variabler i intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen pretest</i>	30
Tabell 6. <i>Sammenligning mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen pretest. Gjennomsnitt, standardavvik og t-test for CU-trekk og utfallsmålene.</i>	31
Tabell 7. <i>Korrelasjoner mellom demografiske variabler, CU-skårer og utfallsvariabler pretest</i>	32
Tabell 8. <i>Regresjonsmodell med Eyeberg Child Behaviour Inventory (ECBI) intensitetsskala som utfallsvariabel</i>	33
Tabell 9. <i>Regresjonsmodell med Eyeberg Child Behaviour Inventory (ECBI) problemskala som utfallsvariabel</i>	34
Tabell 10. <i>Regresjonsmodell med Home and Community Social Behaviour Scale (HCSBS) for antisosial atferd som utfallsvariabel</i>	35
Tabell 11. <i>Regresjonsmodell med Home and Community Social Behaviour Scale (HCSBS) for sosial kompetanse som utfallsvariabel</i>	36
Figur 2. <i>Sammenheng mellom CU-trekk og intervensjonstype på påvirkningen av behandlingsutfall i HCSBS sosial kompetanse</i>	37
Tabell 12. <i>Regresjonsmodell med School Social Behaviour Scale (SSBS) for antisosial atferd som utfallsvariabel</i>	38
Figur 3. <i>Sammenheng mellom CU-trekk og intervensjonstype på påvirkningen av behandlingsutfall i SSBS antisosial atferd</i>	38
Tabell 13. <i>Regresjonsmodell med School Social Behaviour Scale (SSBS) for sosial kompetanse som utfallsvariabel</i>	39
Appendiks A - Fullstendig korrelasjonstabell.....	57

1 Innledning

Atferdsproblemer er en av de vanligste henvisningsårsakene til spesialisthelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, i Norge (Skogen & Torvik, 2013). Diagnosen atferdsforstyrrelser skiller seg i tillegg fra andre psykiske lidelser ved at den er forankret i individets sosiale kontekst og har konsekvenser for ofre, foruten å påføre skade på den individuelle personen (Moffitt & Scott, 2011). I 2011 var hele 12 % av henvisningene gjort på grunnlag av mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse (Skogen & Torvik, 2013), og atferdsproblemer kan ha store konsekvenser for barna i tillegg til å være svært kostbart for samfunnet (Foster, Jones, & Group, 2005). Det er likevel stor forskjell på samfunnskostnadene for et barn med alvorlig atferdsforstyrrelse og for barn med lavere, men noe forhøyede, nivåer av problematferd (Foster et al., 2005). Det er derfor viktig både for barnet selv og for familien rundt, men også for samfunnet, med tidlige intervensjoner. Et prosjekt for tidlig intervensjoner er det statlige initiativet TIBIR som står for Tidlig Innsats for Barn i Risiko. TIBIR ble utviklet for å bedre bruken av evidensbaserte intervensjoner i arbeidet med å forebygge og behandle atferdsvansker (Solholm, Kjøbli, & Christiansen, 2013). Foreldrerådgivning er en del av TIBIR og har vist seg å ha god effekt på mange barn med begynnende atferdsproblemer (Kjøbli & Bjørnebekk, 2013; Kjøbli & Ogden, 2012).

Barn med høye CU-trekk (*callous and unemotional*) er derimot en gruppe barn som ofte viser dårligere respons på behandling enn barn uten disse trekkene (Frick, Ray, Thornton, & Kahn, 2013). Denne gruppen er i tillegg spesielt utsatt for å utvikle alvorlige atferdsvansker (Dadds, Cauchi, Wimalaweera, Hawes, & Brennan, 2012; Pasalich, Dadds, Hawes, & Brennan, 2011), og har ofte et spesielt alvorlig og voldelig atferdsmønster (Frick et al., 2013; White, Frick, Lawing, & Bauer, 2013). Ettersom det er viktig at også denne gruppen barn får hjelp av tilgjengelige behandlingsmetoder, er det presserende å undersøke om foreldrerådgivning gir ønsket effekt også til familier med barn med høye CU-trekk, eller om metoden bør tilpasses mer til disse familiene.

Denne studien baserer seg på data fra et større randomisert studie ved Atferdssenteret som undersøkte behandlingseffekten av foreldrerådgivning for barn med atferdsproblemer (Kjøbli & Ogden, 2012). Studien sammenlignet foreldrerådgivning med annen tilgjengelig praksis, hvor foreldrerådgivning viste seg å ha god effekt. Ettersom det likevel ikke er alle familier

som får like stort utbytte av foreldrerådgivningen er det nyttig å undersøke hvilke karakteristika som kjennetegner denne gruppen, slik at de kan få et fullgodt tilbud på lik linje med andre familier. Ettersom mye tyder på at barn med CU-trekk er en slik behandlingsresistent gruppe, er det sentralt å undersøke om foreldrerådgivning virker for dem og deres familier. Denne oppgaven fokuserer på barn med atferdsproblemer og CU-trekk og tar for seg hvordan CU-trekk hos barn kan påvirke effekten av behandling av atferdsproblemer med fokus på foreldrerådgivning.

1.1 Hva er atferdsproblemer

1.1.1 Begrepsavklaring: Atferdsforstyrrelse eller atferdsproblemer

Begrepsmessig er det viktig å skille mellom den diagnostiske kategorien atferdsforstyrrelse og andre begreper for problematferd som atferdsproblemer og atferdsvansker. De to sistnevnte begrepene refererer ikke til en diagnostisk kategori per se, men til former for eksternaliserende atferd som er problematisk og normbrytende. Begrepene er derimot upresise og innholdet i begrepene kan variere, og atferdsvanskene kan være innenfor eller utenfor det diagnostiske området (Skogen & Torvik, 2013). Diagnosen atferdsforstyrrelse (CD) innebærer i følge ICD-10 et mønster av gjentatt og vedvarende dyssosial, aggressiv eller utfordrende atferd som bryter med sosiale forventninger og normer for alderen. Atferdsforstyrrelser er også mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller opprørstrang i ungdomsårene og kan innebære atferd som gjentatt lyving for å oppnå goder, oppstart av slåsskamper, fysiske grusomheter overfor mennesker eller dyr, ildpåsetting, stjeling, skulking eller lignende (World Health Organization, 1992). I ICD-10 blir diagnosen for atferdsforstyrrelse videre inndelt i mindre kategorier, som sosialisert og usosialisert atferdsforstyrrelse og atferdsforstyrrelse begrenset til familien. I tillegg kategoriserer ICD-10 opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) som en undergruppe av atferdsforstyrrelser. ODD oppstår vanligvis hos yngre barn og innebærer markert trass, ulydighet og nedbrytende atferd, men som ikke omfatter de mer ekstreme formene for aggressiv og dyssosial atferd (World Health Organization, 1992). ICD-10 benyttes i klinisk diagnostisering i Norge i dag. DSM-5 benyttes derimot mye i forskning og skiller overordnet mellom opposisjonell atferdsforstyrrelse og alvorlig atferdsforstyrrelse, men innholdet i de ulike diagnosene er tilnærmet likt i de to diagnosemanualene. Det anbefales både i ICD-10 og DSM-5 at man setter alvorlighetsgrad av atferdsvanskene – mild, moderat eller alvorlig, og i tillegg spesifiserer om debutalder er før eller etter 10-års alder (American Psychiatric Association,

2013; World Health Organization, 1992). I tillegg anbefaler DSM-5 en spesifisering ved alvorlig atferdsforstyrrelse om barnet eller ungdommen viser begrensede prososiale emosjoner, som mangelfull anger og skyld, ufølsom mangel på empati, likegyldighet for prestasjoner samt grunn eller mangelfull affekt (American Psychiatric Association, 2013). Denne undergruppen kan sees i sammenheng med trekket kalt Callous-Unemotional (CU) som beskriver en tendens til mangelfull empati og grunne eller mangelfulle følelser (Frick et al., 2013).

Atferdsproblemer fører til belastning og plager for både barna, familiene deres og skolen (Lahey, Loeber, Quay, Frick, & Grimm, 1997). Foreldre søker hjelp når de opplever stort ubehag og stor belastning i foreldrerollen, uavhengig av nivået av barnets psykopatologi (Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, Van der Ende, & Verhulst, 2003). Ettersom mange barn og foreldre opplever atferdsproblemer som problematiske selv om de ikke når opp til diagnosekriteriene (Zwaanswijk et al., 2003), og fordi alvorlig problematferd ofte fører til diagnostiserbare atferdsforstyrrelser senere (Mannuzza, Klein, Abikoff, & Moulton Iii, 2004), er det viktig å intervensere tidlig ved atferdsproblemer. Denne oppgaven fokuserer derfor på barn som opplever store atferdsproblemer, uavhengig om problemene oppfyller de diagnostiske kriteriene i diagnosemanualene eller ikke. I denne teksten vil uttrykkene atferdsproblemer og atferdsvansker bli brukt om hverandre om problematferd hos barn, uavhengig om det oppfyller kriteriene for å sette diagnosen.

1.1.2 Konsekvenser

Mistanke om atferdsforstyrrelse er en av de fire vanligste henvisningsårsakene blant barn og unge. Sammen med hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), depresjon og angstlidelse utgjør den over to tredjedeler (70 %) av alle nyhenvisninger til spesialisthelsetjenesten (Krogh & Bukten, 2014). I tillegg er risikoene ved å ha atferdsforstyrrelser som barn mange. Barn som utvikler atferdsvansker har i voksen alder økt risiko for rusbruk, kriminalitet, og psykiske vansker som angst, depresjon og antisosial personlighetsforstyrrelse (Fergusson, John Horwood, & Ridder, 2005). Komorbiditet er også svært vanlig og særlig med andre eksternaliserende lidelser som ADHD og rusmisbruk. Dette utgjør en betydelig ekstrabelastning for personer som rammes av atferdsforstyrrelser og forverrer både prognosen og alvorlighetsgraden av konsekvensene (Skogen & Torvik, 2013). Det er likevel ikke alle med atferdsproblemer som utvikler alvorlig atferdsforstyrrelse. Alvorlighetsgraden av problematferden, som tyveri, skulking og vandalisme er derimot signifikant relatert til

atferdsforstyrrelse i ungdomsårene (Mannuzza et al., 2004). Og hos barn under 13 år vil spesielt symptomer på grusomheter, å stikke av og bryte seg inn i bygninger være mest predikative. For jenter er i tillegg det å starte slåsskamper inkludert (Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000).

1.1.3 Prevalens

Atferdsvansker er en vanlig henvisningsårsak i psykisk helsevern for barn og unge, og i 2013 var mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse en av de vanligste henvisningsgrunnene blant gutter mellom 7 og 12 år kun forsert av mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) (Krogh & Bukten, 2014). I følge folkehelseinstituttets rapport fra 2013 var det en prevalens på alvorlig atferdsforstyrrelse på 1,7 % og en prevalens på 1,8 % for opposisjonell atferdsforstyrrelse blant norske barn og unge under 18 år (Skogen & Torvik, 2013).

Sammenlagt kan vi tenke oss at den summerte prevalensen for diagnostiserbare atferdsforstyrrelser i Norden ligger omkring 3,5-3,7 % (inkludert både CP og ODD) (Skogen & Torvik, 2013). Til tross for at de norske forekomsttallene er noe lavere enn i andre land i Europa, er det svært vanlig å ha symptomer på atferdsproblemer som ikke regnes som alvorlige nok til å sette en diagnose (Skogen & Torvik, 2013). Samtidig er det mange typer alvorligproblematferd som ikke kan diagnostiseres som psykiske lidelser i følge diagnosemanualene, for eksempel fordi atferdsproblemene kun vises på ett område, eller at varighetskravet på minimum 6 måneder ikke er møtt (World Health Organization, 1992). Dette tyder på at det er flere barn som har vansker med problematferd enn de som tilfredsstillt diagnosekriteriene. På samme måte har overkant av 40 % av ungdommer minst ett symptom på alvorlig atferdsforstyrrelse (Rose, Dick, Viken, Pulkkinen, & Kaprio, 2004) og dette tyder på at det er en glidende overgang mellom normalatferd og atferdsforstyrrelser.

1.2 Behandling av atferdsproblemer

1.2.1 Foreldretrening

Vi vet at atferdsvansker er sterkt assosiert med familiefaktorer (Moffitt & Scott, 2011), og familieintervensjoner er derfor et naturlig valg ved behandling av atferdsproblemer hos barn og unge. Foreldretrening har flere ganger vist seg å ha bedre effekt enn alternative behandlingsmetoder og er den vanligste formen for empirisk støttede behandlingstiltak for atferdsproblemer (Weisz, Hawley, & Doss, 2004). Målet med foreldretrening er å styrke foreldrenes evne til å håndtere atferd, samt forbedre kvaliteten på relasjonen mellom foreldre

og barn (Moffitt & Scott, 2011). Endringer oppnådd etter foreldretrening holder seg ved oppfølging både ett og to år etter behandling (Nixon, Sweeney, Erickson, & Touyz, 2004). Det finnes mange former for foreldretrening med ulike tilnærminger, hvor Pattersons Parent Management Training – Oregon modellen (PMTO) og Webster-Stratton sitt foreldretreningsprogram fra De utrolige årene (DUÅ) har særlig innflytelse (Weisz et al., 2004). PMTO baserer seg på Patterson og kollegaers teori for sosial interaksjon og læring (SIL) (Patterson, 1982) og har som mål å promotere effektive foreldreferdigheter og redusere og hindre videre eskalering av barnets problematferd (Tommeraas & Ogden, 2015). SIL bygger på at barn lærer atferd gjennom sosiale interaksjoner. Tvingende samspill i familien oppstår når barnets aggressive atferd blir negativt forsterket (Patterson & Reid, 1984; Solholm et al., 2013). Dette finner sted når den aggressive atferden blir den mest effektive strategien for å slippe unna situasjoner eller et gjøremål som oppleves som ubehagelig for barnet (Snyder & Patterson, 1995). Ved hjelp av mange daglige interaksjoner mellom familiemedlemmene blir disse samspillmønstrene forsterket. Mønstrene blir lært og praktisert og ender etter hvert opp som automatiserte mønstre uten at deltagerne i samspillet er det bevisst (Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989). Etersom foreldre er med på å forsterke det tvingende samspill med barnet (Patterson & Reid, 1984) vil foreldretrening hjelpe foreldrene med å redusere deres bidrag til det tvingende samspillet med barna og erstatte negative foreldrestrategier med positive (Solholm et al., 2013).

1.2.2 Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR)

Foreldreintervensjonene i programmet Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) ble utviklet ut fra teori for sosial interaksjon og læring. TIBIR er et statlig initiativ som ble utviklet for å bedre bruken av evidensbaserte intervensjoner med barn med atferdsvansker i Norge (Solholm et al., 2013). Det er en omfattende modell som ble utviklet for å forebygge og behandle atferdsvansker hos barn mellom 3 og 12 år (Atferdssenteret, 2015b). «Tiltaket» ble ikke utviklet som et fullstendig program, men mer som et rammeverk som kunne bli «supplementert» og styrket med evidensbaserte intervensjoner (Solholm et al., 2013). TIBIR består av seks ulike intervensjoner som sammen skal skape et helhetlig tilbud til familier hvor barna allerede har utviklet, eller står i fare for å utvikle atferdsvansker. De seks intervensjonene er (1) kartlegging, (2) foreldrerådgivning (BPT), (3) PMTO-foreldregruppe, (4) konsultasjon, (5) sosial ferdighetstrening og (6) PMTO-behandling (Atferdssenteret, 2015b). Den første modulen, kartleggingsmodulen, er et verktøy for tidlig identifisering av

problematferd. De andre modulene er intervensjonsmoduler der det er tre foreldreintervensjoner (BPT, PMTO-foreldregruppe og PMTO-behandling), en modul som fokuserer på andre signifikante voksne innen viktige arenaer som for eksempel lærere og førskolelærere (konsultasjonsmodulen) og én siste modul som er sosial ferdighetstrening for å øke barnets sosiale evner (Solholm et al., 2013). Lett tilgjengelighet i samfunnet viser seg å være viktig for oppmøte og fullføring av behandling (Kolko et al., 2009), og TIBIR er derfor implementert i en rekke førstelinjetjenester som helsestasjoner, skoler, barnehager og barnevern. Dette gjør behandlingstilbudet mer tilgjengelig for systematisk identifikasjon og testing, i tillegg til å få intervensjonene til å nå så mange som mulig i målgruppen (Solholm et al., 2013). En midlertidig versjon av TIBIR ble prøvd ut og implementert i en mellomstor kommune i 2004-2005 og det ble foretatt et kvasiekperimentelt studie for å undersøke effekten av modellen. De ansatte på skolene rapporterte om signifikant mindre problematferd i klasserommet samt bedre relasjoner mellom elevene (sammenlignet med kontrollområdet) (Kjøbli & Sørli, 2008). I 2013 deltok 53 norske kommuner i implementeringen av TIBIR og et økende antall kommuner har uttrykt ønske om å implementere TIBIR-programmet i sin kommune (Solholm et al., 2013).

1.2.3 Foreldrerådgivning

Foreldrerådgivning (Brief Parent Training - BPT) er en av modulene i programmet i TIBIR og blir levert av vanlige ansatte i primærhelsetjenesten. Foreldrerådgivning bygger på samme prinsipper som i behandlingsmetoden Parent Management Training – Oregon (PMTO) og gis til familier med barn i alderen 3-12 år som viser tegn til begynnende atferdsproblemer eller allerede har eksisterende atferdsvansker. BPT har som de andre modulene i TIBIR som mål å redusere foreldrenes bidrag til de tvingende foreldre-barn relasjonene, ved å erstatte negative foreldrepraksiser med positive (Kjøbli & Ogden, 2012). Det er derfor et mål ved foreldrerådgivning å utvikle et samarbeid og et partnerskap mellom foreldrene og den som holder foreldrerådgivningen, og ved dette å bygge opp familiens ressurser og foreldrenes motivasjon til å utvikle deres positive foreldreferdigheter (Kjøbli & Ogden, 2012). Intervensjonen består av 3-5 timer med en sertifisert foreldrerådgivningstrener og foreldrene blir trent i de evnene som passer til problemene de beskriver (Solholm et al., 2013).

Foreldrerådgivning vs. PMTO

Foreldrerådgivning inneholder de samme kjernekomponentene som PMTO som oppfordrer til positiv involvering, læring av ferdigheter gjennom ros og oppmuntring problemløsning i hverdagslivet, grensesetting og tilsyn og oppfølging (Atferdssenteret, 2015a; Kjøbli, Zachrisson, & Bjørnebekk, Under publisering). Til tross for at PMTO og BPT består av de samme kjernekomponentene er programmenes organisering, opplæring av fagpersonene og varighet noe ulike (M=5.4 timer i BPT og M=28 timer i PMTO; (Ogden & Hagen, 2008).

Trening av intervensjonister

Personene som skal tilby BPT ved kommunale instanser må fullføre en kort opplæring. Etersom målet er å implementere BPT i kommunale etater slik at tilbudet er lett tilgjengelig for klienter i deres nærmiljø, kan disse personene kan ha ulik yrkesbakgrunn ut fra hvor de jobber. Yrkene inkluderer blant annet pedagoger, sosionomer og psykologer. Etatene som kan tilby foreldrerådgivning er helsestasjoner, barnevern, skoler, barnehager, pedagogisk psykologisk tjeneste og lignende, og opplegget kan skreddersys til familien og problemene de opplever (Kjøbli & Ogden, 2012).

Effektivitet og utprøving

For å evaluere effekten av foreldrerådgivning ble det utført en randomisert effektivitetsstudie som sammenligner effektiviteten av BPT med det vanlige tilbudet familiene mottar i primærhelsetjenesten (Kjøbli & Ogden, 2012). Resultatet av denne effektivitetsstudien var positiv, ved at familiene som mottok foreldrerådgivning rapporterte i ettertid signifikant lavere atferdsvansker og angst og depresjon, samt høyere sosial kompetanse for barna og bedre foreldrepraksis (Kjøbli & Ogden, 2012). Det er også undersøkt for hvilke familier foreldrerådgivning har effekt for, og det tyder på at aleneforeldre og foreldrepar får like god effekt av tilbudet (Brenna, 2014), men at effekten av BPT reduseres ved økt depresjon hos mor (Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk, & Askeland, 2014).

1.3 Hva er CU-trekk

Til tross for effektiviteten og anvendeligheten av foreldretrening er det likevel nærmere en tredjedel av barna som fortsetter å ha store atferdsvansker etter avsluttet behandling (Nixon et al., 2004). I denne forbindelse er det viktig å undersøke hvilke faktorer som påvirker behandlingsutfallet, og om CU-trekk kan være en slik faktor.

1.3.1 Operasjonalisering – Hva er CU-trekk

”Callous-unemotional” (CU) trekk blir beskrevet i DSM-5 som en undergruppe av diagnosen alvorlig atferdsforstyrrelse hvor barnet har et mer alvorlig atferdsmønster karakterisert av en ufølsom interpersonlig stil (American Psychiatric Association, 2013). Andre steder blir trekket beskrevet som et komponent av det bredere konstruktet ”psykopati” (Frick et al., 2013), ettersom beskrivelsen av trekket ligner mye på de affektive dimensjonene som blir beskrevet i artikkelen til Hare og Neumann (2008) om psykopati som et klinisk og empirisk konstrukt. Trekket som beskrives er en mangel på empati og skyldfølelse, en svikt i å akseptere ansvar for egne handlinger, i tillegg til å ha grunne og mangelfulle emosjoner. Det kjennetegnes ofte ved en mangelfull respons på, eller bekymring for, andres ubehag (Bedford, Pickles, Sharp, Wright, & Hill, 2014). Mye tyder på at undergruppen med psykopatiske trekk viser et spesielt alvorlig og voldelig atferdsmønster (Leistico, Salekin, DeCoster, & Rogers, 2008; White et al., 2013), i tillegg til at psykopatiske- eller CU-trekk i seg selv er assosiert med antisosiale utfall både i ungdomsår og i voksen alder, kontrollert for både grad av atferdsvansker, impulsivitet og ADHD (Frick et al., 2013).

1.3.2 Proaktiv og reaktiv aggresjon

Det er også viktig å skille mellom to former for aggresjon, proaktiv og reaktiv. Den førstnevnte blir regnet som mer instrumentell og planlagt aggresjon. Den er målrettet og brukt instrumentelt for å oppnå et bestemt ønske eller mål, som å skaffe seg offerets eiendel. Reaktiv aggresjon blir i motsetning forbundet med affekt, impulsivitet og forsvar. Denne typen aggresjon blir ofte trigget av frustrasjon eller trussel og er ofte forbundet med sinne (Blair, Peschardt, Budhani, Mitchell, & Pine, 2006). Det er den proaktive aggresjonen som ofte blir forbundet med psykopati hos voksne (Blair et al., 2006), og er også funnet typisk for barn med atferdsproblemer og høye CU-trekk. Proaktiv aggresjon, sammenlignet med reaktiv, ser også ut til å være spesielt viktig for senere mistilpasning (Dodge, 1991).

1.3.3 Prevalens og sammenheng med atferdsvansker

Barn med høye CU-trekk viser generelt et høyere nivå av atferdsvansker over tid enn grupper som har lave CU-trekk (Dadds, Cauchi, et al., 2012; Pasalich et al., 2011). Mye tyder også på at barn med moderate CU-trekk har større atferdsvansker enn barn med synkende CU-trekk og barn med lave trekk. Barn med synkende CU-trekk har derimot mer atferdsvansker enn gruppen med stabilt lave CU-trekk (Fanti & Centifanti, 2014). Barn med lave nivåer av CU-trekk er sannsynlig å ha lave nivåer av problematferd. Skårer barna derimot høyt på CU-trekk er det en 95 % sannsynlighet for at de også har atferdsproblemer (Fontaine, McCrory, Boivin, Moffitt, & Viding, 2011). Snur vi det og ser på alle barn med atferdsproblemer er det en moderat (50 %) sannsynlighet for at barna også har høye nivåer av CU-trekk. Andelen av barn med atferdsvansker som også har høye CU-trekk varierer fra mellom 36,4% (Masi et al., 2013) til 50 % (Fontaine et al., 2011) i ulike studier. Dette tyder på et asymmetrisk forhold mellom CU-trekk og atferdsproblemer (Fontaine et al., 2011). Andre opererer med uttrykket ”barnpsykopati” og finner da at ca 25% av individene med CD eller antisosial personlighetsforstyrrelse (APF) viser psykopatiske tendenser (Hart & Hare, 1996).

1.3.4 Kjennetegn ved CU-trekk

I litteraturen er det sjelden differensiert mellom barn med CU-trekk og barn uten CU-trekk ved forskning på atferdsvansker. Det ser likevel ut til å være distinkte genetiske, emosjonelle, biologiske og kognitive forskjeller mellom grupper av barn med atferdsvansker, som kan tyde på at det er ulike årsaker til problematferden, og her skiller barn med CU-trekk seg ut (Frick et al., 2013).

Fryktgjenkjenning og øyekontakt

Et område som blir trukket frem hvor barn og unge med høye CU-trekk skiller seg fra barn og unge uten disse trekkene, er på opplevde følelser. Det har blitt foreslått at barn og unge med CU-trekk eller psykopatiske trekk har mangelfulle eller grunne følelser, og det er også et av kriteriene til diagnosen i DSM-5 (APA, 2013). Studier tyder likevel på at ungdom med psykopatiske trekk ikke har vansker med å oppleve alle følelser, men heller at de har en svekkelse som er spesifikk knyttet til opplevelse av frykt og her er det trukket en forbindelse med manglende øyekontakt (Marsh et al., 2011). Mer øyekontakt mellom fedre og sønnene deres er assosiert med bedre fryktgjenkjenning hos barnet (Dadds, Jambrak, Pasalich, Hawes, & Brennan, 2011), og flere studier bekrefter at barn med høye CU-trekk og atferdsproblemer

gir mindre øyekontakt med omsorgspersoner enn barn uten disse trekkene (Dadds et al., 2014; Dadds, Allen, et al., 2012; Dadds et al., 2011). Allerede fem uker etter fødselen kan mangelfull preferanse for ansikter predikere CU-trekk senere (Bedford et al., 2014).

Empati

Øyekontakt er også viktig når det kommer til empati og det er funnet en sammenheng mellom grad av fiksering rundt øyeregionen og rapportert empati (Cowan, Vanman, & Nielsen, 2014). Det er på samme måte registrert en sammenheng mellom empatiskårer og øyekontakt fra foreldre til barn (Dadds et al., 2011). Dette stemmer overens med at flere studier bekrefter at barn med høye CU-trekk og atferdsproblemer gir mindre øyekontakt med omsorgspersoner enn barn uten disse trekkene (Dadds et al., 2014; Dadds, Allen, et al., 2012; Dadds et al., 2011). Å ikke ha øyekontakt kan være en svekkelse i å oppdage tegn til ubehag, som kan forstyrre potensialet slike tegn har for å inhibere aggressiv atferd og mer generelt, bli internalisert som aversive stimuli som kan effektivt promotere utviklingen av en moralsk samvittighet (Dadds et al., 2011). På en annen side så kan evnen til høyere empatiske responser i seg selv motivere individer til å skape et blikkmønster som søker etter affektive sosiale tegn primært fra øynene i andres ansikter (Cowan et al., 2014).

1.4 Mulige konsekvenser av CU-trekk

Barn med CU-trekk viser i stor grad betydelige atferdsproblemer (Fontaine et al., 2011; Pasalich et al., 2011; White et al., 2013), og litteraturen på atferdsvansker skiller ofte ikke ut denne gruppen. Det er derfor naturlig å tenke at mange av konsekvensene av atferdsproblemer også kan gjelde for barn med CU-trekk. Barn med atferdsvansker har i voksen alder større sannsynlighet for å utføre kriminelle handlinger og da særlig voldskriminalitet og arrestasjoner, samt økt risiko for uønskede utfall innen mental helse, rusbruk og seksuelle relasjoner (Fergusson et al., 2005). Det er tydelig at det er alvorlige konsekvenser av atferdsvansker som er kostbart og inngripende både for barnet selv og samfunnet rundt. I tillegg til disse risikofaktorene er det mye som tyder på at konsekvensene er enda større for barn med høye CU-trekk. Vanskene og konsekvensene av å ha høye CU-trekk blir ofte målt opp mot vanskene barn og unge med lave CU-trekk og atferdsproblemer møter. Om ingenting annet er sagt, blir det også gjort her. Vi vet at barn med høye nivåer av CU-trekk, samt høye nivåer av atferdsvansker, på gruppenivå har mer hyperaktivitetsvansker, emosjonelle vansker, problemer med jevnaldrende, høye skårer på narsissisme og

impulsivitet enn barn som ikke har disse trekkene (Fontaine et al., 2011). Barn med atferdsproblemer som viser symptomer på mangelfull empati og ufølsomhet, har et større spekter i atferdsproblemene og mer kontakt med politiet, enn barna uten disse trekkene (Christian, Frick, Hill, Tyler, & Frazer, 1997). Når barna først er i kontakt med politiet har de dessuten generelt høyere risiko for gjentagelse av voldskriminalitet, selv kontrollert for tidligere overtredelser (White et al., 2013). I ungdomsårene har de i tillegg mer alvorlige emosjonelle, sosiale og atferdsmessige vansker enn ungdom som har lave CU-trekk (White et al., 2013). Lynam (1997) rapporterte at psykopatitrekk i barndommen predikerte alvorlig, stabil antisosial atferd i ungdomsårene, mer enn noen andre kjente prediktorer.

1.5 Årsaker og sammenhenger til CU

1.5.1 Arv og miljø

Det har blitt foreslått en sammenheng mellom CU-trekk hos barn og ulike polymorfismer av gener som koder for hormoner, blant annet for oxytocin og prolaktin (Beitchman et al., 2012; Hirata et al., 2016). Begge disse stoffene er viktige hormoner ved amming. Tvillingstudier bekrefter den genetiske sammenhengen og finner en moderat til sterk arvelighet av CU-trekk, særlig på undertrekket som beskrives som grunne og mangelfulle emosjoner (Henry, Pingault, Boivin, Rijdsdijk, & Viding, 2016; Viding et al., 2010). En studie av CU-arvelighet basert på DNAet fant derimot en arvbarhet på kun 7%, som indikerer at det ikke er noen spesifikke DNA-varianter som er ansvarlig for arvbarheten av CU-trekk (Viding et al., 2013). Heller ikke studier på miljømessig påvirkning finner entydige resultater. Henry et al. (2016) rapporterte at både karakteristikk i familien som er felles for søsken (delt miljø) og barnets individuelle opplevelser i familien (udelt miljø) ser ut til å være viktig for utviklingen av CU-trekk. Et annet studie finner derimot ingen betydelig påvirkning av felles familiefaktorer i det hele tatt (Viding et al., 2013). Fryktløshet hos fedre derimot er assosiert med både høye CU-trekk og lav øyekontakt hos barnet (Dadds et al., 2014; Dadds, Allen, et al., 2012). Som nevnt tidligere er mangelfull øyekontakt et område hvor barn med CU-trekk ofte skiller seg ut fra andre barn med atferdsproblemer (Dadds et al., 2014; Dadds, Allen, et al., 2012; Dadds et al., 2011). Det er derfor i dette tilfellet et spørsmål om fryktløshet hos fedre er en arvbar komponent, eller om det er miljøfaktorer som er av størst betydning.

1.5.2 Hjemmemiljø

Varme

Til tross for at det er vist genetisk korrelat i forbindelse med CU-trekk (Beitchman et al., 2012; Hirata et al., 2016; Viding et al., 2013), er det også mye som tyder på at hjemmemiljø er av stor betydning. Mye tyder på at barn som har høye CU-trekk har opplevd mer negative foreldrefølelser, streng oppdragerpraksis, som å bli fiket til eller ropt til, og kaos i hjemmet som små (Fontaine et al., 2011). I tillegg har foreldrenes varme sammenheng med mindre atferdsproblemer. Hos varme foreldre har barna mindre atferdsvansker, selv ved høye CU-trekk og varme foreldre er også assosiert med lavere nivåer av CU-trekk hos barna (Pasalich et al., 2011). På en annen side er det ikke oppdaget en forskjell i evnen mødrene i de ulike gruppene av barn har til å være kjærlige, verken fysisk eller verbalt og de gir like mye øyekontakt til barna sine (Dadds, Allen, et al., 2012). Til gjengjeld er det en stor gruppeforskjell i hvor stor grad barna viste affeksjon, både fysisk, verbalt og i mengde øyekontakt. Barn med lave CU-trekk og atferdsproblemer viste samme affekt som kontrollgruppen, mens barn med høye CU-trekk viste betydelig mindre affeksjon overfor mødrene sine (Dadds, Allen, et al., 2012).

Foreldresensitivitet

Samtidig som noen studier viser at mødrene har samme evne til å vise varme i kontrollerte studiesettinger (Dadds, Allen, et al., 2012), er det usikkert om dette er typisk atferd i hjemmet. Det er nemlig foreslått at sensitivt foreldreskap, og da med spesielt fokus på mors sensitivitet, kan beskytte gutter med dårlig inhibisjonskontroll mot å senere utvikle psykopatiske trekk (Buck, 2015). Sensitivt foreldreskap er assosiert med sikker tilknytning, særlig hos jenter, og sikker tilknytning reduserer igjen sannsynligheten for psykopatiske trekk i ungdomsalder hos barn med lav inhibitorisk kontroll (Buck, 2015). En longitudinell studie viste at moderlig sensitivitet ved tidlig spedbarnsalder predikerte lavere CU-trekk hos jenter, men ikke hos gutter senere i barneårene (Bedford et al., 2014). Det er ikke funnet en sammenheng med barnets ansiktspreferanse ved 5 uker og mors sensitivitet (Bedford et al., 2014), noe som tyder på at barnets ansiktspreferanse ikke påvirkes av mors sensitivitet og omvendt.

Stress og foreldreinvolvering

Det som skilte mødre til barn med høye CU-trekk fra mødre til barn med lave CU-trekk var mors negative følelser overfor barnet. Mors negative følelser korrelerte med mengden øyekontakt med barnet og da på samme tid med CU-trekk hos barnet (Dadds et al., 2014). Foreldre med barn som har høye nivåer av CU-trekk rapporterer generelt et høyere nivå av belastning knyttet til foreldrerollen (*parental distress*) sammenlignet med foreldre som har barn med mindre av disse trekkene (Fanti & Centifanti, 2014; Fite, Greening, & Stoppelbein, 2008). Foreldrebelastning viser her til foreldrenes opplevelse av egen kompetanse på barneoppdragelse, sosial støtte og isolasjon, rollerestriksjoner på grunn av krav fra barneoppdragelsen, i tillegg til depresjon hos foreldrene og konflikter med partner. Atferdsproblemer i seg selv kan også øke foreldrebelastning. Dette kan føre til en nedoverspiral da økt foreldrebelastning kan føre til økte atferdsproblemer som igjen skaper økt stress knyttet til foreldrerollen (Fanti & Centifanti, 2014). På samme tid viser resultatene at foreldrebelastning i seg selv ikke øker atferdsvansker for barn med høye CU-trekk, slik det gjør hos barn med lave eller synkende CU-trekk. På en annen side kan økt foreldrebelastning senke foreldreinvolvering, og foreldrene viser også mindre involvering i barna sine om de har barn med høye CU-trekk (Fanti & Centifanti, 2014). Flere studier har vist at foreldreinvolvering har en påvirkning på CU-trekk i seg selv og at foreldres involvering over tid fører til synkende CU-trekk (Pardini, Lochman, & Powell, 2007). I tillegg kan foreldreinvolvering føre til mindre atferdsproblemer på et senere tidspunkt for alle barna, også for de med høye CU-trekk (Fanti & Centifanti, 2014).

Tvingende foreldrestil

En studie som omhandlet foreldrestil fant at hard foreldrestil preget av trusler og straff sammen med kritikk og negative kommentarer var assosiert med atferdsproblemer hos barn med lave nivåer av CU-trekk, men ikke hos barn med medium og høye CU-trekk (Pasalich et al., 2011). Altså er tvingende foreldrestil positivt forbundet med atferdsproblemer i barn med lave nivåer av CU-trekk, men ikke med høye (Pasalich et al., 2011). I følge Pasalich et al. (2011) er det ingen korrelasjon mellom foreldrenes tvingende atferd og varmen de viser for barna sine, verken for mødre eller fedre. Dette ser derfor ut til å være to uavhengige dimensjoner av foreldrerollen som kan ha ulik påvirkning på atferdsproblemer og CU-trekk. Det er da et spørsmål om tvingende foreldrestil ikke har en direkte sammenheng med CU-

trekk, men at varme hos foreldrene og foreldrenes involvering kan ha en sammenheng med høye nivåer av dette trekket.

1.5.3 Sammenfatning

Det er uenighet om betydningen av gener og arv i utviklingen av CU-trekk hos barn i tillegg til ulike oppfatninger av foreldreskapets betydning. Det er blant annet ikke funnet noen forskjell i mødrenes evne til å vise affeksjon overfor barna sine. Det er heller ikke funnet noen betydning av foreldrebelastning slik som hos barn uten disse trekkene og streng foreldrepraksis ser kun ut til å påvirke atferdsproblemer til barn med lave CU-trekk. Dersom vi ser det fra denne vinkelen, kan det virke som om disse vanskene først og fremst ligger hos barna og er "child-driven effects". Det vil si at barn med høye CU-trekk drives av vinningen av aggressiv atferd i seg selv (Fanti & Centifanti, 2014) og at problematferden er mer proaktiv enn hos barn med lave trekk (Blair et al., 2006; Frick, Cornell, Barry, Bodin, & Dane, 2003). På en annen side er det funnet flere sammenhenger mellom oppvekstmiljø og disse trekkene. Ettersom høye CU-trekk og store atferdsproblemer kan føre til økt foreldrebelastning og dermed også mindre foreldreinvolvering, kan foreldrebelastning indirekte ha en sammenheng med økte problemer. Det er også funnet en sammenheng mellom varme foreldre og lave nivåer av CU-trekk. Selv om foreldrene har samme evne til å vise varme, så kan det se ut til at foreldrenes sensitivitet de første årene er viktig for å beskytte barna mot å utvikle CU-trekk senere. Mye tyder på at selve trekkene kan endre seg, da barn som er eksponert for mindre fysisk straff og høyere nivåer av foreldrevarme og positiv involvering viser synkende CU-trekk over tid (Pardini et al., 2007).

1.6 CU-trekk og behandling

Det er enda ikke noen tydelig konklusjon om hvordan CU-trekkene oppstår hos barn eller nøyaktig hvilken betydning foreldrene har i denne utviklingen. Konsekvensene av disse trekkene er likevel såpass store at det er viktig å se på hvordan man best kan hjelpe denne undergruppen av barn med atferdsvansker. I den forbindelse har det vært en økt interesse for CU-trekk som modererende faktor på behandlingsutfall.

1.6.1 Hvor skal intervensjonsfokus være?

Barnas atferdsproblemer finnes ofte på flere ulike områder som i hjemmet, på skolen, med jevnaldrende og i samfunnet rundt. Det er derfor viktig å tenke på intervensjonsnivå for behandlingen og foreldretrening har ofte vist seg å være det mest støttede behandlingstilbudet for familier med barn med atferdsproblemer (Weisz et al., 2004). På samme tid tyder mye på at intervensjonene bør ta for seg hvert av områdene spesifikt, heller enn å anta at en suksessfull behandling på ett område kan generaliseres til andre (Moffitt & Scott, 2011). Det vil si at et vellykket foreldretreningsprogram ikke nødvendigvis skaper endringer i problematferd på skolen (Kjøbli & Ogden, 2012). Vi ser også at effekten av en type behandling reflekterer hvilken type intervensjon familiene får. Det vil si at intervensjoner som baserer seg på foreldretrening er bedre med tanke på forbedringer av barnets atferd, foreldreatferd og tilfredshet med intervensjonen. På samme tid ser vi at intervensjoner som involverer barnetrening er bedre enn foreldretrening når det kom til barnets sosiale problemløsning og konflikthåndtering (Webster-Stratton & Hammond, 1997). Barn med høye CU-trekk har i noen behandlingstilfeller vist seg å være mindre responsive på disiplin som innebærer for eksempel time-out, men vist lik effekt av belønningsstrategier som barn med lave CU-trekk (Hawes & Dadds, 2005). Barn med høye CU-trekk viser også mindre negativ affekt i forbindelse med time-out enn andre barn (Hawes & Dadds, 2005). Dette stemmer overens med teorien rundt mangelfull negativ affekt og derved også mangelfull straffsensitivitet (Barker, Oliver, Viding, Salekin, & Maughan, 2011). Andre studier som har fokusert mer på dette temaet fant at det ikke hadde betydning for behandlingsutfallet om foreldrene ble opplært i effektiv grensesetting eller forsterkningsstrategier (Lazer, 2012). Ettersom aggresjonen hos barn med høye CU-trekk virker å være mer proaktiv og instrumentell (Frick et al., 2003), og at vanskene i noen tilfeller virker "child driven" blir det foreslått at behandling av atferdsvansker hos denne gruppen krever behandling konkret på CU-trekkene hos barna (Fanti & Centifanti, 2014). På samme tid er det bekreftet i flere studier at foreldrenes atferd har stor betydning for utviklingen av CU-trekk (Waller, Gardner, & Hyde, 2013), samt at en bedring i foreldreskap kan bidra til en reduksjon i skåre på CU-trekk (Fanti & Centifanti, 2014; Pardini et al., 2007). Foreldretrening viser seg også å ha best effekt på reduksjon av CU-trekk sammenlignet med en mer individuell tilnærming (Kjøbli et al., Under publisering).

1.6.2 Behandlingsutbytte

Barn med mer alvorlige atferdsproblemer pretest tenderer til å ha større endring ved behandling av problemene enn barn med mindre vansker (Lazer, 2012). Høye nivåer av CU-trekk er jevnt over assosiert med større alvorlighetsgrad og intensitet av atferdsvansker før behandling (Hawes & Dadds, 2005; Högström, Enebrink, & Ghaderi, 2013; Lazer, 2012; Waschbusch, Carrey, Willoughby, King, & Andrade, 2007). I noen studier har barn med høye CU-trekk hatt større tallmessig endring enn barn med lave CU-trekk (Lazer, 2012; White et al., 2013). For å undersøke om det er atferdsproblemene pretest eller CU-trekkene som skaper den store tallmessige endringen sammenlignet Högström et al. (2013) en gruppe barn med høye CU-trekk med to grupper som hadde lave CU-trekk, men med ulik intensitet på problematferden. Den ene gruppa hadde problematferd som var lik i intensitet som høy-CU-gruppa og den andre hadde lavere intensitet i problematferden. De fant da at gruppa med lave CU-trekk og stor problematferd viste samme endringsmønster som gruppa med lavere intensitet på problematferden. Høy CU-gruppa viste derimot mindre endring av problematferd (Högström et al., 2013). Dette tyder på at det er viktig å kontrollere for atferdsproblemer pretest for å finne det faktiske behandlingsutbyttet barna får og tyder på at den modererende effekten av behandlingen ligger i CU-trekkene og ikke i alvorlighetsgraden av atferdsproblemene. Dette blir bekreftet i flere andre studier (Hawes, Dadds, Brennan, Rhodes, & Cauchi, 2013; Masi et al., 2013; Waschbusch et al., 2007).

Den modererte behandlingseffekten som er observert ser heller ikke ut til å kunne forklares av demografiske faktorer som alder og kjønn (Hawes et al., 2013; Masi et al., 2013), komorbide lidelser (Masi et al., 2013), ADHD (Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013; Waschbusch et al., 2007), angst (Hawes et al., 2013) eller autismspekterlidelse (Hawes et al., 2013). Så til tross for at barn og unge med høye CU-trekk kan få signifikant effekt av behandlingen, ser det ut til at utfallet blir gjennomgående moderert av CU-trekkene i seg selv (Dadds, Cauchi, et al., 2012; Högström et al., 2013). I tillegg er det mye som tyder på at av gruppen barn og unge med høye CU-trekk også har høyere nivåer av atferdsproblemer og flere utfordringer etter behandlingen er avsluttet, slik at behandling ikke klarer å eliminere forskjellen mellom de to gruppene (Dadds, Cauchi, et al., 2012; Waschbusch et al., 2007; White et al., 2013). Dette gjelder også ved oppfølging seks måneder etter behandlingsslutt (Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013).

Likevel er ikke resultatene på behandlingsstudier entydige. Der Högström et al. (2013) finner at barn med høye CU-trekk forblir upåvirket av foreldretrening med tanke på intensitet av problematferden, finner andre studier stor effekt av behandling av atferdsproblemer hos barn med høye CU-trekk (Kolko & Pardini, 2010; Lazer, 2012). Kolko og Pardini (2010) finner blant annet at CU-trekk er urelatert til behandlingsutfall etter å ha kontrollert for andre kovariater. Bedragerisk og ufølsom (*desceitful-callous*) atferd hos toåringer predikerte i et langtidsstudie senere temperamentsprofiler som stemmer overens med CU-trekk. Denne atferden predikerte derimot ikke effekten av familiesentrerte forebyggende intervensjoner (Hyde et al., 2013). Familiesentrerte intervensjoner er fleksible intervensjoner som kan tilpasses behovet til barnet og familien. Det finnes også en del manualbaserte intervensjoner som blir brukt i behandling av atferdsproblemer. Disse manualbaserte intervensjonene blir også brukt i studier på CU og behandlingseffekt (Hawes & Dadds, 2005). Ulike behandlingsformer og ulik fleksibilitet i intervensjonene kan derfor ha en påvirkning på hvorfor noen finner en klar modererende effekt av CU-trekk, mens andre derimot finner en positiv sammenheng med behandlingsutfall.

1.6.3 Litteraturstudier

På grunn av de tvetydige resultatene er det blitt skrevet tre store litteraturstudier som tar for seg temaet rundt effekt av behandling for atferdsforstyrrelser hos barn med høye CU-trekk (Frick et al., 2013; Hawes, Price, & Dadds, 2014; Waller et al., 2013). Også disse tre artiklene trekker vidt forskjellige slutninger. Waller et al. (2013) inkluderte 30 ulike studier på temaet og konkluderte i sin artikkel med at foreldreskap har stor betydning for CU-trekk og at forbedring i foreldrepraksis både senker CU-trekk og fører til mindre problematferd. De konkluderer med at CU-trekk hos barn heller ikke modererte effekten av behandlingen, og at mange barn med høye CU-trekk har bedre utbytte av behandlingen på grunn av større atferdsproblemer før behandlingen. Frick et al. (2013) kom derimot til en motstridende konklusjon ved å undersøke 20 studier på behandling av ungdommer med atferdsproblemer og høye CU-trekk. De fant at 90% av de undersøkte studiene konkluderte med at gruppen med høye CU-trekk hadde dårligere behandlingsutfall. Likevel åpner de for muligheten for at noen intensive behandlinger som er mer skreddersydd for problematikken til denne gruppen barn kan redusere atferdsproblemene de opplever. Den ferskeste av de tre artiklene (Hawes et al., 2014) trekker en lignende slutning som den Frick og medarbeidere (2013) legger frem. Hawes og medarbeidere (2014) vektlegger en sterk sammenheng mellom CU-trekk og risiko for dårligere behandlingsutfall. Samtidig åpner de for at behandling kan skape reduksjon i

CU-trekk og trekker frem sosial-lærings-baserte foreldretreningsprogram i barndom som virksomme.

De tre litteraturstudiene har noe forskjellig syn på CU-trekk og har inkludert ulike studier og analysert materialet ulikt. At de kommer med såpass sprikende konklusjoner er derimot interessant og fører til spørsmål om CU-trekk faktisk har en påvirkning på behandling eller ikke, eller om det varierer på bakgrunn av behandlingsmetode og utfallsmål.

1.6.4 Sammenfatning behandlingsutbytte

Mye tyder på at høye CU-trekk er forbundet med dårligere behandlingsutfall til tross for effekt av behandling (Dadds, Cauchi, et al., 2012; Masi et al., 2013). Likevel er ikke resultatene entydige, og studiene varierer mellom utvalg, intervensjoner, måleinstrumenter og lignende. Det kan likevel se ut til at barn med høye CU-trekk har utbytte av foreldretrening, men at utbyttet kan være noe dårligere enn for barn som skårer lavere på dette trekket (Brunvoll, Gulbrandsen, & Schevig, 2015). Også de studiene som finner at CU-trekk kan moderere behandlingseffekten legger vekt på at mange barn med høye CU-trekk fortsatt kan ha utbytte av behandlingen, men at antall non-responsive er flere i denne gruppen enn i gruppen med lave CU-trekk (Hawes et al., 2013).

1.7 Denne studien

Ett av tre barn har fortsatt store atferdsvansker etter avsluttet behandling (Nixon et al., 2004) og mye forskning tyder på at høye CU-trekk kan være med på å redusere effekten av behandlingen (Högström et al., 2013; Masi et al., 2013; Waschbusch et al., 2007). Kan det tenkes at barn med høye CU-trekk har mindre effekt av behandling, eller vil deres store atferdsproblemer føre til at de har like god, eller kanskje bedre, effekt enn barn uten disse trekkene? Det er som nevnt ikke et entydig svar på disse spørsmålene, og ulike behandlingsmetoder med ulik fleksibilitet er blitt benyttet i studiene. TIBIR begynner å bli godt implementert i det norske systemet og modulen foreldrerådgivning er kortvarige og kostnadseffektiv, samtidig som den har vist seg å være en effektiv behandling for atferdsproblemer (Kjøbli & Ogden, 2012). Foreldrerådgivning er i tillegg en fleksibel intervensjon som skal tilpasses den unike familie og deres behov, som kan være en fordel ved behandling av barn med høye CU-trekk (Hyde et al., 2013). Det er derfor nyttig å undersøke om høyere CU-trekk kan påvirker behandlingseffekten negativt også ved foreldrerådgivning,

eller om barn med disse trekkene har like god effekt av behandlingen som barn uten disse trekkene.

På bakgrunn av blandede resultater om effektiviteten av eksisterende behandlingsmetoder, skal denne studien undersøke om foreldrerådgivning er et fullverdig godt tilbud også til barn med høye CU-trekk, eller om det bør utvikles egne behandlingstilbud til denne familiegruppen. Dette studiet sammenligner foreldrerådgivning med annen tilgjengelig behandling i ulike deler av helsesystemet. Analysene baserer seg på data fra atferdssenteret brukt i forskning om foreldreådgivning som behandlingsalternativ til nåværende tilbud. Mine hypoteser er at barna med høye CU-trekk kommer til få effekt av behandlingen, men at behandlingsutfallet likevel modereres av CU-trekk. Den andre hypotesen er at foreldrerådgivning som er en strukturert, men fleksibel, intervensjon vil ha bedre effekt for barna med høye CU-trekk enn annen tilgjengelig behandling.

2 Metode

Denne studien bygger på data samlet inn ved Atferdssenteret i Oslo (Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis) i forbindelse med forskning på effektiviteten av kortvarig foreldrerådgivning, hvor deltagerne ble fulgt opp over en 6 måneders periode. Dataene er tidligere benyttet i videre forskning ved Atferdssenteret. Innsamlingen av data foregikk mellom januar 2008 og januar 2010. Studiedesignet er et randomisert parallellgruppedesign, hvor halvparten var i intervensjonsgruppen og andre halvdel var i en sammenligningsgruppe som mottok behandlingstilbud som vanlig. For mer informasjon om hovedstudien se studien til Kjøbli og Ogden (2012).

2.1 Utvalg

2.1.1 Deltagere og rekruttering

Til sammen ble 228 familier fra alle fem helseregionene i Norge invitert til å delta i studiet, hvorav 216 ønsket å delta. Alle foreldrene hadde vært i kontakt med førstelinjetjenesten på grunn av et barn (3-12 år) som viste tegn til problematferd eller hadde utviklet atferdsvansker. Førstelinjetjenesten i kommunene inkluderer helsestasjoner, barnevernet, skoler, barnehager og spesialundervisningstjenester. For å ligne mest mulig på standard inntak ved kommunale tjenester ble det ikke gjort noen offisiell screening ved inntak, men baserte seg på de ansattes kliniske vurdering dersom inntakskriteriene var oppfylt. Barn mellom 3 og 12 år og som viste problematferd hjemme, i barnehage eller på skolen kunne delta i studien. Problematferden barna viste kunne være i form av aggresjon, normovertredelser eller eksternaliserende atferd. Eksklusjonskriterier var om barnet hadde en autismespektrumdiagnose, hadde blitt dokumentert utsatt for seksuelle overgrep, hadde psykisk utviklingshemming eller hadde foreldre med alvorlige psykiske helseproblemer. To barn ble ekskludert, ett på grunn av alder under 3 år og et annet på grunn av autismediagnose. På pretest skårte 55.6 % av barna i utvalget over cutoff for atferdsvansker på Eybergs Intensitetsskala (Reedtz et al., 2008). Barna i studien (N=216) var mellom 3 og 12 år ved inntak (M=7.28, SD 2.61) og 69 av barna (31.9 %) var jenter. Den gjennomsnittlige alderen for foreldrene som deltok i studiet var 35.31 år (SD=6.08). Blant de deltagende barna bodde 110 (50.9 %) med begge de biologiske foreldrene, 27 (12.5%) med foreldre som enten var gift eller samboer med en annen voksen, og 79 (36.6%) bodde med enslige foreldre (skilt, separert eller aldri gift). Den gjennomsnittlige bruttoinntekten for familiene var 539,107

norske kroner (SD= 328.293). I følge selvrappporter hadde 85 (39.4%) foreldre høyere utdanning fra universitet eller høyskole, 114 (52.8%) hadde fullført videregående skole og 17 (7.9 %) hadde grunnskole som høyeste fullførte utdanning. De fleste foreldrene rapporterte å ha en etnisk norsk bakgrunn (93.5 %), fire (1.9 %) var fra andre vesteuropeiske land og 10 (4.6 %) rapporterte ”andre” etnisiteter.

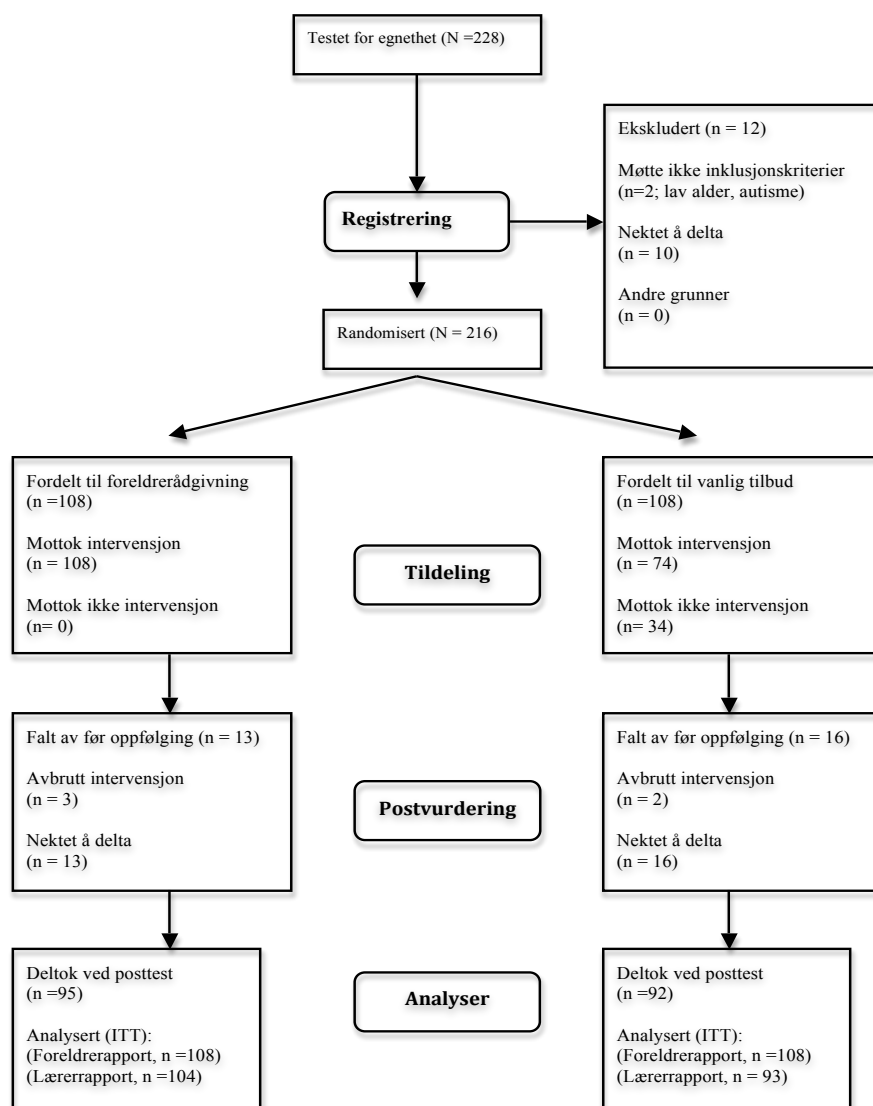
2.1.2 Frafall

Mellom første og andre måling var det 29 familier som falt fra. Studien startet med 216 familier og endte med et deltagertall på 187.

2.2 Prosedyrer

Hovedstudien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Familiene ble informert om studiet og takket ja til å delta ved å signere et skjema for informert samtykke. Ettersom målet med hovedstudiet var å sammenligne familierådgivning med vanlig tilbudt behandling ved institusjoner ble det ikke gjort noen offisiell screening, men baserte seg på de ansatte på institusjonene sin kliniske vurdering. Familiene ble testet før behandlingsstart (pretest) og innen to uker etter avsluttet behandling (posttest). Testingen ble utført på institusjonene hvor intervensjonen ble tilbudt. Etter at familiene hadde fullført pretest ble de tilfeldig fordelt til enten foreldrerådgivning eller sammenligningsgruppen (se figur 1). Randomiseringsprosedyren var datagenerert av en ansatt som ikke deltok i rekrutteringen av familier og som ble kontrollert av prosjektlederen. De lokale ansatte ved førstelinjetjenesten fikk deretter informasjon om hvilke familier som skulle motta foreldrerådgivning og hvilke som skulle motta annen tilgjengelig behandling.

Figur 1. Flowchart av foreldrerådgivningsstudien



Note. ITT= Intent to treat (I hensikt å behandle)

2.3 Intervensjon

Foreldrerådgivning er manualbasert og prinsippbasert og har som mål å forsterke gode og effektive foreldreferdigheter og med dette redusere og hindre eskalering av barnets atferdsvansker (Askeland, Berg, Christiansen, Flock, & Launes, 2006). Intervensjonen gis individuelt til familiene og er fleksible slik at de kan tilpasses til å passe barnets atferd og familiens behov best mulig (Kjølbi & Ogden, 2012). Intervensjonen består av rundt 3-5 (M=5,4t) timeslange samtaler, som blir gitt ukentlig hvor begge foreldre som bor med barnet oppfordres til å delta. I timene blir foreldrene oppfordret til å trene på og rollespille ulike foreldreevner, som positiv involvering, læring av ferdigheter gjennom ros og oppmuntring,

problemløsning i hverdagslivet, grensesetting samt tilsyn og oppfølging (Atferdssenteret, 2015a; Kjøbli et al., Under publisering). Til studiet ble 75 rådgivere rekruttert fra førstelinjetjenesten for opplæring i foreldrerådgivning. Denne gruppen deltok på et ni dager langt standardisert trenings- og veiledningsprogram hvor de lærte bruken av foreldrerådgivning i praksis (Askeland et al., 2006). (For mer detaljert beskrivelse av treningsprogrammet se Kjøbli og Ogden (2012)). Kontrollgruppen mottok vanlig tilbud fra 65 ansatte i førstelinjetjenesten. Ingen av disse fagpersonene var trent i, eller benyttet seg av, PMTO eller foreldrerådgivning. Ettersom noen kommunale etater ikke hadde tilbud om intervensjoner eller tjenester, var det 30 familier i sammenligningsgruppen som ikke mottok noen intervensjon. De gjenværende familiene i sammenligningsgruppa mottok rådgivning fra helsesøstre ($n=16$), sosialarbeidere i barnevernet ($n=18$) og andre typer fagfolk ($n=2$), eller deltok i familierådgivning ($n=5$), spesialundervisningsrådgivning ($n=13$), atferdsrådgivning ($n=2$), Marte Meo ($n=2$, Aarts (2000)), eller andre ($n=4$).

2.4 Måleinstrumenter

I hovedstudien deltok både foreldre og lærere som informanter og de besvarte instrumenter som målte barnets atferdsvansker, sosiale kompetanse og internaliserende problemer, samt foreldrepraksis og foreldrenes mentale helse. Internaliserende problemer, foreldrepraksis og foreldrenes psykiske belastninger vil ikke bli inkludert i analysene i denne studien, da det vil bli for omfattende for rammen av oppgaven.

2.4.1 Mål på CU-trekk

CU-trekk ble målt med et utvalg av 15 foreldrerapporterte spørsmål fra Merrells atferdsskalaer (Merrell, Streeter, Boelter, Caldarella, & Gentry, 2001) som reflekterer tre av fire CU-dimensjoner som er beskrevet i DSM-V. De fire trekkene i DSM-V er ”mangel på skyldfølelse”, ”mangelfull empati” og ”likegyldighet til prestasjoner”, i tillegg til ”grunne eller mangelfulle følelser” (American Psychiatric Association, 2013). Den sistnevnte er ikke representert i noen av spørsmålene i Merrells atferdsskala og er derfor ikke representert. Subskalaene og spørsmålene som målte dem er listet opp i tabell 1. Spørsmålene skåres på en 5-poengs likertskala og innebærer beskrivelser av ulike observerte atferder. I flere viktige artikler om CU baseres CU-målet på spørsmål selektert fra bredere atferdsskalaer (Hawes & Dadds, 2007; Hyde et al., 2013), en strategi som ble valgt og tilpasset til dette studiet. Studiene som tidligere har benyttet seg av denne metoden har inkludert færre spørsmål i

tillegg til kun å dekke to av subskalaene i DSM (Hawes & Dadds, 2007; Hyde et al., 2013). Ved hjelp av bekreftende faktoranalyse ble trefaktormodellen bekreftet. Mer detaljert om faktoranalysen og hvordan de ulike faktorene er trukket ut kan leses i Kjøbli et al. (Under publisering). Cronbachs alfa var .77 for pretest og .77 for posttest for den første subskalaen (mangel på skyldfølelse), .79 og .83 for den andre subskalaen (mangelfull empati) og .78 og .83 for den siste subskalaen (likgyldighet til prestasjoner).

Tabell 1. *Oversikt over subskalaer og spørsmål i målemodellen for CU-trekk*

CU-trekk		
Mangel på skyldfølelse	Mangel på empati, kald	Likegyldighet til prestasjoner
Legger skylden for egne problemer på andre	Tar ikke hensyn til andres følelser	Gjør arbeid på en tilfredsstillende måte (r)
Jukser i skolearbeid	Forstår venners behov og problemer (r)	Fullfører plikter innen tidsfristen (r)
Er uærlig og lyver	Er sensitiv for andres følelser (r)	Fullfører plikter innen tidsfristen (r)
Er ikke til å stole på	Legger merke til og roser andre (r)	Fullfører plikter uten påminnelse (r)
Tar ting som tilhører andre	Hjelper venner hvis det trengs	
Mangel på respekt		

Note. (r) = reverserte skårer

2.4.2 Eyeberg Child Behaviour Inventory (ECBI)

ECBI er en foreldreratingsskala som består av spørsmål som går spesifikt på oppførsel assosiert med atferdsproblemer hos barn (Reedtz et al., 2008). Det er et atferdsspesifikt instrument som består av en liste over 36 ulike atferder og består av to skalaer, intensitetsskala og problemskala. Intensitetsskalaen måler hvor ofte de ulike handlingene oppstår (frekvensen av atferden) og måles ved hjelp av en likertskala som går fra 1 (aldri) til 7 (alltid) og gir mulighet for en total skåre mellom 36 og 252. På hver av de presenterte handlingene får foreldrene et spørsmål om de opplever barnets atferd vanskelig å håndtere, og skårer deretter 0 for nei eller 1 for ja. Denne skalaen er problemskalaen og identifiserer hvilke spesifikke handlinger som oppleves som problematisk for foreldrene. Den totale skåren på problemskalaen vil kunne variere mellom 0 og 36. Skalaen ble standardisert i Norge i 2008 med et uvalg av barn mellom 4 og 12 år (Reedtz et al., 2008). For intensitetsskalaen

var Cronbachs alfa for pretest og posttest var .91 og .93 respektivt, og Chronbachs alfa for problematferd .87 for pretest og .90 for posttest (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.4.3 Home and Community Social Behaviour Scale (HCSBS)

HCSBS (Merrell & Caldarella, 2002) måler både atferdsproblemer og sosial kompetanse. HCSBS består av 64 spørsmål, 32 spørsmål som tapper hver av de to kategoriene, og blir skåret på en 5-poengs likertskala. HCSBS er oversatt til norsk ved atferdssenteret og validert med norsk utvalg (Kjøbli & Ogden, 2012). Chronbachs alpha for skalaen som tapper atferdsproblemer var .93 for pretest og .94 posttest, og for skalaen for sosial kompetanse var Chronbachs Alpha for pretest og posttest .93 og .95, respektivt (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.4.4 School Social Behaviour Scale (SSBS)

SSBS (Merrell & Caldarella, 2002) er et instrument som er designet for at lærere og annet skolepersonell skal gi informasjon om sosial kompetanse og antisosial atferd hos barn, og inneholder 32 spørsmål som måler problematferd og 32 spørsmål som måler sosial kompetanse. SSBS er oversatt til norsk ved Atferdssenteret og er validert i et norsk utvalg (Kjøbli & Ogden, 2012). Chronbachs alpha for pretest og posttest for atferdsvanskene var henholdsvis .97 og .97, og Chronbachs alpha for målet på sosial kompetanse var .97 for pretest og .97 for posttest (Kjøbli & Ogden, 2012).

2.5 Analysestrategi

Målsetningen med oppgaven var å undersøke på hvilken måte CU-trekk påvirker behandlingsutfall på flere områder (som prediktor), men med tyngde på atferdsproblematikk. Deretter var hensikten å undersøke om CU-trekk har ulik innvirkning på foreldrerådgivning og vanlig tilbudt behandling (som moderator). For å undersøke dette ble det brukt en rekke statistiske teknikker. Analysene består av flere steg og ble utført ved hjelp av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)-versjon 22.

2.5.1 Frafallsanalyser

Frafallsgruppen ble først sammenlignet med gruppen som fullførte til posttest for å utelukke at det var karakteristika ved frafallsgruppen som kunne ha medvirket til frafallet og som kunne påvirke analyseresultatet. Deskriptive analyser, t-tester og chi-square-analyser ble

utført for å undersøke om det var statistisk signifikante forskjeller mellom de som falt fra og de som fullførte behandlingen. Tidligere studier som benyttet samme materiale har vist at analyser med og uten imputasjoner for manglende verdier gir lignende resultater (Kjøbli og Ogden 2012). For å få mest mulig korrekte resultater ble kun respondenter som deltok ved begge måletidspunktene inkludert i analysen.

2.5.2 Hovedanalyser

Baseline

T-tester og chi-square-analyser ble gjort for å sammenligne intervensjonsgruppen med sammenligningsgruppen pretest for ikke at det skal være systematiske forskjeller som kan ha innvirkning på resultatet posttest. Korrelasjonsanalyser ble utført for å undersøke sammenhengen mellom CU-trekk og de ulike utfallsmålene ved baseline. Den mulige sammenhengen mellom CU-trekk og pretestskårer ble tatt hensyn til videre i analysene. Ettersom differanse mellom posttest og pretest ikke tar hensyn til at barn med høyere skårer kan ha større poengmessig endring kan dette bli et skjevt mål på endring. For å ta hensyn til dette ble det kontrollert for pretestskårer og utfallsvariabelen er posttestskårer.

Regresjon

I hovedanalysene ble det bli benyttet hierarkisk multippel regresjon. Regresjon er en god metode hvor det er enkelt å undersøke modererende effekter samtidig som man kontrollerer for andre variabler. Dette gir også muligheten til å beholde CU-trekk som en kontinuerlig variabel for å beholde den statistiske styrken i utvalget. I tillegg trenger man ikke å ta hensyn til individuelle forskjeller mellom familiene slik som når det deles inn i dikotome variabler. For å unngå problemer med multikolaritet ble CU-variabelen bli sentrert. Intervensjon ble kodet 0 og 1, hvor sammenligningsgruppen ble kodet 0 og intervensjonsgruppen ble kodet 1.

Det ble kjørt hierarkiske multiple regresjonsanalyser for alle de seks utfallsmålene. Mål på CU-trekk ble inkludert i steg to etter å ha kontrollert for variansen gjort rede for av demografiske variabler (steg én). Intervensjon ble inkludert i steg tre. I tillegg til CU-trekk og intervensjon ble det også inkludert et interaksjonsledd kalt CU-trekk*intervensjon i steg fire. Dersom dette siste leddet er signifikant kan det tolkes som at intervensjonene påvirkes ulikt av barnas CU-trekk.

3 Resultater

3.1 Frafallsanalyser

Det ble utført analyser av deltagerne som falt fra underveis i studien for å undersøke om frafallet skapte skjevheter som kunne påvirke resultatene eller innehadde egenskaper som økte sannsynligheten for frafallet. I det opprinnelige utvalget bestod begge gruppene av 108 familier ved T1. 29 familier falt fra underveis, 13 stykker fra foreldrerådgivningsgruppen og 16 i sammenligningsgruppen. Ved T2 bestod derfor intervensjonsgruppen av 95 familier (50.8 %) og sammenligningsgruppen av 92 (49.2 %). Årsak til frafall ble rapportert å være at familien ikke lenger ønsket å delta (15 familier), at de ikke lenger svarte på henvendelser (9 familier), flytting (2 familier), sykdom (1 familie), at mor ble gravid (1 familie) eller at familien ønsket mer eller annen hjelp (1 familie).

Chi-square analyser og t-tester ble benyttet for å undersøke hvor tilfeldig frafallet fra studien var. Ved selektivt frafall er det fare for at gruppene ikke er sammenlignbare. De demografiske variablene i studien er barnets kjønn, alder på barnet, etnisitet, foreldrenes alder, utdanning og sivilstatus. Tabell 2 viser en oversikt over demografiske variabler i fullførtgruppen og frafallsgruppen. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppen som fullførte og frafallsgruppen.

Tabell 2. Sammenligning av demografiske variabler mellom gruppen som fullførte og frafallsgruppen.

		Fullførtgruppe (n=187)	Frafallsgruppe (n=29)	t	df	Sig
Kjønn	Gutter	125 (66,8 %)	22 (75,9 %)			
	Jenter	62 (33,2 %)	7 (24,1 %)			.45
Alder	Gjennomsnittsalder på barnet	7,19 (SD 2.59)	7,86 (SD 2.67)	-1,29	214	.197
	Gjennomsnittsalder på rapporterende forelder	35,35 (SD 5.98)	35,03 (SD 6.80)	.262	214	.794
Etnisitet	Norsk bakgrunn	173 (92,5%)	29 (100,0 %)			
	Annen etnisitet	14 (7,5%)	0 (0 %)			.263
Utdanning	Høyere utdanning (høyskole eller universitet)	110 (58,8 %)	21 (72,4 %)			
	Lavere utdanning (Grunnskole eller vgs.)	77 (41,2 %)	8 (27,6 %)			.234
Sivilstatus	Aleneforelder	65 (34,8 %)	14 (48,3 %)			
	I et forhold	122 (65,2 %)	15 (51,7 %)			.231

* $p < .05$ (two-tailed)

For å undersøke om det var systematiske forskjeller mellom de to gruppene som kunne påvirke resultatene ble det utført t-tester på de seks utfallsmålene samt nivå av CU-trekk. T-testene viste ingen signifikante gjennomsnittsforskjeller mellom de to gruppene ved pretest. Resultatene fra T-testen er presentert i tabell 3.

Tabell 3. Sammenligning mellom gruppen som fullførte og frafallsgruppen. Gjennomsnitt, standardavvik og t-test for CU-trekk og utfallsmålene pretest.

		Fullført gruppe	Frafallsgruppe	t	p	df
	CU-trekk	2,47 (SD 0.61)	2,57 (SD 0.50)	.76	.23	214
ECBI	Intensitetsskala	123.93 (SD 27.81)	130,79 (SD 28.44)	1,233	.61	214
	Problemskala	14.88 (SD 7.33)	17.55 (SD 6.48)	1.855	.22	214
HCSBS	Antisosial atferd	73.16 (SD 19.52)	79.03 (SD 20.51)	1.499	.81	214
	Sosial kompetanse	109.17 (SD 18.82)	106.76 (SD 16.63)	-0,65	.61	214
SSBS	Antisosial atferd	67.79 (SD 27.56)	71.79 (SD 21.96)	0,681	.33	195
	Sosial kompetanse	105.52 (SD 26.13)	98.28 (SD 19.47)	-1,307	.07	195

* $p < .05$ (two-tailed)

3.2 Baselineanalyser

3.2.1 Deskriptiv statistikk pretest

Av barna som fullførte posttest hadde 54% av barna en skåre over cut-off på ECBI intensitetsskala før behandling, og 80% hadde en skåre over cut-off på ECBI problemskala. Deskriptiv statistikk for hovedvariablene er presentert i tabell 4.

Tabell 4. *Deskriptiv statistikk for den uavhengige variabelen CU-trekk og de avhengige variablene*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CU-trekk	187	1,33	4,20	2,48	0,61
ECBI intensitetsskåre	187	44,00	205,00	123,93	27,81
ECBI problemskårer	187	0,00	32,00	14,88	7,33
HCSBS antisosial atferd (foreldre)	187	35,00	134,00	73,16	19,52
HCSBS sosial kompetanse (foreldre)	187	62,00	157,00	109,17	18,82
SSBS antisosial atferd (lærer)	173	32,00	147,00	67,79	27,56
SSBS sosial kompetanse (lærer)	173	40,00	158,00	105,52	26,13

3.2.2 Intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen

Det ble det utført signifikanstester (chi-square analyser og t-tester) for å undersøke om intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen er ulike på sentrale demografiske variabler ved behandlingsstart (alder på barnet, barnets kjønn, etnisitet, foreldrenes alder, utdanning og sivilstatus). Resultatene er presentert i tabell 5. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene.

Tabell 5. *Demografiske variabler i intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen pretest*

		Intervensjonsgruppe (n=95)	Sammenligningsgruppe (n=92)	t	df	Sig
Kjønn	Gutter	63 (66,3 %)	62 (67,4 %)			
	Jenter	32 (33,7 %)	30 (32,6 %)			.999
Alder	Gjennomsnittsalder på barnet	7.15 (SD 2,60)	7,22 (SD 2,61)	-.186	185	.852
	Gjennomsnittsalder på forelder	35,54 (SD 5,812)	35,16 (SD 6.17)	-.427	185	.670
Etnisitet	Norsk bakgrunn	88 (92,6 %)	85 (92,4 %)			
	Annen etnisitet	7 (7,4 %)	7 (7,6 %)			1.0
Utdanning	Høyere utdanning (høyskole eller universitet)	44 (46,3 %)	59 (64,1 %)			
	Lavere utdanning (Grunnskole eller vgs)	51 (53,7 %)	33 (35,9 %)			.193
Sivilstatus	Aleneforelder	30 (31,6 %)	35 (38,0 %)			
	I et forhold	65 (68,4 %)	57 (62,0 %)			.439

* $p < .05$ (two-tailed)

Det ble også utført t-tester for å undersøke forskjeller mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen på CU-trekk og utfallsvariablene før intervensjonen (se tabell 5). Resultatene, som er presentert i tabell 5, viser at ved inntak hadde intervensjonsgruppen signifikant høyere skåre på lærerrapportert antisosial atferd enn kontrollgruppen $t(148) = 2.27$ $p=.03$ og signifikant lavere på lærerrapportert sosial kompetanse $t(148) = -2.27$ $p=.03$.

Tabell 6. *Sammenligning mellom intervensjonsgruppen og sammenligningsgruppen pretest. Gjennomsnitt, standardavvik og t-test for CU-trekk og utfallsmålene.*

	Utfallsmål ved T1	Intervensjonsgruppe	Sammenligningsgruppe	t	P	df
	CU-trekk	2.50 (SD .59)	2.45 (SD .63)	0.465	.64	185
ECBI	Intensitetsskala	123.41 (SD 27.07)	123.43 (SD 28.71)	0.239	.81	185
	Problemskala	15.33 (SD 7.23)	14.41 (SD 7.45)	0.851	.40	185
HCSBS	Antisosial atferd	74.36 (SD 19.10)	71.91 (SD 19.97)	0.856	.40	185
	Sosial kompetanse	107.28 (SD 19.04)	111.11 (SD 18.50)	-1.393	.17	185
SSBS	Antisosial atferd	72.68 (SD 28.58)	60.67 (SD 28.58)	2.27*	.03	148
	Sosial kompetanse	100.14 (SD 27.11)	111.69 (SD 24.91)	-2.20*	.03	148

* $p<.05$, ** $p<.01$ (two-tailed).

3.2.3 Korrelasjon mellom atferd og CU

Det ble utført korrelasjonsanalyser for å undersøke sammenhengen mellom demografiske variabler, CU-skårer og pretestskårene på utfallsvariablene. Zero-order (bivariat) korrelasjoner mellom barnas alder, kjønn, CU-trekk og de avhengige variablene er presentert i tabell 7 (for fullstendig tabell se appendiks A). Som forventet var CU-trekk signifikant assosiert med alle atferdsmålene pretest, i tillegg til å være korrelert med barnets alder og kjønn. CU-trekk er positivt korrelert med målene på eksternaliserende problematferd og negativt korrelert med målene på sosial kompetanse. Vi ser også signifikante korrelasjoner mellom de ulike atferdsmålene. Ingen andre demografiske variabler enn alder og kjønn korrelerte signifikant med CU-trekk. Av andre demografiske variabler var det kun forelders alder som korrelerte med andre av utfallsvariablene. Foreldres alder korrelerte med antisosial atferd på både på HCSBS ($r = -.17$, $p < .05$) og SSBS ($r = -.20$, $p < .01$).

Tabell 7. Korrelasjoner mellom demografiske variabler, CU-skårer og utfallsvariabler pretest

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Barnets alder								
2. Barnets kjønn	-.037							
3. CU-trekk	.189**	-.211**						
4. ECBI intensitetskåre	.095	-.218**	.694**					
5. ECBI problemskåre	.213**	-.207	.580**	.836**				
6. HCSBS antisosial atferd (foreldre)	.089	-.195**	.778**	.764**	.666**			
7. HCSBS sosial kompetanse (foreldre)	-.058	.254**	-.762**	-.585**	-.492**	-.587**		
8. SSBS antisosial atferd (lærer)	-.08	-.203**	.248**	.340**	.204**	.442**	-.304**	
9. SSBS sosial kompetanse (lærer)	-.74	.235**	-.284**	-.359**	-.241**	-.330**	.392**	-.715**

Note. N er 187 for barnets alder, CU-trekk, ECBI og HCSBS-skalaene; N er 173 for de lærerrapporterte målene SSBS. ** p = Korrelasjonen er significant på .01 nivå (2-tailed)

3.3 CU som prediktor på behandlingsutfall

Hierarkisk multipl regressjon ble brukt for å undersøke hvilken påvirkning CU-trekk og intervensjonstype har på utfallet av behandling av atferdsproblemer og styrking av sosial kompetanse. Separate analyser ble utført for de seks utfallsmålene. Fordelen med en hierarkisk regressjonsmodell er at vi kan undersøke den isolerte betydningen av hver enkelt variabel, kontrollert for de andre variablene i modellen.

De uavhengige variablene er lagt inn på ulike steg i modellen for å besvare studiens hypoteser på en mest mulig hensiktsmessig måte. I første trinn ble kjønn, alder på barnet og skårer på utfallsvariablen ved behandlingsstart lagt inn. Kjønn og alder ble imidlertid utelatt av regressjonsanalysen når de ikke hadde signifikant effekt. I trinn to ble CU-trekk og på trinn tre intervensjonstype lagt inn. Resultatene fra trinn to vil derfor besvare hypotesen om CU-trekk predikerer behandlingsutfallet. På fjerde trinn ble samspillvariablen CU-trekk \times intervensjon lagt inn. Resultatene fra trinn fire vil derfor besvare hypotesen om at CU-trekk vil ha større innvirkning på sammenligningsgruppen enn foreldrerådgivning.

3.3.1 ECBI intensitetskala

Regresjon av behandlingsutfall på ECBI intensitetskala viser at CU-trekk øker R^2 med 1.2 % lagt inn på trinn 2; F endring (1, 184) = 4.16, $p < .05$ (se tabell 8). Dette indikerer at barna får mindre ut av behandlingen med hensyn til endring av intensiteten på atferdsproblemene jo høyere de skårer på målet for CU-trekk. Intervensjonstype var også signifikant og forklarte ytterligere 3 % av variansen i behandlingsutfall på ECBI intensitetskala på trinn 3, F endring (1, 183) = 10.11, $p < .01$. At sammenhengen er negativ tyder på at barn i intervensjonsgruppen, når det gjelder endring i intensiteten av deres atferdsproblemer, har bedre utbytte av behandlingen enn barn i sammenligningsgruppen. På trinn 4 ble interaksjonsleddet inkludert. Den forklarte 0.8 % i tillegg av variansen, men sammenhengen var ikke signifikant, F endring (1, 182) = 2.69, $p = .103$. Dette tyder på at det ikke er forskjell på hvor mye CU-trekk påvirker behandlingsutfallet ved de to ulike intervensjonene.

Tabell 8. Regresjonsmodell med Eyeberg Child Behaviour Inventory (ECBI) intensitetskala som utfallsvariabel

Steg	Uavhengige variabler	ECBI Intensitetskala					
		B	SD	Beta β	R^2	$R^2\Delta$	ΔF
1	Pretest ECBI	.653	.054				
	Intensitetsskåre			.666**	.443		147.17**
2	Pretest ECBI	.548	.074				
	Intensitetsskåre			.559**			
	CU-trekk	6.909	3.389	.154*	.455	.012	4.16*
3	Pretest ECBI	.546	.072				
	Intensitetsskåre			.557**			
	CU-trekk	7.230	3.309	.161*			
	Intervensjon	-9.193	2.891	-.169**	.484	.029	10.11**
4	Pretest ECBI	.547	.072				
	Intensitetsskåre			-.558**			
	CU-trekk	10.939	3.996	.244**			
	Intervensjon	-9.189	2.878	-.169**			
	Cu-trekk \times Intervensjon	-7.779	4.744	-.120	.491	.008	2.69

Note. N= 187. * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.3.2 ECBI problemskala

Regresjon av skårene fra ECBI problemskala viste at CU-trekk forklarte 1 % av variansen i behandlingsutfallet på denne skalaen, men endringen var kun marginalt signifikant; $R^2 = .01$ F endring (1, 183) = 3.37, $p = .068$ (se tabell 9). Effekten av intervensjonen på trinn tre var derimot signifikant og forklarte et tillegg på 2 %; $R^2 = .022$ F endring (1, 182) = 7.02, $p < .01$. Den negative hovedeffekten av intervensjonstype tyder på at barn som får foreldrerådgivning får bedre utbytte av behandlingen enn barn i sammenligningsgruppen. På trinn 4 ble interaksjonsleddet inkludert og den forklarte ytterligere 1 % tillegg i variansen, men var ikke signifikant; $R^2 = .007$ F endring (1, 181) = 2.38, $p = .124$. Det var ingen hovedeffekt av interaksjon eller CU-trekk, men CU-trekk blir signifikant i modell 4. Dette kan tyde på et samspill mellom intervensjonstype og CU-trekk, for eksempel at sammenhengen mellom CU og behandlingsutfall kun gjelder i sammenligningsgruppen. Forskjellen mellom foreldrerådgivning og sammenligningsgruppen er likevel ikke stor nok til å bli signifikant.

Tabell 9. Regresjonsmodell med Eyeberg Child Behaviour Inventory (ECBI) problemskala som utfallsvariabel

Steg	Uavhengige variabler	ECBI Problemskala					
		B	SD	Beta β	R^2	$R^2\Delta$	ΔF
1	Pretest ECBI Problemskåre	.654	.059	.647**			
	Kjønn	1.997	.916	.127*	.400		61.457**
2	Pretest ECBI Problemskåre	.581	.071	.575**			
	Kjønn	2.189	.916	.139*			
	CU-trekk	1.568	.854	.129	.411	.011	3.37
3	Pretest ECBI Problemskåre	.591	.070	.585**			
	Kjønn	2.249	.902	.143*			
	CU-trekk	1.569	.840	.129	.433	.022	7.02**
	Intervensjon	-2.191	.827	-.148**			
4	Pretest ECBI Problemskåre	.596	.070	.590**			
	Kjønn	2.206	.899	.141*			
	CU-trekk	2.535	1.045	.208*			
	Intervensjon	-2.192	.824	-.148*			
	Cu-trekk \times Intervensjon	-2.097	1.358	-.119	.441	.007	2.38

Note. N= 187. * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.3.3 HCSBS Antisosal atferd

Ved regresjon av behandlingsutfall for foreldrerapportert antisosal atferd viste ingen signifikant effekt av CU-trekk på trinn 2, $R^2 = .00$ F endring (1, 184) = .02, $p = .89$. På trinn 3 viste derimot intervensjonstype signifikant effekt og forklarte et tillegg på 1 % av variansen, $R^2 = .013$ F endring (1, 183) = 5.37, $p < .05$. Den positive hovedeffekten tyder på at barn i intervensjonsgruppen endrer seg mer enn barn i sammenligningsgruppen. På trinn 4 bidro ikke interaksjonsleddet til noe signifikant tillegg i variansen, $R^2 = .006$ F endring (1, 182) = 2.41, $p = .123$.

Tabell 10. Regresjonsmodell med Home and Community Social Behaviour Scale (HCSBS) for antisosal atferd som utfallsvariabel

Steg	Uavhengige variabler	HCSBS Antisosal atferd (forelder)						
		B	SD	Beta β	R^2	$R^2\Delta$	ΔF	
1	Pretest HCSBS	.660	.045	.731**	.531		211.80**	
	Antisosal atferd							
2	Pretest HCSBS	.652	.072	.722**	.534	.000	.02	
	Antisosal atferd							
	CU-trekk	.319	2.319					.011
3	Pretest HCSBS	.662	.072	.733**	.547	.013	5.37*	
	Antisosal atferd							
	CU-trekk	.194	2.293					.007
	Intervensjon	-4.065	1.753					-.116*
4	Pretest HCSBS	.657	.071	.728**	.553	.006	2.41	
	Antisosal atferd							
	CU-trekk	2.458	2.710					.085
	Intervensjon	-4.056	1.747					-.115*
	Cu-trekk \times Intervensjon	-4.464	2.877					-.107

Note. N = 187. * $p < .05$, ** $p < .01$.

3.3.4 HCSBS Sosial kompetanse

Regresjon av skårene på foreldreskåret sosial kompetanse viste at CU-trekk kun forklarte et ikke signifikant tillegg på .5 % av variansen; $R^2 = .005$ F endring (1, 184) = 2.13, $p = .146$ (se Tabell 11). Bidraget til intervensjonen var signifikant på trinn 3 og forklarte et tillegg på 2 %, $R^2 = .017$ F endring (1, 182) = 7.02, $p < .01$. Den positive hovedeffekten av intervensjon tyder på at barn som får foreldrerådgivning får bedre utbytte av behandlingen enn barn i

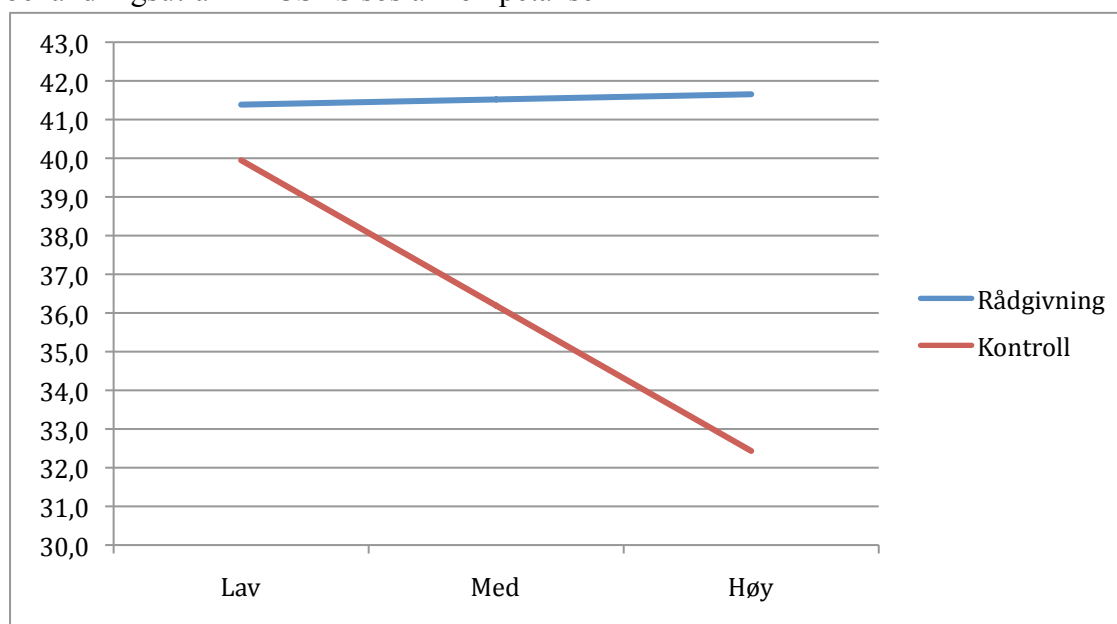
sammenligningsgruppen på dette behandlingsutfallet. På trinn 4 ble interaksjonsleddet inkludert. Det forklarte 1 % tillegg i variansen, men bidraget var kun marginalt signifikant; $R^2 = .009$ F endring (1, 181) = 3.75, $p = .054$. Interaksjonseffekten viser likevel en tendens til at CU-trekk virker mer modererende i kontrollgruppen enn i foreldrerådgivningsgruppen ($p = .054$) (se figur 2). Det ser ut til at den sosiale kompetansen til barna som skårer høyt på CU endrer seg i en mer uheldig retning enn de som skårer lavt i kontrollgruppen.

Tabell 11. Regresjonsmodell med Home and Community Social Behaviour Scale (HCSBS) for sosial kompetanse som utfallsvariabel

Steg	Uavhengige variabler	HCSBS Sosial kompetanse (forelder)					
		B	SD	Beta β	R^2	$R^2\Delta$	ΔF
1	Pretest HCSBS Sosial kompetanse	.773	.054	.772**	.521		201.11**
2	Pretest HCSBS Sosial kompetanse	.680	.084	.635**			
	CU-trekk	-3.786	2.596	-.114	.526	.005	2.13
3	Pretest HCSBS Sosial kompetanse	.705	.083	.658**			
	CU-trekk	-3.333	2.561	-.101			
	Intervensjon	5.308	2.024	.132**	.544	.017	6.88*
4	Pretest HCSBS Sosial kompetanse	.716	.083	.668**			
	CU-trekk	-6.156	2.931	-.186*			
	Intervensjon	5.335	2.009	.133**			
	Cu-trekk \times Intervensjon	6.379	3.295	.134	.553	.009	3.75

Note. N= 187. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Figur 2. Sammenheng mellom CU-trekk og intervensjonstype på påvirkningen av behandlingsutfall i HCSBS sosial kompetanse



3.3.5 SSBS Antisocial atferd (lærer)

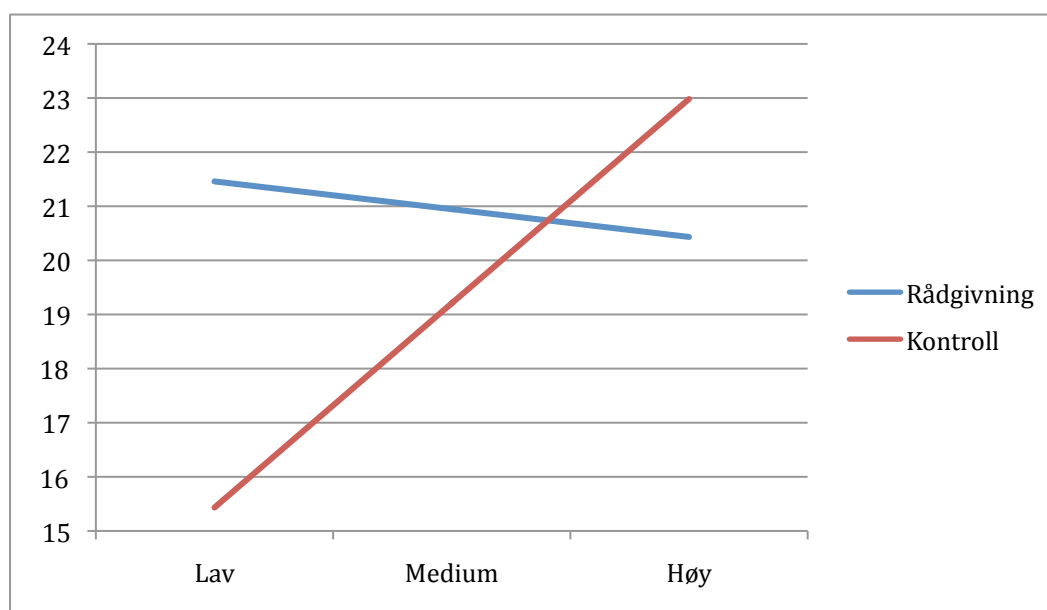
Regresjon viste at CU-trekk forklarte et tillegg på .7 % av variansen i behandlingsutfall. Sammenhengen var imidlertid kun marginalt signifikant, R^2 endring = .007 F endring (1, 147) = 2.91, $p = .09$ (Se tabell 16). Effekten av intervensjonen var ikke signifikant på trinn 3; R^2 endring = .001 F endring (1, 146) = .45, $p = .503$. I steg 4 ble interaksjonsleddet inkludert og det forklarte 0.7 % i tillegg i variansen og var også kun marginalt signifikant; R ending = .007 F endring (1, 145) = 3.0, $p = .086$. Interaksjonseffekten var kun marginalt signifikant ($p = .09$), men tenderte til at CU-trekk har en større innvirkning på kontrollgruppen enn på rådgivningsgruppen (se figur 3). Det er ingen hovedeffekt av CU-trekk og heller ingen interaksjonseffekt, men også her ser vi et samspill mellom intervensjon og CU-trekk som fører til en signifikant effekt for CU i modell 4. Dette kan tyde på at CU-trekk har en påvirkning på behandlingsutfallet, men at denne sammenhengen kun gjelder i sammenligningsgruppen.

Tabell 12. Regresjonsmodell med School Social Behaviour Scale (SSBS) for antisosial atferd som utfallsvariabel

Steg	Uavhengige variabler	SSBS Antisosial atferd (lærer)						
		B	SD	Beta β	R ²	R ² Δ	ΔF	
1	Pretest SSBS	.713	.044	.801**	.641		264.21**	
	Antisosial atferd							
2	Pretest SSBS	.693	.045	.779**	.648	.007	2.91	
	Antisosial atferd							
	CU-trekk	3.472	2.037					.086
3	Pretest SSBS	.688	.046	.773**	.649	.001	.45	
	Antisosial atferd							
	CU-trekk	3.491	2.041					.087
	Intervensjon	1.641	2.444					.034
4	Pretest SSBS	.690	.046	.776**	.656	.007	3.00	
	Antisosial atferd							
	CU-trekk	6.743	2.763					.167*
	Intervensjon	1.620	2.428					.033
	Cu-trekk \times Intervensjon	-6.809	3.933					-.117

Note. N= 150. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Figur 3. Sammenheng mellom CU-trekk og intervensjonstype på påvirkningen av behandlingsutfall i SSBS antisosial atferd



3.3.6 SSBS Sosial kompetanse (lærer)

Regresjon av skårene på lærerrapportert sosial kompetanse viste at CU-trekk forklarte et tillegg på 1.6 % av variansen i behandlingsutfall på SSBS Sosial kompetanse, R^2 endring = .016 F endring (1, 184) = 7.59, $p < .01$. At hovedeffekten er negativ tyder på at barn med høyere CU-trekk på gruppenivå får dårligere behandlingsutbytte og har lavere sosial kompetanse ved posttest kontrollert for pretestskårer. Intervensjonstype forklarte ikke noe ytterligere av variansen i modellen, R^2 endring = .001 F endring (1, 146) = .13, $p = .72$. På trinn 4 ble interaksjonsleddet inkludert. Det forklarte ikke noe signifikant endring av forklart varians.

Tabell 13. Regresjonsmodell med School Social Behaviour Scale (SSBS) for sosial kompetanse som utfallsvariabel

Steg	Uavhengige variabler	SSBS Sosial kompetanse (lærer)					
		B	SD	Beta β	R^2	$R^2\Delta$	ΔF
1	Pretest SSBS Sosial kompetanse	.773	.054	.722	.669		299.47**
2	Pretest SSBS Sosial kompetanse	.680	.084	.635			
	CU-trekk	-3.786	2.596	-.114	.685	.016	7.59**
3	Pretest SSBS Sosial kompetanse	.705	.083	.658			
	CU-trekk	-3.333	2.561	-.101			
	Intervensjon	5.308	2.024	.132	.686	.000	.129
4	Pretest SSBS Sosial kompetanse	.716	.083	.776**			
	CU-trekk	-6.156	2.931	-.148*			
	Intervensjon	5.335	2.009	-.017			
	Cu-trekk \times Intervensjon	6.379	3.295	.021	.686	.000	.105

Note. N = 150. * $p < .05$, ** $p < .01$.

4 Diskusjon

Målet med denne studien var å undersøke hvordan CU-trekk kan påvirke behandlingsutfall hos barn som er i ferd med å utvikle eller allerede har utviklet atferdsvansker. Mer spesifikt ble det undersøkt om nivå av CU-trekk før intervensjon kunne predikere effekten av behandling av atferdsproblemer og styrking av sosial kompetanse. Det var også et mål å undersøke om CU-trekk har ulik påvirkning ved foreldrerådgivning og annen tilgjengelig behandling. For å undersøke dette ble data fra TIBIR-studien analysert (Kjøbli & Ogden, 2012). Med unntak av studiet til Dadds, Cauchi, et al. (2012) er dagens studier begrenset i at den sjelden har sammenlignet CU-trekkets påvirkning på ulike behandlingsmetoder. Det er heller ikke tidligere undersøkt hvordan CU-trekk påvirker behandlingsutfall ved foreldrerådgivning. Det ble predikert at CU-trekk er med på å moderere behandlingsutfall og at barn med høyere CU-trekk vil få lavere utbytte enn barn med lavere CU-trekk. I tillegg ble det lagt frem en hypotese om at CU-trekkene ville påvirke utfallet mer i sammenligningsgruppen enn hos gruppen som fikk foreldrerådgivning.

Samlet sett, og i samsvar med tidligere forskning, tyder resultatene på at barn med høye CU-trekk får mindre utbytte av behandlingen de mottar, uavhengig om det er foreldrerådgivning eller annen tilgjengelig behandling i førstelinjetjenesten. Dette gjelder på både foreldre- og lærerrapporterte mål.

4.1 Frafall

Det ble ikke funnet en sammenheng mellom frafall fra studien og nivå av CU-trekk. Dette er i samsvar med det White et al. (2013) fant for deltagelse ved funksjonell familierapi. Det er likevel i kontrast til andre studier hvor frafallsgruppen tenderer mot å ha høyere skårer på CU-trekk enn de som fullførte behandlingen (Dadds, Cauchi, et al., 2012). Ulikheten i funn kan ha en sammenheng med ulikt intervensjonsnivå av behandlingen. Dadds, Cauchi, et al. (2012) benyttet seg av behandling på individnivå (Emotion-recognition-training, ERT), mens det ble benyttet foreldreintervensjoner i denne studien slik som i studien til White et al. (2013). Det er mulig at nivå av CU-trekk påvirker barnas motivasjon for å fullføre behandling, men ikke foreldrenes motivasjon. Barn med høyere nivå av CU-trekk kan ha mindre motivasjon til å fullføre en behandling da de ikke opplever samme ubehag av atferdsproblemene som barn med lavere nivå av trekket som typisk opplever mer frykt og skyldfølelse (Marsh et al., 2011). Høye CU-trekk hos barna fører ikke nødvendigvis til lavere

motivasjon hos foreldrene, men kan derimot føre til mer foreldrebekymring (Fanti & Centifanti, 2014) og kan på bakgrunn av dette muligens også øke motivasjonen. Det er godt dokumentert at motivasjon er godt kjent for å kunne påvirke frafall underveis i behandlingsforløp (Miller & Prinz, 2003; Nock & Photos, 2006), men er foreløpig ikke undersøkt i forbindelse med CU-trekk.

Det var heller ingen andre observerte forskjeller mellom frafallsgruppen og gruppen som fullførte behandlingen. Det kan tyde på at frafallet var tilfeldig og ikke hadde påvirkning på senere analyser.

4.2 Hva kjennetegner de som skårer høyt på CU ved behandlingsstart?

CU-trekk viste seg å ha sammenheng med mer problematisk eksternaliserende atferd før behandlingsstart, noe som samsvarer med resultater fra tidligere forskning (Hawes & Dadds, 2005; Lazer, 2012). Dette tyder på at det er stor sammenheng med CU-trekk og alvorlighetsgraden av atferdsproblemer. Alvorlighetsgraden av problemene har stor prediktiv verdi for senere atferdsproblemer (Mannuzza et al., 2004). Etersom atferdsproblemer skaper store vansker både for barnet selv og omgivelsene bekrefter dette viktigheten av å finne et passende behandlingstilbud for denne gruppen. I tillegg ble det funnet at CU-trekk hos barna har sammenheng med lavere skåre på mål for sosial kompetanse før behandling, både lærerskåret og foreldreskåret. I følge Dadds et al. (2011) har barn med høye CU-trekk avvikende og manglende øyekontakt med sine omsorgsgivere. Øyekontakt er viktig for å utvikle sosial kompetanse (Skuse, 2003), og det er mulig det er en manglende evne som kommer til uttrykk her. På samme tid viser en studie av Jones, Happé, Gilbert, Burnett, og Viding (2010) at barn med høye CU-trekk har samme evne til perspektivtakning som andre barn. I denne studien er sosial kompetanse basert på foreldre og læreres observasjon av atferd. Spørsmålet er derfor om det er barnas manglende evne eller mangel på motivasjon til å opptre sosialt korrekt i de observerte situasjonene.

4.3 Sammenheng mellom CU-trekk og behandlingstype

I motsetning til forventet ble det ikke funnet noen interaksjon mellom CU-trekk og intervensjon i dette studiet på noen av målene. Sosial kompetanse skåret av foreldre nærmer seg signifikant og har en tendens til at CU-trekk har sterkere påvirkning på behandlingsutfall ved annen tilgjengelig behandling enn ved foreldrerådgivning. Denne tendensen ser vi også på målet for antisosial atferd skåret av lærere. Ved foreldrerapportert sosial kompetanse er effekten av CU-trekk ved foreldrerådgivning minimal, mens den i sammenligningsgruppen er av større betydning. Det tyder på at CU-trekk har liten betydning ved utvikling av sosial kompetanse ved foreldrerådgivning, mens den derimot ser ut til å en mer modererende effekt for kontrollgruppen.

En mulig årsak til at ikke samspillet mellom intervensjonstype og CU er signifikant, som forventet, kan være at intervensjonene i dette studiet er korte (mellom tre og fem timer), slik at differansen i effekt ikke kommer tydelig nok frem. Tendensen går i retningen av at CU-trekk påvirker den alternative behandlingen mer enn foreldrerådgivningen, i tråd med hypotesen. Pardini et al. (2007) viste at selve CU-trekkene kan endres ved å endre på foreldreatferden. Også Kjøbli et al. (Under publisering) viste at foreldrebaserte intervensjoner har bedre effekt på CU-trekk enn mer individrettet intervensjoner (Individuell Social Skills Training), men at en fullstendig PMTO ga bedre effekt enn en mer kortvarig foreldrerådgivning. Det er mulig at en mer langvarig behandling ville påvirket CU-trekkene mer, slik at forskjellene blir tydeligere også i behandlingsutfall. Det er interessant at CU-trekk tenderer til å ha større betydning for kontrollgruppen enn for foreldrerådgivningsgruppen, og det ville vært interessant å se om ulikheten ville kommet tydeligere frem ved å sammenligne en kontrollgruppe med for eksempel PMTO.

En annen mulig årsak til at interaksjonsleddet ikke ble signifikant kan være utvalget av barn og unge. Etersom det er kjent at atferdsproblemer og CU-trekk korrelerer høyt, og det i dette utvalget var barn som var i ferd med å utvikle atferdsvansker, kan det tenkes at utvalget av barn med de høyeste nivåene av CU-trekk var begrenset, og at det dermed skal mye til for at sammenhengene blir signifikante. Det er likevel interessant at antall barn som skårer over cut-off på ECBI er tilnærmet likt antall barn med CD/ODD-diagnose i studiet til Dadds, Cauchi, et al. (2012) som fant en interaksjonseffekt mellom annen tilgjengelig behandling og Emotion Recognition Training (ERT). ERT er en behandlingsform som skal hjelpe barn til å

bli flinkere til oppfatte og tolke emosjoner ved hjelp av daglige interaksjonsøvelser med foreldrene. Det er derimot to interessante ting som skiller disse to studiene; Valg av intervensjon og tidsperspektivet på målinger. Der Dadds, Cauchi, et al. (2012) har inkludert et oppfølgingsmål seks måneder etter behandlingsslutt, er kun posttestmål inkludert i denne studien. Det kan være interessant å se om forskjellene mellom ulike intervensjoner øker i tiden etter behandlingen. I tillegg til ulikt tidsperspektiv er ERT rettet mot barn med høye nivåer av CU-trekk og er derfor utviklet mer spesifikt til problemområdene disse barna opplever med svekket affektiv empati i tillegg til problematferd. Det er mulig at en slik spisset behandlingsmetode har enda større effekt for denne gruppen med barn.

4.4 CU-trekk som prediktor for behandlingsutfall

I samsvar med tidligere studier av CU-trekk og behandlingsutfall tyder resultatene på at forhøyet CU-trekk kan føre til dårligere behandlingsutfall når utfallsvariablene er eksternaliserende atferd (Dadds, Cauchi, et al., 2012; Masi et al., 2013) og sosial kompetanse (Bjornebekk & Kjobli, 2016; Haas et al., 2010). Likevel ser det kun ut til å gjelde spesifikke mål på atferd. CU-trekk er en unik prediktor i målet på intensitet av problematferden, samt ved sosial kompetanse skåret av lærer. Det var ingen hovedeffekt av CU-trekk ved de andre målene i denne studien.

4.4.1 Er CU-trekk en prediktor for utfall på ECBI?

Det er verdt å legge merke til at CU predikerer utfall på intensiteten av problematferden, men ikke foreldrenes opplevelse av antall problemområder. På problemskalaen har barna samme behandlingsutfall uavhengig av nivå av CU-trekk og dette bekrefter tidligere studier som har benyttet seg av samme instrumenter (Högström et al., 2013). Högström et al. (2013) foreslo at det kunne ha sammenheng med at foreldrene ved hjelp av foreldretrening lærte å håndtere vanskene på en bedre måte. Om dette hadde vært tilfellet i vårt studie er det naturlig å tenke seg en interaksjonseffekt på problemskalaen der familiene som mottar foreldrerådgivning opplevde atferdsproblemen mindre problematisk enn familiene som mottok annen tilgjengelig behandling. En slik interaksjon fantes derimot ikke her. En annen mulig forklaring kan være at å få hjelp, uavhengig av type, vil gjøre barnets vansker lettere for foreldrene å bære. Det kunne vært interessant å undersøke om det var ulikheter mellom de to gruppene et halvt år etter avsluttet behandling, eller sammenlignet begge gruppene med en ventelistegruppe som ikke mottok behandling.

4.4.2 Fører CU-trekk til dårligere behandlingsutfall ved sosial kompetanse?

CU-trekk var en signifikant prediktor for utfall på mål for sosial kompetanse. Dette stemmer overens med tidligere forskning hvor barn med høyere CU-trekk har mindre bedring i sosial kompetanse etter behandling, enn barn med lavere CU-trekk (Haas et al., 2010). Det interessante er at CU-trekk kun ser ut til å predikere behandlingsutfall på lærerrapportert sosial kompetanse og ikke på foreldrerapportert. Dette bekrefter funnene til Bjørnebekk og Kjøbli (2016) der de benyttet seg av PMTO som behandlingsmetode. Årsaken til denne ulikheten er usikker og har ikke vært fokus i dette studiet. En mulig forklaring kan likevel være at lønnsomheten til sosialt ønskelig atferd endret seg i hjemmet, men ikke i skolesituasjoner. Det har blitt foreslått at barn og unge med høye CU-trekk trekkes mot belønning (García et al., 2012) og endret foreldrepraksis kan endre hvilke atferder som belønnes. Det er derfor en mulighet for at endringen barn med høyere CU-trekk viser i hjemmet ikke nødvendigvis reflekterer en endring i kompetanse, men endring i motivasjon.

4.4.3 Ulike utfallsmål på antisosial atferd

Det var ingen hovedeffekt av CU-trekk på målene for antisosial atferd, verken for lærerskåret eller foreldreskåret atferd. Det er en tendens til interaksjonseffekt for det lærerskårede målet, som kunne tyde på at CU-trekk har større innvirkning på kontrollgruppen enn på rådgivningsgruppen, men dette var ikke signifikant.

Verken HCSBS eller SSBS predikeres av CU-trekk i dette studiet. Dette er interessant ettersom CU-trekk har en innvirkning på behandlingsutfallet på ECBI intensitetsskala og alle tre målene er ment å måle samme underliggende konstrukt; antisosial og aggressiv atferd. Ved pretest var det i tillegg en sterk assosiasjon mellom skårer på HCSBS antisosial atferd og på ECBI intensitetsskala (.76). Det ville da vært naturlig å forvente en tilsvarende virkning av CU-trekk på de to målene. Resultatet står også i kontrast til funnene til Bjørnebekk og Kjøbli (2016), som fant ved hjelp av CBCL (Child behaviour checklist) og TRF (Teacher report form), at CU-trekk predikerte både foreldrerapportert og lærerrapportert aggresjon og normbrudd. Også Masi et al. (2013) benytter seg av CBCL og finner at CU-trekk har lavere respons på behandling. En utforsking av ulike måleinstrumenter for eksternaliserende atferd

kan kaste mer lys over dette spriket. Det er mulig CBCL og ECBI-i dekker områder som påvirkes mer av høye CU-trekk, områder som ikke er inkludert i HCSBS.

4.4.4 Oppsummering av CU som prediktor

Til tross for at CU-trekk kan predikere behandlingsutfall, så vil barn med høye CU-trekk fortsatt ha god utbytte av behandlingen. Dette stemmer overens med tidligere forskning (Hawes et al., 2013). Det kan se ut til at CU-trekk har en prediktiv verdi på noen mål på sosial kompetanse og eksternaliserende atferd. Til tross for at CU-trekk har en innvirkning på behandlingen er denne innvirkningen liten og forklarer på det meste 1.6% av behandlingsutfallet. Det interessante er at ulike måleinstrument som er tenkt å måle det samme underliggende konstruktet, for eksempel ECBI intensitet og HCSBC antisosial atferd, påvirkes ulikt av CU-trekk. I tillegg er det en forskjell mellom lærerskårede og foreldreskårede mål som kommer tydelig frem i målet for sosial kompetanse.

Om man benytter seg av observasjoner fra foreldre eller lærere, selvrapporing eller trente observatører kan ha en innvirkning på resultatet. Det er derfor interessant at Kolko og Pardini (2010) som ikke finner noen betydning av CU-trekk på noen av utfallsmålene kun benytter seg av lærerskårede CU-trekk i kontrast til for eksempel Hawes og Dadds (2005) som benytter foreldrerapport og White et al. (2013) som benytter selvrapport. Det er likevel ikke sikkert at det er her forskjellen ligger, da foreldre- og lærerskårede tidligere har vist seg å samsvare høyt på tvers av mål på atferdsproblemer (Loeber, Green, Lahey, & Stouthamer-Loeber, 1991). I dette studiet er det blitt benyttet foreldrebaserte skårer på CU-trekk, i tillegg til å både benytte seg av foreldre- og lærerskårede utfallsmål. Å undersøke hvordan forskjellige instrumenter påvirkes ulikt av CU-trekk avhengig av hvem som rapporterer atferden er et tema som kunne vært interessant for videre forskning.

4.5 Styrker og begrensninger ved studiet

Dette studiet er basert på behandling i vanlige førstelinjepraksiser rundt om i Norge og vil derfor ha høy ekstern validitet. Behandlingen gruppene mottok er det tilbudet som er tilgjengelig i førstelinjetjenesten i dag, og det er mye som tyder på at CU-trekk faktisk vil ha en prediksjonseffekt på behandlingsutfallet i behandlingssituasjoner. Ulempen med et slikt realitetsstudiet er tilbudet sammenligningsgruppen mottar. Barna i sammenligningsgruppen

mottok annen tilgjengelig behandling for atferdsproblemer, som er svært variert og resulterte i at det ikke alltid var tilgjengelig tilbud og at noen av barna derfor gikk uten behandling. En ren ventelistegruppe, samt en gruppe som fikk en annen form for behandling kunne gitt mer informasjon om hvordan CU-trekk påvirkes i en behandlingssetting.

Det er flere begrensninger ved studien. Da denne studien er basert på data fra en større studie er målet på CU-trekk trukket ut fra bredere atferdsskalaer. Dette målet er ikke standardisert og validert i annet utvalg, og kan skape en usikkerhet om validiteten til målet. Dataene bør derfor forsøkes replikeres med andre og mer kjente mål for å bekrefte resultatene fra analysene ovenfor. I tillegg ble det i analysene benyttet et generelt mål på CU-trekk, da det i ulike studier har vært indikasjon på at dette konstruktet kan bli videre inndelt i ulike domener. Hyde et al. (2013) fant to ulike faktorer, hvor den ene representerte bedragerisk (*deceitful*) og ufølsom (*callous*) atferd, mens den andre bestod av ikke-emosjonalitet (*unemotional*), som innebærer grunne og mangelfulle følelser. Denne tofaktormodellen er blitt bekreftet senere (Henry et al., 2016), og det bør undersøkes om de ulike dimensjonene av konstruktet påvirker behandlingsutbyttet ulikt.

Tidligere er det funnet at endring i spesifikk foreldreatferd har en sammenheng med CU-trekk og behandlingsutfall (Pasalich et al., 2011). Økt foreldreinvolvering kan blant annet føre til mindre atferdsproblemer og lavere CU-trekk (Fanti & Centifanti, 2014; Pardini et al., 2007). Det har tidligere vist seg at endring i foreldrepraksis kan predikere endring i atferdsproblemer hos barn etter foreldrerådgivning, men at det er ulike deler av foreldrepraksisen som har betydning for barn med høye versus lave CU-trekk (Pasalich et al., 2011). På bakgrunn av dette kunne det vært interessant å inkludere foreldrepraksis i analysene for å undersøke om endring i ulike deler av foreldreskapet kunne ha sammenheng med CU-trekk og behandlingsutbytte.

4.6 Oppsummering og videre forskning

Høye CU-trekk er assosiert med større atferdsproblemer og lavere sosial kompetanse før behandling, rapportert både av foreldre og lærere. Dette understreker viktigheten av et godt behandlingstilbud som er tilpasset barn med høye CU-trekk og deres familier. I dagens tilbud ved førstelinjetjenesten kan høye CU-trekk føre til dårligere behandlingsutfall, både ved foreldrerådgivning og annen tilgjengelig behandling. Det er likevel kun på to av seks mål at

CU-trekk er en unik prediktor. Dette tyder på at barn med høye CU-trekk fortsatt vil ha utbytte av behandling.

Ettersom det ikke er noen entydige svar på hvorvidt CU-trekk modererer behandlingsutfallet vil det bli spennende å følge fremtidig forskning på feltet. Det vil blant annet være interessant å sammenligne den modererende effekten av CU-trekk ved ulike former for behandling av atferdsproblemer og sosial kompetanse. På den måten vil det være mulig å finne former for behandling som passer enda bedre for barn som skårer høyt på disse trekkene og deres familier. Fremover vil det også være interessant å undersøke om modereringen fra CU-trekk blir lavere ved mer langvarige behandlingsformer, for eksempel PMTO, som også har vist seg å ha effekt på reduksjon av CU-trekk hos barn og unge med atferdsvansker.

Resultatene i dette studiet tyder på at barn med lavere nivåer av CU-trekk får mer ut av behandlingen, om det er foreldrerådgivning eller annen tilgjengelig behandling som blir tilbudt. I tillegg ser vi at CU-trekk predikerer effekten av behandling av eksternaliserende atferd i hjemmet og sosial kompetanse på skolen. Det er likevel viktig å huske på at modereringseffekten av CU-trekk i dette studiet var beskjeden, og kun gjaldt to av målene og sjelden oversteg ett prosent av forklaringsverdien. Dette tyder på at barn med høye CU-trekk fortsatt vil få effekt av behandlingen og at foreldrerådgivning også er et godt tilbud til denne gruppen av barn og deres familier. Det er likevel viktig å undersøke om CU-trekk påvirker all behandling, eller om det er noen former for behandling som kan være mer tilpasset slik problematikk.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Askeland, E., Berg, E., Christiansen, T., Flock, M., & Launes, E. (2006). Handbook of brief parent training. *Oslo: The Norwegian Center for Child Behavioral Development*.
- Atferdssenteret. (2015a). Foreldrerådgivning. Lastet ned fra <http://www.atferdssenteret.no/foreldreradgivning/category379.html>
- Atferdssenteret. (2015b). Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR). Lastet ned fra <http://www.atferdssenteret.no/tidlig-innsats-for-barn-i-risiko-tibir/category162.html>
- Barker, E. D., Oliver, B. R., Viding, E., Salekin, R. T., & Maughan, B. (2011). The impact of prenatal maternal risk, fearless temperament and early parenting on adolescent callous-unemotional traits: a 14-year longitudinal investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 878-888. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02397.x
- Bedford, R., Pickles, A., Sharp, H., Wright, N., & Hill, J. (2014). Reduced Face Preference in Infancy: A Developmental Precursor to Callous-Unemotional Traits? *Biological psychiatry*. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.09.022
- Beitchman, J. H., Zai, C. C., Muir, K., Berall, L., Nowrouzi, B., Choi, E., & Kennedy, J. L. (2012). Childhood aggression, callous-unemotional traits and oxytocin genes. *European child & adolescent psychiatry*, 21(3), 125-132. doi: 10.1007/s00787-012-0240-6
- Bjornebekk, G., & Kjobli, J. (2016). Observed callousness as a predictor of treatment outcomes in parent management training. *Clin Child Psychol Psychiatry*. doi: 10.1177/1359104515621961
- Bjørnebekk, G., & Kjøbli, J. (2016). Observed callousness as a predictor of treatment outcomes in parent management training. *Clinical child psychology and psychiatry*, 1359104515621961. doi: 10.1177/1359104515621961
- Blair, R. J. R., Peschardt, K., Budhani, S., Mitchell, D., & Pine, D. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 262-276. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01596.x
- Brenna, M. B. (2014). " Passer dette for meg?" *En kvantitativ studie av sammenhengen mellom aleneforeldre, foreldreferdigheter og atferdsendring hos barn etter foreldrerådgivning*. (Hovedoppgave), Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Lastet ned fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-46352>

- Brunvoll, B. N., Gulbrandsen, S. H., & Schevig, S. (2015). *Behandlingseffekt av foreldretrening for barn med atferdsvansker og samtidige callous-unemotional-trekk*. (Masteroppgave), Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen. Lastet ned fra <http://hdl.handle.net/1956/10933>
- Buck, K. A. (2015). Understanding adolescent psychopathic traits from early risk and protective factors: Relations among inhibitory control, maternal sensitivity, and attachment representation. *Journal of adolescence*, *44*, 97-105.
- Christian, R. E., Frick, P. J., Hill, N. L., Tyler, L., & Frazer, D. R. (1997). Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(2), 233-241.
- Cowan, D. G., Vanman, E. J., & Nielsen, M. (2014). Motivated empathy: The mechanics of the empathic gaze. *Cognition and Emotion*, *28*(8), 1522-1530. doi: 10.1080/02699931.2014.890563
- Dadds, M. R., Allen, J. L., McGregor, K., Woolgar, M., Viding, E., & Scott, S. (2014). Callous-unemotional traits in children and mechanisms of impaired eye contact during expressions of love: a treatment target? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(7), 771-780. doi: 10.1111/jcpp.12155
- Dadds, M. R., Allen, J. L., Oliver, B. R., Faulkner, N., Legge, K., Moul, C., . . . Scott, S. (2012). Love, eye contact and the developmental origins of empathy v. psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, *200*(3), 191-196. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085720
- Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Research*, *199*(3), 201-207. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.033
- Dadds, M. R., Jambrak, J., Pasalich, D., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2011). Impaired attention to the eyes of attachment figures and the developmental origins of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(3), 238-245. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02323.x
- Dodge, K. A. (1991). *The structure and function of reactive and proactive aggression*. Paper presentert ved Earls court Symposium on Childhood Aggression, Jun, 1988, Toronto, ON, Canada.

- Fanti, K. A., & Centifanti, L. C. M. (2014). Childhood callous-unemotional traits moderate the relation between parenting distress and conduct problems over time. *Child Psychiatry & Human Development*, *45*(2), 173-184. doi: 10.1007/s10578-013-0389-3
- Fergusson, D. M., John Horwood, L., & Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry*, *46*(8), 837-849. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00387.x
- Fite, P. J., Greening, L., & Stoppelbein, L. (2008). Relation between parenting stress and psychopathic traits among children. *Behavioral sciences & the law*, *26*(2), 239-248. doi: 10.1002/bsl.803
- Fontaine, N. M., McCrory, E. J., Boivin, M., Moffitt, T. E., & Viding, E. (2011). Predictors and outcomes of joint trajectories of callous–unemotional traits and conduct problems in childhood. *Journal of abnormal psychology*, *120*(3), 730. doi: 10.1037/a0022620
- Foster, E. M., Jones, D. E., & Group, C. P. P. R. (2005). The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder. *American Journal of Public Health*, *95*(10), 1767. doi: 10.2105/AJPH.2004.061424
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of abnormal child psychology*, *31*(4), 457-470. doi: 10.1023/A:1023899703866
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2013). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. doi: 10.1037/a0033076
- García, A. V., Sakai, J. T., Dalwani, M. S., Gelhorn, H. L., Mikulich-Gilbertson, S. K., & Crowley, T. J. (2012). A Behavioral Test of Accepting Benefits that Cost Others: Associations with Conduct Problems and Callous-Unemotionality. *PLoS ONE*, *7*(4), e36158. doi: 10.1371/journal.pone.0036158
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *4*, 217-246. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452
- Hart, S. D., & Hare, R. D. (1996). Psychopathy and antisocial personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, *9*(2), 129-132.
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2005). The treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Journal of consulting and clinical psychology*, *73*(4), 737-741.

- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2007). Stability and malleability of callous-unemotional traits during treatment for childhood conduct problems. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 36(3), 347-355. doi: 10.1080/15374410701444298
- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Brennan, J., Rhodes, T., & Cauchi, A. (2013). Revisiting the treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 0004867413484092. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.737
- Hawes, D. J., Price, M. J., & Dadds, M. R. (2014). Callous-unemotional traits and the treatment of conduct problems in childhood and adolescence: A comprehensive review. *Clinical child and family psychology review*, 17(3), 248-267. doi: 10.1007/s10567-014-0167-1
- Henry, J., Pingault, J.-B., Boivin, M., Rijdsdijk, F., & Viding, E. (2016). Genetic and environmental aetiology of the dimensions of Callous-Unemotional traits. *Psychological medicine*, 46(02), 405-414. doi: 10.1017/S0033291715001919
- Hirata, Y., Zai, C. C., Nowrouzi, B., Shaikh, S. A., Kennedy, J. L., & Beitchman, J. H. (2016). Possible association between the prolactin receptor gene and callous-unemotional traits among aggressive children. *Psychiatric genetics*, 26(1), 48-51. doi: 10.1097/YPG.0000000000000108
- Hyde, L. W., Shaw, D. S., Gardner, F., Cheong, J., Dishion, T. J., & Wilson, M. (2013). Dimensions of callousness in early childhood: Links to problem behavior and family intervention effectiveness. *Development and Psychopathology*, 25(02), 347-363. doi: 10.1017/S0954579412001101
- Högström, J., Enebrink, P., & Ghaderi, A. (2013). The moderating role of child callous-unemotional traits in an Internet-based parent-management training program. *Journal of family psychology*, 27(2), 314. doi: 10.1037/a0031883
- Haas, S. M., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., King, S., Andrade, B. F., & Carrey, N. J. (2010). Treatment Response in CP/ADHD Children with Callous/Unemotional Traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 541-552. doi: 10.1007/s10802-010-9480-4
- Jones, A. P., Happé, F. G., Gilbert, F., Burnett, S., & Viding, E. (2010). Feeling, caring, knowing: different types of empathy deficit in boys with psychopathic tendencies and autism spectrum disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(11), 1188-1197. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02280.x

- Kjøbli, J., & Bjørnebekk, G. (2013). A Randomized Effectiveness Trial of Brief Parent Training Six-Month Follow-Up. *Research on Social Work Practice, 23*(6), 603-612. doi: 10.1177/1049731513492860
- Kjøbli, J., Nærde, A., Bjørnebekk, G., & Askeland, E. (2014). Maternal mental distress influences child outcomes in brief parent training. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 171-177. doi: 10.1111/camh.12028
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2012). A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings. *Prevention Science, 13*(6), 616-626. doi: 10.1007/s11121-012-0289-y
- Kjøbli, J., & Sørli, M. A. (2008). School outcomes of a community-wide intervention model aimed at preventing problem behavior. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(4), 365-375. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00648.x
- Kjøbli, J., Zachrisson, H. D., & Bjørnebekk, G. (Under publisering). Three randomized effectiveness trials - one question: Can callous unemotional traits in children be altered? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*.
- Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. G., Pardini, D., Holden, E. A., & Hart, J. (2009). Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD: A clinical trial with 3-year follow-up. *Journal of abnormal child psychology, 37*(5), 591-609. doi: 10.1007/s10802-009-9303-7
- Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2010). ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 713. doi: 10.1037/a0020910
- Krogh, F., & Bukten, M. I. K. (2014). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for-barn og unge 2013 Norsk pasientregister* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/507/Aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-2013-IS-2173.pdf>
- Lahey, B. B., Loeber, R., Quay, H. C., Frick, P. J., & Grimm, J. (1997). Oppositional defiant disorder and conduct disorder. I T. A Widiger, A. J Frances, H. A Pincus, R Ross, M. B. First & W. Davis (Red.), *DSM-IV Sourcebook* (Vol. 3, s. 189-209). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Lazer, S. (2012). *Do Callous and Unemotional Traits in Young Children Predict Change in Parenting and Child Behavior In Response to Behavioral Parent Training?* (Doktoravhandling), LONG ISLAND UNIVERSITY. Lastet ned fra http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-

[2004&res_dat=xri:pqdiss&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&rft_dat=xri:pqdiss:3505987](#) (3505987)

- Leistico, A.-M. R., Salekin, R. T., DeCoster, J., & Rogers, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and human behavior, 32*(1), 28. doi: 10.1007/s10979-007-9096-6
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(12), 1468-1484. doi: 10.1097/00004583-200012000-00007
- Loeber, R., Green, S. M., Lahey, B. B., & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Differences and similarities between children, mothers, and teachers as informants on disruptive child behavior. *Journal of abnormal child psychology, 19*(1), 75-95. doi: 10.1007/BF00910566
- Lynam, D. R. (1997). Pursuing the psychopath: capturing the fledgling psychopath in a nomological net. *Journal of abnormal psychology, 106*(3), 425. doi: 10.1037/0021-843X.106.3.425
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Abikoff, H., & Moulton Iii, J. L. (2004). Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with ADHD: a prospective follow-up study. *Journal of abnormal child psychology, 32*(5), 565-573. doi: 10.1023/B:JACP.0000037784.80885.1a
- Marsh, A. A., Finger, E. C., Schechter, J. C., Jurkowitz, I. T., Reid, M. E., & Blair, R. (2011). Adolescents with psychopathic traits report reductions in physiological responses to fear. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(8), 834-841. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02353.x
- Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Lenzi, F., Polidori, L., Ruglioni, L., . . . Milone, A. (2013). Response to treatments in youth with disruptive behavior disorders. *Comprehensive psychiatry, 54*(7), 1009-1015. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.04.007
- Merrell, K. W., & Caldarella, P. (2002). *Home & Community Social Behavior Scales User's Guide*: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Merrell, K. W., Streeter, A. L., Boelter, E. W., Caldarella, P., & Gentry, A. (2001). Validity of the home and community social behavior scales: Comparisons with five behavior rating scales. *Psychology in the Schools, 38*(4), 313-325.

- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy, 34*(4), 517-534. doi: 10.1016/S0005-7894(03)80033-3
- Moffitt, T. E., & Scott, S. (2011). *Conduct Disorders of Childhood and Adolescence*. I Michael Rutter, Dorothy Bishop, Daniel Pine, Stephen Scott, Jim S Stevenson, Eric A Taylor & Anita Thapar (Red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry*: John Wiley & Sons.
- Nixon, R. D., Sweeney, L., Erickson, D. B., & Touyz, S. W. (2004). Parent-child interaction therapy: One-and two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of abnormal child psychology, 32*(3), 263-271. doi: 10.1023/B:JACP.0000026140.60558.05
- Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent motivation to participate in treatment: Assessment and prediction of subsequent participation. *Journal of Child and Family Studies, 15*(3), 333-346. doi: 10.1007/s10826-006-9022-4
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of consulting and clinical psychology, 76*(4), 607. doi: 10.1037/0022-006X.76.4.607
- Pardini, D. A., Lochman, J. E., & Powell, N. (2007). The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children: are there shared and/or unique predictors? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 319-333. doi: 10.1080/15374410701444215
- Pasalich, D. S., Dadds, M. R., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2011). Do callous-unemotional traits moderate the relative importance of parental coercion versus warmth in child conduct problems? An observational study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(12), 1308-1315. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02435.x
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: Coercive family process*: Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). *A developmental perspective on antisocial behavior* (Vol. 44): American Psychological Association.
- Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1984). Social interactional processes within the family: The study of the moment-by-moment family transactions in which human social development is imbedded. *Journal of Applied Developmental Psychology, 5*(3), 237-262. doi: 10.1016/0193-3973(84)90021-2

- 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
- Rose, R. J., Dick, D. M., Viken, R. J., Pulkkinen, L., & Kaprio, J. (2004). Genetic and environmental effects on conduct disorder and alcohol dependence symptoms and their covariation at age 14. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *28*(10), 1541-1548. doi: 10.1097/01.ALC.0000141822.36776.55
- 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>
- Skuse, D. (2003). Fear Recognition and the Neural Basis of Social Cognition. *Child and Adolescent Mental Health*, *8*(2), 50-60. doi: 10.1111/1475-3588.00047
- Snyder, J. J., & Patterson, G. R. (1995). Individual differences in social aggression: A test of a reinforcement model of socialization in the natural environment. *Behavior Therapy*, *26*(2), 371-391. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80111-X
- Solholm, R., Kjøbli, J., & Christiansen, T. (2013). Early Initiatives for Children at Risk—Development of a Program for the Prevention and Treatment of Behavior Problems in Primary Services. *Prevention science*, *14*(6), 535-544. doi: 10.1007/s11121-012-0334-x
- Tommeraaas, T., & Ogden, T. (2015). Is There a Scale-up Penalty? Testing Behavioral Change in the Scaling up of Parent Management Training in Norway. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 1-14. doi: 10.1007/s10488-015-0712-3
- Viding, E., Hanscombe, K. B., Curtis, C. J., Davis, O. S., Meaburn, E. L., & Plomin, R. (2010). In search of genes associated with risk for psychopathic tendencies in children: a two-stage genome-wide association study of pooled DNA. *Journal of child psychology and psychiatry*, *51*(7), 780-788. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02236.x
- Viding, E., Price, T. S., Jaffee, S. R., Trzaskowski, M., Davis, O. S., Meaburn, E. L., . . . Plomin, R. (2013). Genetics of callous-unemotional behavior in children. *PloS one*, *8*(7), e65789. doi: 10.1371/journal.pone.0065789
- Waller, R., Gardner, F., & Hyde, L. W. (2013). What are the associations between parenting, callous–unemotional traits, and antisocial behavior in youth? A systematic review of

- evidence. *Clinical Psychology Review*, 33(4), 593-608. doi: 10.1016/j.cpr.2013.03.001
- Waschbusch, D. A., Carrey, N. J., Willoughby, M. T., King, S., & Andrade, B. F. (2007). Effects of methylphenidate and behavior modification on the social and academic behavior of children with disruptive behavior disorders: The moderating role of callous/unemotional traits. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(4), 629-644. doi: 10.1080/15374410701662766
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 65(1), 93. doi: 10.1037/0022-006X.65.1.93
- Weisz, J. R., Hawley, K. M., & Doss, A. J. (2004). Empirically tested psychotherapies for youth internalizing and externalizing problems and disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 13(4), 729-815. doi: 10.1016/j.chc.2004.05.006
- White, S. F., Frick, P. J., Lawing, K., & Bauer, D. (2013). Callous–unemotional traits and response to functional family therapy in adolescent offenders. *Behavioral sciences & the law*, 31(2), 271-285. doi: 10.1002/bsl.2041
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: Geneva: World Health Organization.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., Van der Ende, J., & Verhulst, F. C. (2003). Help seeking for emotional and behavioural problems in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 12(4), 153-161. doi: 10.1007/s00787-003-0322-6
- Aarts, M. (2000). Aarts M. Marte Meo: Basic Manual: Harderwijk: Aarts Productions.

Appendiks A

Appendiks A – Fullstendig korrelasjonstabell

Appendiks A. Korrelasjoner mellom demografiske variabler, CU-skårer og utfallsvariabler pretest. Fullstendig tabell.

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Barnets alder											
2. Alder på responderende forelder	.390**										
3. Barnets kjønn?	-.037	.069									
4. Forelders sivilstatus	-.158*	.017	-.178*								
5. Forelders utdanning?	-.077	.214**	-.071	.354**							
6. CU-trekk	.189**	-.083	-.211**	-.046	.003						
7. ECBI intensitetsskåre	.095	-.104	-.218**	.004	-.014	.694**					
8. ECBI problemskåre	.231**	-.023	-.207**	-.003	.022	.580**	.836**				
9. HCSBS Anitsosial atferd	.089	-.174*	-.195**	-.056	-.070	.778**	.764**	.666			
10. HCSBS Sosial kompetanse	-.058	.121	.254**	.042	-.053	-.762**	-.585**	-.492**	-.587**		
11. SSBS Antisocial atferd	-.080	-.196**	-.203**	.026	-.094	.248**	.340**	.204**	.442**	-.304**	
12. SSBS Sosial kompetanse	-.074	.038	.235**	.145	.040	-.284**	-.359**	-.241**	-.330**	.392**	-.715**

Note. N er 187 for demografiske variabler, CU-trekk, ECBI, HCSBS og HCSBS; N er 173 for de lærerreporterte målene SSBS.

* p = Korrelasjonen er signifikant på .05 nivå, ** p = Korrelasjonen er signifikant på .01 nivå