

*Hva er Collaborative & Proactive Solutions, og
hvor effektiv er modellen i behandling av
atferdsvansker hos barn og unge?*

Beate Andreassen



Masteroppgave i pedagogisk-psykologisk rådgivning

Institutt for pedagogikk
Det utdanningsvitenskapelige fakultet
UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2017

SAMMENDRAG AV MASTEROPPGAVEN I PEDAGOGIKK

TITTEL:

”Hva er Collaborative & Proactive Solutions, og hvor effektiv er modellen i behandling av atferdsvansker hos barn og unge?”

AV:

Beate Andreassen

EKSAMEN:

Masteroppgave i Pedagogikk
Pedagogisk Psykologisk Rådgivning

SEMESTER:

Høst 2017

STIKKORD:

Collaborative & Proactive Solutions
Evidensbasert behandling
Atferdsvansker
Eksternaliserte vansker
Oppositional Defiant Disorder

© Beate Andreassen

2017

”Hva er Collaborative & Proactive Solutions, og hvor effektiv er modellen i behandling av atferdsvansker hos barn og unge?”

Beate Andreassen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Abstract

The aim of this literature review is to give a description of the intervention called *Collaborative and Proactive Solution (CPS)*, and to summarize the existing research findings regarding the outcome of the intervention when used in an outpatient setting. The Norwegian online journal Ungsinn's (Youngmind) system of assessing the level of evidence is used to suggest an overall rating of the intervention. Ungsinn is based on standards of evidence listed by the Society for Prevention Research and other international systems of grading evidence.

CPS is a relatively new cognitive-behavioral psychosocial intervention used with children and youth displaying externalizing behavior, including aggressive and disruptive behavior such as temper tantrums, hitting and kicking, disobeying rules and lying, and often diagnoses of Oppositional Defiant Disorder (ODD). Traditional interventions to treat externalizing behavior have primarily been based upon learning theories that assumes that the behavior have been learnt as a result of parenting practices. The child has learnt that disruptive behavior will provide them with something, or allow them to avoid something. The oldest and most documented approach is called Parent Management Training (PMT), and is often considered to be the first choice of treatment. Although there is considerable research documenting the benefits of PMT, there has also been research showing limitations of this intervention. In order to address the shortcomings of behavioral approaches, the CPS model was developed. CPS relies heavily on transactional theories of development, system theory and research in the neurosciences. It proposes that challenging behavior is a product of skill deficits in the domains of executive functioning, cognitive flexibility, emotion regulation and social skills. The aim of externalizing behavior is not to be purposefully oppositional, but to express that they are struggling with a particular demand or situation. Hence, the goals of CPS is to identify the skills a challenging child is lacking, identify the specific expectation the child is having difficulty meeting, and help child and adult collaboratively solve these problems. According to the model, skills are taught implicitly through the problem solving process (known as "Plan B").

There is an expending evidence base for the efficacy of CPS in reducing disruptive, externalizing behavior among children and youth. The studies that are included in this paper

shows that improvements in children's behavior were equivalent to the improvements found in a parent training control group (PMT). Review of the accumulating evidence indicates that CPS is an evidence based intervention. This paper proposes that CPS reaches level 4 on Ungsinn's classifications system. However, there is still a need for more effectiveness studies to evaluate the model in a natural context and for longer follow-ups to see if the positive changes are sustained over time. There is also a need to find out how and why the treatment works (mediators), as well as identifying subgroups in which CPS is more or less effective (moderators).

Keywords: Collaborative & Proactive Solutions, evidence-based treatment, behavioral difficulties, externalizing behavior, Oppositional Defiant Disorder, children, youth.

Forord

Som tittelen avslører handler denne oppgaven om atferdsvansker. Valg av tema falt naturlig etter flere års erfaring som pedagog i barnehage og skole, spesielt tilknyttet barn og unge med problematferd. Selve masterstudiet har vært en prosess som har gått parallelt med arbeid i pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT). Det gitt meg muligheten å tilegne meg ytterligere erfaringer i arbeid med barn og unge med atferdsvansker, samtidig som jeg har fått anledning til å fordype meg i teori og forskningslitteratur.

Det er flere jeg ønsker å takke for å ha bidratt. I første rekke vil jeg å takke veileder, Professor Gunnar Bjørnebekk. Takk for motiverende og fleksibel veiledning, og for at du hele veien har uttrykt en genuin interesse for oppgaven. Jeg ønsker også takke Professor Ross Greene - for tilgjengelighet og verdifulle innspill underveis i prosessen. En spesiell takk går også til Professor Kjetil Steinsholt som vekket min interesse for pedagogikk, og som har hatt stor betydning for min faglige utvikling og forståelse.

Takk til Hans Holter Solhjell, daglig leder av Famlab, som så raust lot meg få delta på Ross Greene sine seminarer, modul 1 og 2, oktober 2016 og november 2017. Jeg vil også takke mine flotte og kunnskapsrike kollegaer i PPT B for spennende debatter og faglig påfyll.

Takk til gode venner og storfamilien for at dere har heiet på meg og lest korrektur. Og sist, men ikke minst, vil jeg takke mannen min og våre to barn. Takk for at dere har støttet meg og godtatt at en rekke helger og feriedager har gått med til oppgaveskriving.

Opgaven dedikeres til Johannes og Emma

- for alt dere har lært meg om problemløsning i samarbeid!

Oslo, november 2017

Beate Andreassen

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Aktualisering.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensninger	3
1.4	Oppgavens oppbygning	4
2	Atferdsvansker	6
2.1	Hva er atferdsvansker?.....	6
2.1.1	Eksternaliserte og internaliserte vansker	6
2.1.2	Reaktiv og proaktiv aggresjon.....	7
2.1.3	Diagnoser.....	8
2.1.4	Komorbiditet.....	9
2.2	Prevalens	10
2.3	Årsaksforklaringer.....	10
2.4	Konsekvenser	13
2.5	Forebygging og behandling	13
3	Beskrivelse av tiltaket	14
3.1	Tradisjonell tilnærming til atferdsvansker	14
3.2	CPS-modellens teoretiske rammeverk.....	16
3.2.1	En transaksjonell forståelse	16
3.2.2	En grunnleggende filosofi: " <i>kids do well if they can</i> "	19
3.3	CPS i praksis (metode).....	21
3.3.1	Kartlegging: mangelfulle ferdigheter og uløste problem (ALSUP).....	21
3.3.2	Tiltakets kjernekomponenter: Plan A, Plan B og Plan C.....	23
3.3.3	Implementeringsstrategier	28
3.3.4	CPS-modellens målgruppe:.....	30
3.4	Oppsummering og kommentar	31
4	Metodisk tilnærming	34
4.1	En teoretisk oppgave	34
4.2	Oppgavens avgrensning	35

4.3	Hva menes med evidensbaserte tiltak?	37
5	Empiri	45
5.1	Effektstudier	46
5.1.1	Greene m.fl. (2004) - RCT, en pilotstudie av CPS.	46
5.1.2	Epstein & Satzman- Benaiah (2010) – CPS i gruppeformat.....	50
5.1.3	Johnson m.fl. (2012) – en svensk studie	53
5.1.4	Ollendick m.fl. (2016) – en RCT	56
5.2	Pågående studier	61
5.2.1	Murrihy m.fl. (2016) – en pågående RCT-studie	61
5.2.2	Dedousis-Wallace m.fl (2016) – moderatorer og mediatorer	62
5.3	Kort oppsummering: Hva sier resultatene?	65
5.4	Evidensnivå	66
5.4.1	En vurdering av kvaliteten på det totale forskingsarbeidet.....	66
5.4.2	Konklusjon evidensnivå	69
5.5	Forskningsmessige implikasjoner	70
5.6	Kliniske implikasjoner	71
6	Avslutning	72

Litteraturliste

Vedlegg

1 Introduksjon

1.1 Aktualisering

De siste tiårene har det vært et økt fokus på barn og unge med atferdsvansker, både internasjonalt og nasjonalt. Kunnskap om hvilke konsekvenser vanskene fører med seg for individ, familier, nærmiljø og storsamfunn, har gjort forskning på tiltak for forebygging og behandling til et satsningsområde. Oppdaterte kunnskapsoversikter viser imidlertid at behandlingen av atferdsvansker fortsatt har et betydelig forbedringspotensiale (McCart & Sheidow, 2016; Weisz, Kuppens, Ng, Eckshtain, Ugueto, Vaughn-Coaxum, Jensen-Doss, Hawley, Marchette, Cgu, Weersing & Fordwood, 2017).

Et av de eldste tiltakene for behandling av atferdsvansker er *foreldretrening* - på engelsk *Parent Management Training* (PMT) (eks. Barkley, 1997; Forgatch & Patterson, 2010; Kazdin, 1997, 2005). Utgangspunktet for PMT er at all atferd er lært og kan avlæres. Modellen bygger i hovedsak på virkemidler hentet fra atferdsmodifikasjon, hvor konsekvent bruk av positive og negative konsekvenser skal bidra til å øke positiv atferd og redusere uønsket atferd. En mengde forskning viser til effekten av PMT (eks. Chorpita, Daledien, Ebesutani, Young, Becker, Nakamura & Trent, 2011; Dadds & Hawes, 2006; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Forgatch & DeGarmo, 2011; Fossum, Handegard, Martinussen & Mørch, 2008; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Michelson, Davenport, Dretzke, Barlow & Day, 2013; Ogden & Hagen, 2008; Patterson & Forgatch, 2010; Reyno & McGrath, 2006; Weisz, Kuppens, Echstain, Ugueto, Hawley & Jensen-Doss, 2013), som følgelig har fått en etablert rolle som anbefalt metode i behandling av atferdsvansker (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2013; Norges forskningsråd, 1998). Men til tross for at effekten av PMT er grundig dokumentert, finnes det også en rekke studier som avdekker begrensinger ved metoden. Omtrent 30-50% av barn med atferdsvansker synes å ikke ha et tilstrekkelig utbytte av PMT, og tilbakefall til problematferd etter behandling er en gjennomgående utfordring (eks. Cavell, 2000; Drugli, 2013; Forgatch, 2002; Fossum, Handegård, Drugli & Mørch, 2010; Kazdin, 2005; Murrihy, Kidman & Ollendick, 2010; Nixon, Sweeney, Erickson & Touyz, 2004; Ogden & Hagen, 2008; Reyno & McGrath, 2006; Scott, 2005; Webster-

Stratton & Hammond, 1997). Spesielt later det til at eldre barn (Eyberg, Nelson & Boggs; 2008; Ogden & Hagen, 2008) og barn med alvorlige atferdsvansker (eks. Dadds & Hawes, 2006; Kazdin, 2005) ikke drar like god nytte av behandlingen. I tillegg vurderes det som et problem at et relativt høyt antall foreldre som tilbys PMT, trekker seg fra behandlingen underveis (Kazdin, 2005; Miller & Prinz, 2003).

Collaborative & Proactive Solutions (CPS) representerer et alternativ til PMT. Modellen er utviklet av psykologen Ross Greene, som etter 22 år ved Harvard Medical School nå er tilknyttet Department of Psychology ved Viginina Tech (USA). CPS-modellen legger andre forståelsesmåter og premisser til grunn for oppfatninger av atferdsvansker, og følgelig også behandlingen av vanskene. Tilnærmingen omtales som hybrid eller multiteoretisk ved at den baserer seg på en rekke ulike teorier, deriblant transaksjonsteori, systemteori og nevropsykologi. Greene argumenter for at atferdsvansker ikke er tillært, men et resultat av barnets vansker knyttet til kognitive domener som mental fleksibilitet, problemløsningsevne og frustrasjonstoleranse. Det teoretiske rammeverket, samt modellens innhold og metode, beskrives av Greene i bøker som *The Explosive Child* (1998), *Lost at School* (2008), *Lost and Found* (2016) og *Rasing Human Beeings* (2016). Han har også skrevet kapitler i flere anerkjente fagbøker, deriblant *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth* (Murrihy, Kidman & Ollendick, 2010) og *DSM-5 Casebook and Treatment Guide for Child Mental Health* (American Psychiatric Association, 2017). I tillegg er det publisert en rekke artikler som beskriver modellens innhold og evaluerer modellens effekt.

CPS begynner etterhvert å få en solid internasjonal faglig forankring, og er implementert i en rekke ulike settinger som poliklinisk behandling, psykiatriske institusjoner, barnevernet, skoleverket og fengselsvesenet i land som USA, Canada, Australia, Danmark og Sverige. Modellen er imidlertid lite kjent og utbredt i Norge.

1.2 Problemstilling

Ettersom CPS-modellen er relativt ukjent i Norge er formålet med denne litteraturgjennomgangen å presentere modellen, samt gi en fremstilling av hva internasjonal

forskning per i dag har generert av kunnskap om modellens effekt i behandling av barn og unge med atferdsvansker. Oppgaven baserer seg på følgende to problemstillinger:

- 1) *Hva er Collaborative & Proactive Solutions (CPS)?*
- 2) *Hvor effektiv er modellen i behandling av atferdsvansker hos barn og unge?*

For å besvare oppgavens problemstillinger tas det utgangspunkt i retningslinjer fra det norske vitenskapelige tidsskriftet *Ungsinn* (Ungsinn.no). Dette er et elektronisk tidsskrift som driftes av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – nord (RKBU Nord) ved UiT, Norges arktiske universitet, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Tidsskriftet har som mål å informere om ulike tiltak for barn og unges psykiske helse, og har de senere årene fått økt innflytelse blant norske fagfolk, forskere og beslutningstakere.

Oppgavens første problemstilling besvares ved å gi en utfyllende *beskrivelse* av CPS-modellens teoretiske forankring, innhold og metode. Dette er i tråd med hvordan *Ungsinn* presenterer og informerer om tiltak. Problemstillingen innebærer således ikke en drøfting av modellens teoretiske rammeverk, innhold eller fremgangsmåte.

Oppgavens andre problemstilling krever at det tas stilling til hvordan evidens blir vurdert. Kriteriene som *Ungsinn* legger til grunn for sin klassifisering av tiltak, brukes her for å kunne gjøre en vurdering av det nåværende kunnskapsgrunnlaget for CPS. På bakgrunn av dette foretas en konklusjon vedrørende CPS-modellens evidensnivå.

1.3 Avgrensninger

Med atferdsvansker refereres det i denne oppgaven til eksternaliserte vansker som anses å være normbrytende og problematiske (Skogen & Torvik, 2013). Til tross for at CPS-modellen antas å være anvendelig i behandling av både internaliserte og eksternaliserte vansker (Greene, 1998, 2008, 2016), har det meste av forskningen sett på effekten av CPS i behandlingen av utagerende barn og unge. Videre er gjennomgangen begrenset til en

vurdering av CPS-modellens effekt i en poliklinisk setting (familiebehandling).

Begrepsavklaringer og oppgavens avgrensinger vil utdypes ytterligere i kapittel 2 og 4.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 6 kapitler og er bygget opp på følgende vis:

Kapittel 1 aktualiserer og presenterer oppgavens problemstilling, og gir et innblikk i oppgavens oppbygning.

Kapittel 2 omhandler en generell forståelse av atferdsvansker. Kapitlet gir en oversikt over forskning knyttet til eksternaliserte og internaliserte vansker, reaktiv og proaktiv aggresjon, diagnoser som ODD og CD, komorbiditet, årsaksforklaringer med vekt på risikofaktorer og beskyttende faktorer, konsekvenser av atferdsvansker, samt behovet for forebyggende og behandlende tiltak. Samtlige temaer er relevante for å forstå utviklingen av CPS-modellen.

Kapittel 3 gir en innføring i CPS-modellens teoretiske forankring, innhold og metode.

Teoritilgangen starter med å gi en kortfattet presentasjon av læringsteorier og foreldretreningsprogram (PMT), ettersom CPS oppstod som en reaksjon på disse. Deretter introduseres CPS-modellens teoretiske rammeverk, samt premisser for hvordan barns atferd skal forstås og behandles. Andre del av kapitlet omhandler hvordan modellen brukes i praksis: hvordan atferdsvansker kartlegges, en gjennomgang av tiltakets kjernekomponenter (Plan A, B og C), i tillegg til modellens implementeringsstrategi og målgruppe.

Kapittel 4 redegjør for oppgavens metodiske tilnærming. Problemstillinger og avgrensninger knyttet til inkludering og ekskludering av studier drøftes. Deretter skisseres viktige kjennetegn ved evidensbaserte tiltak basert på Ungsinns kriterier.

Kapittel 5 introduserer studier som omhandler effekten av CPS i behandling av barn og unge med atferdsvansker i en poliklinisk setting. I andre del av kapitlet drøftes kvaliteten på det totale forskningsarbeidet. Kriteriene som Ungsinn legger til grunn for sin klassifisering av

tiltak, brukes for å kunne gjøre en vurdering av det nåværende kunnskapsgrunnet for CPS. På bakgrunn av dette foretas en konklusjon vedrørende CPS-modellens evidensnivå. I kapittelets tredje del skisseres forskningsmessige implikasjoner (behov for videre forskning), samt kliniske implikasjoner (den praktiske betydningen av funnene).

Kapittel 6 oppsummerer oppgaven.

2 Atferdsvansker

Som resultat av et stadig større fokus på atferdsvansker blant barn og unge, har det vokst frem en mengde forskning og litteratur som forsøker å beskrive vanskenes innhold og omfang, samt bakenforliggende årsaker og hvilke konsekvenser vanskene kan medføre. I dette kapittelet gis en kort gjennomgang av sentrale begreper og funn knyttet til forståelsen av atferdsvansker. Kjennskap til denne forskningen er relevant for å forstå utviklingen av CPS-modellen.

2.1 Hva er atferdsvansker?

Det finnes ingen entydig og klar definisjon av atferdsvansker. I stedet benyttes en rekke ulike betegnelser for å beskrive vanskens form og alvorlighetsgrad. Disse varierer som regel i henhold til ulike fagdisipliner og kontekster, kulturer og verdier. Med andre ord vil forståelsen av atferdsvansker være et uttrykk for varierende *oppfatninger* og *teorier*. Følgelig kan atferdsvansker sies å være et *relativt fenomen* (Befring, 2008; Greene, 1998; Ogden, 2015). En fellesnevner i forståelsen av atferdsvansker er imidlertid at atferden avviker fra samfunnets normer for normal og akseptabel atferd, samt at vanskene forstyrrer individets fungering og skaper problemer i samspill med andre (Nordahl, Sørli, Manger & Tveit, 2005; Ogden, 2015).

2.1.1 Eksternaliserte og internaliserte vansker

En vanlig hovedinndeling i forståelsen av atferdsvansker er *eksternaliserte* og *internaliserte* vansker (Nordahl m.fl., 2005; Ogden, 2015). Førstnevnte viser til vansker som kommer til uttrykk gjennom utadvendt symptomatologi og kalles derfor også for ”utagerende vansker”. Andre merkelapper på denne kategorien er ”problematferd”, ”tilpasningsvansker”, ”samspillsvansker” og ”disiplinvansker”. Her plasseres barn og unge som er urolige og bråkete, som er i stadig konflikt med omgivelsene sine, trasser, provoserer, er ulydige, nekter

å følge ordre, lyver, har manglende selvkontroll, er impulsdrevne, samt utviser aggressiv og eksplosiv oppførsel som banning, slag og spark. I kontrast, omhandler internaliserte vansker atferd og følelser som vendes innover. Slike vansker omtales også som ”emosjonelle vansker”, da de referer til barn og unge som er engstelige, usikre, triste, tilbaketrukne og passive, og som ikke er like synlige for omgivelsene. Det kan imidlertid diskuteres hvorvidt et slikt rigid skille er hensiktsmessig. Nyere forskning tyder på at atferdsproblematikken er langt mer sammensatt, og at de nevnte kategoriene ofte opptrer sammen (Greene 1998, 2010, 2011; Ogden, 2015; Solholm, 2014). Et barn vil med andre ord kunne ha både eksternaliserte og internaliserte vansker. Det kan være både eksplosivt og engstelig.

Som nevnt innledningsvis er denne oppgaven avgrenset til å omhandle eksternaliserte vansker. Videre i oppgaven benyttes i hovedsak begrepene ”atferdsvansker” og ”problematferd” når det refereres til eksternaliserte vansker.

2.1.2 Reaktiv og proaktiv aggresjon

Aggresjon betegnes som selve kjernen i eksternaliserte vansker (Greene, 1998; Greene & Doyle, 1999). Forskningsfunn understreker imidlertid behovet for å skille mellom to former for aggresjon, *reaktiv* og *proaktiv* (eks. Dodge, Lochman, Harnish, Bates, & Pettit, 1997; Hubbard, Dodge, Cillesen, Coie, & Schwartz, 2001; Hubbard, Morrow, Romano & McAuliffe, 2010). Reaktiv aggresjon antas å ha sitt utspring i frustrasjon, og er nært forbundet med et vanskelig temperament, impulsivitet og vansker med å regulere emosjoner (Blair, Peschardt, Budhani, Mitchell & Pine, 2006; Little, Brauner, Jones, Nock & Hawley, 2003; Frick & Morris, 2004; Hubbard m.fl., 2010; Vitaro, Gendreau, Tremblay & Oligny, 1998; Vitaro, Barker, Boivin, Brendgen & Tremblay, 2006). Reaktive barn og unge synes å ha en tendens til å feiltolke signaler fra andre (Dodge & Coie, 1987; Hubbard m.fl., 2010), og aggressiv atferd betegnes som en forsvarsreaksjon på opplevd provokasjoner fra omgivelsene (Blair m.fl., 2006, Hubbard m.fl., 2001; Marsee & Frick, 2007). Denne typen aggresjon anses følgelig som lite planlagt og viljestyrt. Proaktiv aggresjon anses derimot å være en mer instrumentell, målrettet og planlagt form for aggresjon (Blair m.fl., 2006; Dodge, 1991), som i tillegg er assosiert med lite emosjonalitet hos barnet (Frick, Cornell, Barry, Bodin & Dane, 2003). Proaktiv aggresjon predikerer et mer alvorlige utviklingsforløp enn reaktiv aggresjon

og er assosiert med begrepet ”psykopati” i voksen alder (Dodge, 1991; Barry, Frick, DeShazo, McCoy, Ellis & Loney, 2000). Ren proaktiv aggressiv atferd synes imidlertid ikke å være tilfelle for mer enn noen ytterst få barn (Dodge, 1991; Greene, 1998; Greene & Doyle, 1999).

2.1.3 Diagnoser

For at atferdsvansker skal kvalifisere til en diagnose, må et visst antall symptomer være tilstede. Disse bør videre være av betydelig grad og stabile over tid. Det opereres i dag med to internasjonale diagnosemanualer. *International Classification of Diseases* (ICD -10) utgis av Verdens Helseorganisasjon (WHO), mens *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, IV (DSM-IV og DSM- 5) er den amerikanske psykologforeningens (APA) oppslagsverk. I Europa benyttes hovedsakelig ICD-10 i klinisk diagnostisering, med DSM som supplement. I forskning brukes som regel alltid DSM-systemet (Skogen & Torvik, 2013).

DSM-5 skiller overordnet mellom *opposisjonell atferdsforstyrrelse* (Oppositional Defiant Disorder; ODD) og *alvorlig atferdsforstyrrelse* (Conduct Disorder, CD). ODD avgrenses til yngre barn, og for å få en diagnose må fire av åtte atferdskjennetegn vises over en lengre periode: (1) tilstedeværelse av raserianfall (barnet mister ofte besinnelsen), (2) krangling med andre, (3) ulydighet (barnet trasser og nekter å underordne seg), (4) mobber eller erter andre (prøver med vilje å sjenere andre), (5) gir ofte andre skylden for ugang det selv er innblandet i, (6) er svært nærtagende og lar seg lett erte opp, (7) blir fort sint og bitter, (8) er hevngjerrig. I tillegg må symptomene lede til en markert svekkelse i akademisk og sosial fungering (APA, 2013).

Mens ODD benyttes om moderate atferdsvansker for yngre barn, gis diagnosen CD til unge med atferdsforstyrrelser av alvorlig grad (store atferdsavvik som anses som klart utenfor normalatferd), eksempelvis truende atferd mot mennesker eller dyr, ødeleggelse av eiendom, bedrageri eller tyveri og alvorlige brudd på regler. Diagnosekravet er at minst tre av femten symptomer opptrer over en periode på seks måneder eller mer. I DSM-systemet beskrives også kategorier av CD basert på debutalder av atferdsvansken: (1) ”*Tidlig oppstart*” defineres

som å debutere før fylte ti år, mens (2) ”*Sen oppstart*” innebærer å debuterer etter ti års alderen (APA, 2013). ”Tidlig oppstart” forekommer relativt sjeldent, men antas å øke risikoen for vedvarende og mer alvorlige former for atferdsproblemer (Moffitt & Scott, 2008). Spesielt gjelder dette undergruppen barn og unge med Callous Unemotional (CU) – trekk (på norsk forsøkt oversatt til kjølig/ likegyldig –uemosjonell, eller følelsesmessig uberørt-ufølsom), som kjennetegnes av samvittighetsløshet, fravær av empati, og overflatiske, begrensede emosjoner (Frick, 1998; Thørgersen & Bjørnebekk, 2017).

ODD blir ofte betraktet som en forløper til CD (eks. Hinshaw, Lahey & Hart, 1993). En rekke studier setter imidlertid spørsmålstegn ved denne sammenkoblingen og argumentere i stedet for at ODD og CD bør ses på som separate tilstander (Greene & Doyle, 1999). Selv om de fleste unge som utvikler CD på et tidligere tidspunkt oppfyller kriteriene for ODD, er det kun en brøkdel av barna med ODD som utvikler CD (Pliszka, Carlson & Swansin, 1999). Med andre ord vil flesteparten av barn med ODD antakelig ikke gå inn i en eskalerende spiral hvor det utvikles en mer alvorlig form for atferdsvanske (Greene & Doyle, 1999).

2.1.4 Komorbiditet

Komorbiditet referer til om en person har en eller flere diagnoser (Ogden, 2015).

Senere års forskning har vært svært opptatt av hvordan enkelte psykiske lidelser nærmest uten unntak ledsages av en hel rekke andre tilstander. Spesielt vil barn med atferdsvansker ofte fylle kriteriene for andre diagnoser, hvor Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD), angst og depresjon, samt språk- og kommunikasjonsvansker, er av de mest vanlige komorbide lidelsene (Weisz m.fl., 2017). ADHD kjennetegnes av oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet/impulsivitet og er den lidelsen som aller hyppigst forekommer sammen med atferdsvansker (Barkley, 2014). Internasjonale studier tyder på at mellom 50 - 90 % av alle barn og unge med ODD og CD også innfrir kriteriene for ADHD (eks. Barkley, 2014; Beauchaine, Hinshaw & Pang, 2010; Biederman, Newcorn & Sprich, 1991; Costello, Mustillo, Erkanli, Keller & Angold, 2003; Frick, 1998; Kadesjö, Hagglöf, Kadesjö & Gillberg, 2003; Pliszka m.fl., 1999, Scott, Knapp, Henderson, & Maughan, 2001; Steiner & Rensing, 2007). Det er altså mer vanlig at barn med atferdsvansker også i tillegg har ADHD, enn omvendt.

2.2 Prevalens

Omfanget av atferdsproblemer er vanskelig å anslå presist. Ulike definisjoner av vanskene og ulike måleinstrumenter gjør det problematisk å sammenligne resultater mot hverandre (Ogden, 2015). Folkehelseinstituttet antyder imidlertid i sin rapport fra 2013 at forekomsten av opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) blant norske barn og unge under 18 år er på ca. 1.8 %, mens forekomsten av alvorlig atferdsforstyrrelse (CD) er på ca 1.7 % (Skogen & Torvik, 2013). Den summerte prevalensen for diagnostiserbare atferdsvansker i Norden ligger med andre ord på omkring 3,5 - 3,7 %. Internasjonalt antas den å ligge på ca. 5.7 % (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caya & Rohde, 2015). Dersom man i tillegg inkluderer barn med atferdsvansker som ikke tilfredsstillter kriteriene for en diagnose, men som viser ett eller flere symptomer på atferdsvansker, blir det prosentvise tallet straks langt høyere. Rapporten fra folkehelseinstituttet slår videre fast at atferdsproblemer er en av de vanligste henvisningsårsakene til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge (Skogen & Torvik, 2013). Videre er andelen problematferd blant gutter høyere enn blant jenter (Ogden, 2015; Skogen & Torvik, 2013), spesielt hva angår mer alvorlige atferdsvansker (CD) hvor forholdstallene antas å være 1:4 (Solholm, 2014).

Hvorvidt andelen barn og unge med atferdsvansker øker, er omdiskutert. Mye kan tyde på at omfanget ikke øker, men at samfunnet i stedet viser en økende følsomhet overfor utagerende vansker (Befring, 2008; Frønes, 2010; Ogden 2015). Stadig høyere krav til skolegang og utdanningskompetanse medfører tilsvarende høyere krav til ferdigheter som selvdisiplin, planlegging, konsentrasjon, problemløsning og sosial kompetanse. Barn og unge som ikke mestrer å imøtekomme disse kravene, vil ha større risiko for å komme i konflikter og havne på utsiden av samfunnet (Frønes, 2010).

2.3 Årsaksforklaringer

Gjennom historien har ulike teorier søkt å forklare hvorfor atferdsvansker oppstår. Disse har vekslet mellom å vektlegge miljøforklaringer og individforklaringer. I dag vil imidlertid de fleste teorier anerkjenne at utvikling ikke er et spørsmål om enten arv eller miljø, men om samspillet mellom arv og miljø (Ogden, 2015). Spesielt søker nyere *transaksjonsteori* å

forklare et slikt samspill. Sterkt påvirket av teoretikere som Vygotsky (1978) og Bronfenbrenner (1979), forklarer transaksjonsteori hvordan barnet og barnets omsorgspersoner *gjensidig* påvirker hverandres psykologiske utvikling over tid (eks. Bell, 1968; Belsky, 1984; Chess & Thomas, 1984; Sameroff & Chandler, 1975; Sameroff, 2009). Ut i fra dette perspektivet antas utviklingen av problematferd å være et resultat av et misforhold mellom egenskaper hos barnet (biologiske og psykologiske), og krav og forventinger fra miljøet. For å hjelpe barn og unge med atferdsvansker, vil det ut ifra en transaksjonstankegang, være avgjørende at omgivelsene tar hensyn til barnets utviklingsnivå. Dette krever at barnets omsorgspersoner er oppmerksomme på, og sensitive for, barnets egenskaper og behov, og møter barnet der det er. Det er tilrettelegging og rettleiding fra de voksne som tenkes å drive barnets utvikling fremover (Sameroff, 2009).

Sentralt i nyere forståelse av utviklingen av atferdsvansker finner vi også begrepene *risikofaktorer* og *beskyttende faktorer*. Risikofaktorer er definert som belastninger eller forhold som øker sannsynligheten for skjevutvikling, mens beskyttende faktorer (også omtalt som motstandsdyktighet, bemestring eller resiliens) er forhold som motvirker den negative effekten av risikofaktorer (Ogden, 2015). Både risiko – og beskyttelsesfaktorer kan kategoriseres på tre nivåer: 1) genetikk og nevrobiologiske egenskaper hos barnet, 2) familieinteraksjoner, og 3) jevnaldergruppe og andre kontekstuelle eller miljømessige påvirkninger (Burke, Loeber & Birmaher, 2002; McCart & Sheidow, 2016; Ogden, 2015; Weersing & Weisz, 2002).

I forskningslitteraturen er listen over risikofaktorer lang: Av *individuelle risikofaktorer* nevnes først og fremst et vanskelig temperament (DeLisi & Vaughn, 2014; Vitaro mfl., 2006). Temperament kan defineres som stabile reaksjonstilbøyeligheter og inneholder en rekke atferdstrekk som blir sett på som biologisk baserte (eks. Bates, Dodge, Pettit, & Ridge, 1998; Thomas & Chess, 1977). Videre blir hyperaktivitet, vansker med impulskontroll og uoppmerksomhet listet som store risikofaktorer (Holmes, Slaughter & Kashani, 2001; Moffitt, 1993). Oppmerksomhetssystemet er relatert til både emosjonell og atferdsmessig kontroll (planlegging og målrettet atferd), og forskning tyder på at selvregulering krever modning av oppmerksomhetssystemet (Posner & Rothbart, 2000; Rothbart & Bates, 1998). Vansker med å regulere emosjoner er en klar risikofaktor (Frick og Morris, 2004, Viatro m.fl., 2006), og det samme gjelder manglende adekvate sosiale ferdigheter og svak evne til

empati (Kazdin, 1996, Rutter 1991). Ofte brukes paraplybetegnelsen eksekutive funksjoner (eksekutiv = utførende) for funksjoner som inkluderer arbeidsminne, planlegging, fleksibilitet for endringer, perspektivtaking, tolkning av andres signaler, samt regulering av egen atferd og emosjoner (eks. Brunton & Hartley, 2013). Funksjonene er knyttet til det fremre området i hjernens pannelapp (prefrontal cortex) og modenes gradivis i løpet av førskolealderen, men er først ferdig utviklet i ung voksen alder (Carlson, 2005). I tillegg regnes psykiske lidelser, som angst og depresjon, som risikofaktorer for problematferd (Biederman m.fl., 1991). Det samme gjør språkvansker og akademiske vansker (Cole, Armstrong & Pemberton, 2010; Frick, Kamphaus, Lahey, Loeber, Christ, Hart & Tannenbaum, 1991).

Av miljømessige faktorer er blant annet dårlig kvalitet på tidlig foreldre-barn samspill (Olson, Bates, Sandy & Lanthier, 2000), psykiske lidelser hos foreldre (Williams, Anderson, McGee & Silva, 1990), foreldrekonflikter og samlivsvansker (Jouriles, Murphy & O'Leary, 1989), ustabilitet og vold i hjemmet (Moffitt & Scott, 2008; Patterson, Reid & Dishion, 1992), ulike traumeopplevelser (Greenwald, 2002), lav sosioøkonomisk status (Loeber, Green, Keenan & Lahey, 1995; McLoyd, 1998), samt uheldige jevnalderrelasjoner (Andrews, Tildesley, Hops & Li, 2002; Dodge, Dishion & Lansford, 2007). I skolesammenheng vil et dårlig klassemiljø, dårlig klasseledelse, en konfliktfylt relasjon mellom elev og lærer, samt mangel på skoleomfattende strategi for å forebygge og håndtere problematferd, utgjøre risikofaktorer (Ogden, 2015). Jo flere risikofaktorer av biologisk og miljømessig art som et barn eksponeres for, jo større er sjansen for et negativt utviklingsforløp (McCart & Sheidow, 2016; Moffitt & Caspi, 2001).

På tilsvarende vis er det både genetiske faktorer og miljøfaktorer som bidrar til at enkelte barn tåler motgang bedre enn andre (Jain & Cohen, 2013; McCart & Sheidow, 2016; Ogden, 2015; Rutter, 2000; Weersing & Weisz, 2002): Blant individuelle kjennetegn er et enkelt temperament, gode kognitive ferdigheter, sosial kompetanse, en trygg tilknytning til minst én nær omsorgsperson, samt å lykkes i skolen. Beskyttende faktorer i miljøet er blant annet positive familierelasjoner, støttende relasjoner som besteforeldre, naboer og venner, og et prososialt læringsmiljø på skolen. Ettersom en beskyttelsesfaktor forstås som en buffer mot effekten av å bli eksponert mot risiko, vil det å delta i et godt utviklet evidensbasert behandlingsprogram også fungere beskyttende i utviklingen av atferdsvansker (Ogden, 2015).

2.4 Konsekvenser

Atferdsvansker vil ofte ha alvorlige konsekvenser både for barnet selv, familien, omgivelsene og storsamfunnet. For barnet vil konsekvensene kunne være svekket fungering, og vansker med å gjennomføre skole og skaffe seg/ beholde jobb. I tillegg vil atferdsvansker føre til økt risiko for sosiale og følelsesmessige problemer, og for å oppleve utstøtning og ensomhet på bakgrunn av utfordringer med å tilpasse seg (Moffitt & Scott, 2008). Det synes som om gruppen barn og unge med tidlig debut av atferdsvansker, vil ha spesielt stor risiko for rusbruk og kriminalitet i voksen alder (Moffitt & Scott, 2008; Waschbusch, 2002). I et samfunnsperspektiv vil de økonomiske kostnadene ved behandling og pedagogiske tiltak, samt senere arbeidsledighet, uføretrygd og mulige strafferettslige tiltak, være betydelige (Foster, Jones & The Conduct Problems Prevention Research Group, 2005; Scott m.fl., 2001; Skogen & Torvik, 2013).

2.5 Forebygging og behandling

Som følge av det ovenstående anses det som en viktig samfunnspolitisk målsetning å forebygge og behandle atferdsvansker. Dette innebærer å utvikle og implementere evidensbaserte tiltak for barn og unge med problematferd (Ogden, 2015). ”Forebygging” kan forstås som tiltak som blir iverksatt på et tidlig tidspunkt, før full utvikling av psykisk lidelse, med mål om å stoppe eller begrense en uønsket utvikling (Mrazek & Haggerty, 1994; Ogden, 2015).

Det opereres vanligvis med en tredeling av forebyggingsnivåer ut i fra vanskenes intensitet og omfang: *universale*, *selektive* og *indikerte* tiltak. Universale tiltak rettes mot en hel populasjon uavhengig av risikofaktorer (også kalt primærforebygging), selektive intervensjoner rettes mot en spesifisert målgruppe med en eller flere kjente risikofaktorer for lidelse (også betegnet som sekundærforebygging), og indikert forebygging rettes mot individer med moderate eller alvorlige symptomer på psykisk lidelse (gjerne omtalt som tertiær forebygging). Sistnevnte brukes ofte synonymt med *behandlingstiltak* (Ogden 2015).

3 Beskrivelse av tiltaket

For å besvare oppgavens første problemstilling, ”Hva er Collaborative & Proactive Solutions?”, vil dette kapittelet beskrive modellens teoretiske rammeverk, innhold og metode.

Kapittelet har følgende oppbygning: Innledningsvis gis en kortfattet presentasjon av de tradisjonelle tilnærmingene til forståelsen og behandlingen av atferdsvansker. Dette synes hensiktsmessig da CPS oppstod som en reaksjon på disse. Deretter introduseres CPS-modellens teoretiske rammeverk med fokus på et *transaksjonelt* syn på utviklingen av atferdsvansker, samt hvordan modellens grunnleggende filosofi, ”*barn gjør det bra om de kan*”, medfører et skifte i hvordan barns atferd skal forstås og behandles. Andre del av kapittelet omhandler hvordan modellen brukes i praksis: hvordan atferdsvansker *kartlegges*, en gjennomgang av tiltakets *kjernekomponenter* (Plan A, B og C), i tillegg til tiltakets *implementeringsstrategi* og *målgruppe*. Kapittelet rundes av med noen oppsummerende og avsluttende kommentarer.

3.1 Tradisjonell tilnærming til atferdsvansker

I løpet av de siste 50 årene har både forståelsen og behandlingen av atferdsvansker vært dominert av teorier som kan plasseres innenfor samlebegrepet ”*læringsteori*”, deriblant operant læringsteori, sosial læringsteori, sosial-kognitiv læringsteori og læringsteori for sosial interaksjon (Askeland, Apeland & Solholm, 2014; Greene, 1998; Greene & Doyle, 1999; Ogden, 2015). Felles for disse er antakelsen er at atferdsvansker er *lært*. I korthet beskrives læring som et resultat av at atferd bekreftes og oppleves som belønnende over tid. Dersom den ikke bekreftes eller belønnes, men i stedet ignoreres eller straffes, tenderer den å forsvinne (Askeland m.fl., 2014).

Videre antas den viktigste faktoren for utvikling av atferdsvansker å være samspillet mellom *foreldre* og *barn* (Patterson, 1982; Patterson, Reid & Eddy, 2002). På bakgrunn av fastlåste og tvangsmessige samspillsmønstre, på engelsk ”*coercion*”, lærer barna at de oppnår noe i

familien ved å bruke tvang, press og aggressiv atferd (Patterson, 1982, 2002). Atferden antas følgelig å ha en *funksjon* ut i fra barnets perspektiv. Å bruke negativ atferd for å oppnå et gode, blir etter hvert et mønster som barnet tar med seg over til andre omgivelser, som barnehage og skole (Chamberlain & Patterson, 1995).

Som en direkte følge av slike antakelser, vil behandlingen av vanskene være rettet mot å forbedre foreldrenes oppdragsferdigheter og bryte de fastlåste mønstrene. På engelsk har slik foreldretrening fått betegnelsen *Parent Management Training* (PMT) (eks. Barkley, 1997; Forgatch & Patterson, 2010; Kazdin, 1997, 2005). Ferdighetene som læres er blant annet å kunne formidle tydelige beskjeder og klare forventinger til barnet, samt forberede barnet på kommende hendelser. Videre skal positive konsekvenser i form av ros, håndfast belønning og privilegier tas i bruk når ønsket atferd vises, mens negative konsekvenser som tenkepause (time-out) og tap av privilegier tas i bruk når negativ atferd vises. Ved bruk av pausetid lærer foreldrene å forholde seg nøytrale og ikke involvere seg i barnets emosjonsuttrykk, da dette ses på som en form for tvang som barnet bruker. For ikke å forsterke atferden skal følgelig barnet ikke vies oppmerksomhet. Foreldrene lærer også strategier for problemløsning, hvilket i hovedsak innebærer at foreldrene og barnet i samarbeid skal komme frem til forutsigbare regler for atferd, samt spesifisere konsekvenser for å følge eller ikke følge disse. I tillegg læres viktigheten av å ha oversikt over hva barnet gjør og beskytte det fra risikofylte aktiviteter, og å involvere seg positivt i barnet. Mål med tiltaket er å korrigere barnets atferd, oppmuntre til medgjørighet og lydighet (på engelsk, "compliance"), fremme prososial atferd og etablere en positiv relasjon mellom foreldre og barn.

PMT har blitt implementert over hele verden, og en betydelig mengde forskning viser til effekten av denne behandlingen (eks. Chorpita m.fl., 2011; Dadds & Hawes, 2006; Eyberg m.fl., 2008; Forgatch & DeGarmo, 2011; Fossum m.fl., 2008; Lundahl m.fl., 2006; Michelson m.fl., 2013; Ogden & Hagen, 2008; Patterson & Forgatch, 2010; Reyno & McGrath, 2006; Weisz m.fl., 2013). Samtidig er det en rekke studier som avdekker begrensninger ved metoden. Omtrent 30-50 % av barn med atferdsvansker synes ikke å ha et tilstrekkelig utbytte av PMT og mange barn får tilbakefall til problematferd etter intervensjonen (eks. Cavell, 2000; Drugli, 2013; Forgatch, 2002; Fossum m.fl., 2010; Kazdin, 2005; Murrihy m.fl., 2010; Nixon m.fl., 2004; Ogden & Hagen, 2008; Reyno & McGrath,

2006; Scott, 2005; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Spesielt synes barn med store atferdsvansker å ikke ha et tilstrekkelig utbytte av behandlingen (Dadds & Hawes, 2006; Kazdin, 2005). Videre tyder forskning på at PMT ikke fungerer så godt på eldre barn eller ungdommer (eks. Eyberg m.fl., 2008; Ogden & Hagen, 2008). I tillegg vurderes det også som et problem at et relativt høyt antall foreldre som tilbys PMT, trekker seg fra behandlingen underveis (Kazdin, 2005; Miller & Prinz, 2003).

3.2 CPS-modellens teoretiske rammeverk

3.2.1 En transaksjonell forståelse

Greene stiller seg kritisk til den dominerende rollen som læringsteorier har fått i forklaringen og behandlingen av atferdsvansker (Greene & Doyle, 1999; Greene, 1998, 2010, 2011, 2016). Han hevder at selv om nyere læringsteorier bestreber seg på å beskrive utviklingen av atferdsvansker som et samspill mellom barn og foreldre, legges likevel hovedvekten på foreldrenes oppdragsferdigheter. Egenskaper ved barnet nedprioriteres og får betydelig mindre oppmerksomhet. Han argumenterer følgelig for at læringsteorier ikke fullt ut kan kalles transaksjonelle, ettersom en transaksjonell forståelse legger vekt på at utviklingsmessige utfall hverken skyldes individfaktorer alene eller miljøfaktorer alene, men en *gjensidig påvirkning* mellom barnet og omsorgspersonen over tid. Dersom fokuset i hovedsak ligger på hvordan den ene parten påvirker den andre, mener Greene det heller vil være snakk om et *interaksjonsperspektiv*:

”That a coercive cycle requires two interaction partners does not, in and of itself, infer a transactional conceptualization. However, in acknowledging the potential influence of child characteristics in the development of the coercive process, it would appear that coercion theory has at the very least achieved an interactional perspective” (Greene & Doyle, 1999, s. 130).

I boken *The Explosive Child* (1998) introduserer Greene et alternativt syn på utvikling av atferdsvansker. Han argumenterer for at barn med atferdsvansker utgjør en særdeles

heterogen gruppe, og at vanskene ikke trenger å være tillært som et resultat av uheldig oppdragelse. I stedet foreslår han at atferdsvansker er et *biprodukt* av at barnet ikke har utviklet de kognitive og sosiale ferdighetene som kreves for å forstå og håndtere de krav som stilles til barnet. På samme måte som at noen barn kan ha vansker med å lære seg å lese, vil andre barn ha vansker med å mestre ferdigheter som trengs for å kunne håndtere livets sosiale, emosjonelle og atferdsmessige krav. Med andre ord hevder han at barn med atferdsvansker har en *utviklingsforsinkelse*, eller en form for *lærevanske*. Han understreker at en forsinkelse av kognitive ferdigheter ikke handler om intelligens, men om en forsinkelse knyttet til domener som *mental fleksibilitet*, *problemløsningsevne* og *frustrasjonstoleranse*. Dette innebærer blant annet evnen til å skifte mentalt fra én forestilling til en annen, kunne organisere seg og planlegge, holde orden på flere tankeoperasjoner samtidig, forstå hvordan ens oppførsel påvirker andre, utøve impuls kontroll og affekt kontroll, samt kunne sette ord på og kommunisere at noe er i veien (Greene, 1998).

Ideen om at barn med atferdsvansker mangler viktige kognitive og sosiale ferdigheter, hevder Greene støttes av de siste 30 års nevrovitenskapelige forskning (Greene, 1998, 2010, 2011, 2016). Ulike biologiske egenskaper ved barnet, som for eksempel temperament og hvordan kroppen reagerer på stress, vil kunne medføre vansker med å reagere adekvat og fleksibelt på det som skjer i omgivelsene. Dette gjør barnet mer sårbart for å utvikle atferdsvansker. Den høye komorbiditeten mellom atferdsvansker (ODD og CD) og andre diagnoser som blant annet ADHD, stemningslidelser, og språk - og kommunikasjonsvansker, mener Greene underbygger dette.

En overlappning mellom ADHD og ODD er, i følge Greene, ikke overraskende ettersom ADHD referer til en profil av mangelfulle ferdigheter innenfor ulike domener som arbeidsminne, problemløsning, fleksibilitet og selvregulering (Greene, 1998). Et barn med ADHD vil ha vansker med å generere ulike løsninger på et problem, reflektere over tidligere løsninger, vurdere utfall av potensielle løsninger, og utsette en respons eller handling til problemet er gjennomtenkt (Greene, 2010). Tilsvarende vil barn og unge med stemningslidelser ha utfordringer med å regulere emosjoner. Når frustrasjonen er på sitt høyeste, omtaler Greene dette som ”overoppheting” eller ”nevral kidnapping” (et begrep han har lånt av Zillmann, 1988). Greene beskriver dette som en tilstand hvor barnet mister sans og samling, og hvor det overhodet ikke er mottakelig for læring. I stedet for å reagere med

fornuft, reagerer barnet med eksplosiv og voldsom atferd – mye lik den man ser hos treåringer i den såkalte trassperioden (Greene, 1998). Vansker knyttet til språk og kommunikasjon utgjør også en risiko for utviklingen av sosiale, emosjonelle og atferdsmessige problemer. Språkferdigheter er avgjørende for å kunne kategorisere, navngi og formidle ulike følelser og behov, samtidig som det er et redskap til å tenke og reflektere rundt tidligere og fremtidige hendelser. Ferdigheter som problemløsning, frustrasjonstoleranse og fleksibilitet medieres med andre ord av språkbaserte ferdigheter (Greene, 1998). Kort oppsummert vil altså et vanskelig temperament, et ustabil humør, nærtagenhet, uro, redsel, mangelfulle eksekutive funksjoner, mangelfulle sosiale funksjoner og mangelfulle kommunikasjonsferdigheter utgjøre barnets biologiske sårbarhet for utviklingen av atferdsvansker (Greene, 1998, 2010, 2011).

Til tross for at Green henviser til nevrobiologisk forskning knyttet til ulike diagnoser og samvariasjonen mellom disse, stopper hans entusiasme for diagnoser der. Diagnoser mener han i seg selv gir lite informasjon om årsaken til vanskene, sier lite om hvilken type behandling barnet trenger, og vil i verste fall bidra til å patologisere barnet. Å utelukkende sette fokuset på barnets diagnose, vil kunne utgjøre nok en fallgrube:

”Characterizing a child as ”having ODD” is distinctly unidirectional, connotes that the problem resides within the child (unless a different unidirectional explanation – that the parents of the child are passive, permissive, inconsistent, noncontingent disciplinarians – is invoked instead), and can be expected to point interventions down a distinctly unidirectional path” (Greene, 2010, s. 196).

I følge Greene er mangelfulle ferdigheter ingen garanti for at atferdsvansker oppstår. I tråd med et transaksjonelt perspektiv understreker han at det er *samsvaret* mellom barnets evner, egenskaper og muligheter, og omsorgsmiljøets krav og forventninger som avgjør hvordan barnets biologiske sårbarhet vil utvikle seg (Greene, 1998, 2010, 2011, 2016). I litteraturen omtales dette som *”the goodness of fit”* eller *”child-environment-compatibility”* (eks. Chess & Thomas, 1999). Dersom det er samsvar mellom barnets ferdigheter og miljøets forventninger, ligger forholdene godt til rette for en positiv utvikling. I kontrast, vil manglende overensstemmelse kunne bidra til tilpasningsvansker og skjevutvikling:

“...outcome is a function of the degree of “fit” or “compatibility” between characteristics of the child and characteristics of his or her environment, including parents, teachers, siblings, peers, neighborhoods, and so forth (...) when there is child-environment incompatibility, disadvantageous outcomes would be predicted” (Greene 2010, s. 194).

Atferdsvansker er således et samspillsproblem. Det er når omgivelsene stiller krav til barnet som *overgår* barnets evne til å forstå og håndtere akkurat det kravet, at problematferden oppstår. Det er med andre ord omgivelsene som trigger, utløser, eller setter i gang, atferden. Derav blir behandlingens overordnede målsetting å sørge for et bedre samsvar mellom barnet og barnets miljø: *“The goal of treatment is to understand, address, and resolve factors contributing to child-environment incompatibility” (Greene, 2010, s. 195).*

3.2.2 En grunnleggende filosofi: *“kids do well if they can”*

I henhold til Greene er fleksibilitet og frustrasjonstoleranse altså ferdigheter. På samme måte som at ingen barn velger å ha en lesevanske, er det, i følge Greene, ingen som *velger* å være forsinket i sin evne til fleksibilitet og frustrasjonstoleranse. Å tenke at barn med atferdsvansker er manipulerende, oppmerksomhetssøkende, umotiverte og grensetestende vil i de aller fleste tilfeller være feilaktig. Greene omtaler slike beskrivelser som *“lite meningsfulle klisjeer” (Greene, 1998)*. Å være manipulerende krever en rekke ferdigheter som eksempelvis planlegging, organisering og impulskontroll – noe barn med atferdsvansker ofte mangler. Han oppfordrer både foreldre og fagfolk til å reflekter rundt følgende: Dersom barn søker oppmerksomhet på en uakseptabel måte, tyder ikke dette da på at barnet mangler ferdighetene til å søke oppmerksomhet på en akseptabel måte? Hvorfor ville ikke et barn ønske å gjøre det bra, dersom det hadde hatt ferdighetene og reportoaret til å gjøre det bra? Greene konkluderer med at dersom barnet kunne oppnå noe (eller unngå noe) på en veltilpasset måte, uten all den elendigheten som utfordrende atferd medfører, så ville barnet bruke denne måten. Hvis barnet hadde vært bedre i stand til å håndtere sosiale, emosjonelle og atferdsmessige utfordringer, så ville det med sikkerhet være det. *“Kids do well if they can”*, eller på norsk *“barn gjør det bra om de kan”*, blir således den grunnleggende filosofien bak CPS. Hele modellen bygger på nettopp dette premisset (Greene, 1998, 2011, 2016).

I følge Greene står ”*kids do well if they can*” i stor kontrast til konvensjonell visdom og praksis han mener er tuftet på den motsatte filosofien ”*kids do well if they want*” (Greene, 1998). Dersom den grunnleggende antakelsen er at ”barn gjør det bra om de *vil*”, er det naturlig å tolke og forstå barns atferd som planlagt, viljestyrt og målbevisst. Fornuftige tiltak blir dermed å ta i bruk strategier for å oppmuntre til medgjørighet og lydighet (på engelsk, ”compliance”). Det oppnår man vanligvis ved å *motivere* barnet ved hjelp av *konsekvenser*: belønne barnet når det oppfører seg på en akseptabel måte og straffe når det oppfører seg på en upassende måte (Greene, 1998).

Greene advarer sterkt mot å håndtere barnets vanskeligheter som motivasjonsproblemer. Ved å bruke konsekvenser kan man i beste fall oppnå to mål: (1) lære barna elementære kunnskaper om ”riktig” og ”feilaktige” måter å oppføre seg på, og (2) gi barna oppmuntring, eller incentiv, til å oppføre seg på ”riktig” måte (Greene, 1998). Problemet, hevder han, er imidlertid at det store flertallet av barn med utfordrende atferd allerede *vet* hvordan omgivelsene ønsker at de skal oppføre seg. De vet at de ikke skal banne, spytte, slå, forstyrre undervisningen eller løpe ut av klasserommet. Når barn med atferdsvansker er rolige vil de aller fleste kunne redegjøre for hvordan de *burde* ha håndtert situasjonen på en ”riktig” måte - og de angret ofte både dypt og inderlig i etterkant av raserianfall og utbrudd (Greene, 1998). Med andre ord, *vil* de fleste utfordrende barn oppføre seg riktig. De er allerede *motiverte*. Men noe *hindrer* dem i å håndtere frustrasjon på en adekvat måte (Greene, 1998). Et lignende resonnement kan man finne i den anerkjente psykologen Barkley (1997) sin beskrivelse av ADHD som ”*a disability of behavioral performance, rather than a deficit in knowledge or skill*” (s. 338). Barnet har den nødvendige kunnskapen. Problemet ligger på ”utføringssiden”.

Følgelig hevder Greene at det ikke finnes noen annen gruppe barn, som i like stor grad er misforstått som barn med atferdsvansker (Greene, 2011). Løsningen på vanskene er sjeldent mer viten eller bearbeiding av holdninger. Løsningen er heller ikke å motivere barna til å oppføre seg bedre ved hjelp av belønning og straff, selv om konsekvenser til en viss grad vil kunne bidra til å modifisere atferden. Løsningen må i stedet være å finne ut hva som forhindrer barnet i å reagere på en adekvat måte, for så å løse disse problemene og lære barnet de nødvendige ferdighetene, slik at barnet ikke vil trenge konsekvenser i utgangspunktet (Greene, 1998, 2011).

3.3 CPS i praksis (metode)

3.3.1 Kartlegging: mangelfulle ferdigheter og uløste problem (ALSUP)

Greene understreker betydningen av et grundig og nøyaktig kartleggingsarbeid som sikrer en korrekt og fordypet forståelse av hva som er årsaken til barnets vansker. Har man ikke oppnådd en slik forståelse, vil man fort komme i fare for å underkaste barnet behandlingsstrategier som resulterer i en motsatt effekt enn hva som var tilsiktet (Greene, 2011).

Som sett fremlegger Greene kritikk av diagnosemanualer og såkalte ”behavioral checklists”. Han mener disse i hovedsak kun forteller oss *hvordan* barnet ser ut når det er på sitt aller verste, og hvor ofte det skjer. Dette er, i følge Greene, ikke den viktigste informasjonen å innhente for å kunne hjelpe barnet. Atferden anser han bare som ”feberen” eller ”symptomene” på de underliggende vanskene:

”Adults have a tendency to concentrate too heavily on the signs of incompatibility, typically a kids’s behavior. Many mental health professionals have the same inclination. But behavior is just the means by which your child communicates that there is incompatibility. It’s the fever – the signal” (Greene, 2016, s. 17).

Symptomene kan være mer eller mindre alvorlige, eller sagt på en annen måte, mer eller mindre ”heldige”. Er du ”heldig”, er symptomene på de underliggende vanskene gråt og tilbaketrekking. Er du ”uheldig”, er symptomene utagering som for eksempel banning, spyting, slag og spark. Atferden betegnes om ”heldig” eller ”uheldig” i forhold til hvorvidt den får barnet i trøbbel. Det er de ”uheldige” symptomene som plasserer barnet i ”time out”, fratrar det privilegier, sender det til rektor eller utviser det fra skolen (Greene, 2011). De viktige spørsmålene en utreder bør stille, er imidlertid *hvorfor* atferden skjer, og *når, hvor, med hvem, og i relasjon til hva*, atferden finner sted. Greene argumenterer for at *mangelfulle ferdigheter* svarer på spørsmålet om hvorfor atferden skjer (barnets sårbarhet eller underliggende vanske), mens *uløste problemer* referer til triggere i omgivelsene (forventninger og krav som barnet ikke klarer å innfri) (Greene, 2011, 2016).

For å finne svar på disse spørsmålene har Greene utviklet kartleggingsverktøyet *Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems* (ALSUP) (se vedlegg 1). ALSUP inkluderer en representativ liste over mangelfulle ferdigheter, samt en liste over uløste problemer. Greene poengterer at selv om ALSUP ser ut som en sjekklister, er den mer tenkt som et diskusjonsverktøy. Hensikten er at utreder eller behandler tar med seg ALSUP til møter hvor barnets vansker diskuteres, slik at barnets omsorgspersoner (foreldre og f.eks. lærere/pedagoger) i fellesskap kan identifisere hvilke kognitive ferdigheter akkurat *dette* barnet mangler, og i hvilke situasjoner (under hvilke omstendigheter, på hvilket tidspunkt og sammen med hvem) barnet utviser problematferd.

Eksempler fra listen over mangelfulle ferdigheter er blant annet vansker med å håndtere forandringer og overganger (kognitivt skifte), vansker med å opparbeide seg energi til å fortsette med oppgaver som er utfordrende eller kjedelige, vansker med å reflektere over flere tanker eller ideer samtidig, vansker med å vurdere sannsynlige utfall/ konsekvenser av handlinger (impulsivitet), vansker med å uttrykke bekymringer eller behov med ord, vansker med å forstå hva som blir sagt, samt vansker med å håndtere følelsesmessig respons på frustrasjon slik at han/ hun kan tenke rasjonelt (affektregulering). For hver mangelfulle ferdighet som identifiseres (krysses av på listen), bes barnets omsorgspersoner om å komme med spesifikke eksempler på hvilke forventninger barnet har vansker med å innfri på grunn av disse underliggende vanskene (triggere eller uløste problemer). På hjemmebane kan dette for eksempel være vansker med å gå å legge seg på kvelden, vansker med å stå opp om morgenen, vansker med å komme seg til skolen i tide, vansker med å gjøre lekser, vansker med å avslutte dataspill etc. I skolesammenheng kan det være vansker med å komme inn fra friminutt til matematikk-timen, vansker med å delta i samlingsstund, vansker med å sitte sammen med en bestemt medelev, vansker med å stå i kø o.l. Ved en systematisk gjennomgang av ALSUP får hvert barn sin egen unike profil av mangelfulle ferdigheter og uløste problemer (Greene, 2011).

ALSUP er ikke et normert kartleggingsverktøy. Målet er ikke er å avgjøre om et barn har et ”problem” basert på en spesifikk skåre, eller å sammenligne et barns skåre med skårer fra barn i samme aldersgruppe. Hvis et barn for eksempel har vansker med å uttrykke sine bekymringer og behov til omgivelsene, og denne vansken fører til utfordrende atferd, så er

dette mest sannsynlig et problem uansett om barnet er en 4 års gammel jente, eller en 17 års gammel gutt (Greene, 2010).

Greene (2011) oppsummerer følgende fordeler ved å ta i bruk ALSUP: For det første bidrar skjemaet til en bedre forståelse av de *bakenforliggende årsakene* til barnets atferdsvansker. I dette ligger også at fokuset flyttes bort fra at motivasjon er forklaringen på barnets problemer. I tillegg gir verktøyet en mulighet for at barnets ulike omsorgspersoner oppnår *konsensus* rundt hva som er barnets mangelfulle ferdigheter og uløste problem (triggere). Det gjør det enklere å enes om en handlingsplan - hvilket igjen øker sannsynligheten for å lykkes med tiltakene. Men det beste med å identifisere et barns mangelfulle ferdigheter og uløste problem, er at barnets utfordrende episoder i stor grad vil bli *forutsigbare*, slik at de nødvendige tiltakene kan planlegges og gjøres på en *proaktiv* måte. Å forstå at barnets utfordrende episoder er forutsigbare, henger uløselig sammen med bevisstheten om at det er omstendighetene og omgivelsene som trigger atferden. Problematferd oppstår når krav fra omgivelsene overgår barnets ferdigheter til å imøtekomme disse. Følgelig må de voksne spørre seg selv hvilke krav og forventninger de har, og *bør* ha, til barnet. Til sist hjelper ALSUP barnets omsorgspersoner å *prioritere* de problemene man skal hjelpe barnet å løse. For ikke å overbelaste barnet (eller de voksne), anbefaler Greene at man velger ut tre uløste problemer som man starter å arbeide med. I følge Greene er det nettopp arbeidet med å løse disse problemene, som *indirekte* lærer barnet de ferdighetene som det mangler.

3.3.2 Tiltakets kjernekomponenter: Plan A, Plan B og Plan C

Som nevnt er det først når omgivelsenes forventninger til barna *ikke* innfris, at det blir tydelig at det finnes manglende ferdigheter og uløste problem (triggere i omgivelsene). Om forventningene innfris, så er alle fornøyd, men når de ikke innfris så behøver man en handlingsplan (Greene, 2011). Greene kaller de ulike handlingsalternativene for *Plan A*, *Plan B* og *Plan C* (Greene, 1998, 2008, 2011, 2016).

Plan A er i følge Greene det mest vanlige tiltaket. Denne innebærer at den voksne forsøker å drive igjennom sine forventninger til barnet, uten å ta i betraktning barnets perspektiv på

hvorfor det ikke innfrir forventningene (Greene, 1998). Antakelsen om at plan A er det som gjør voksne til autoritetsfigurer, og at det barn med atferdsvansker trenger er *mer* autoritet, er etter Greenes mening en myte. Hvis dette var tilfelle ville vi, i følge Greene, ikke hatt barn med atferdsvansker. Å pålegge barnet sin vilje har tvert imot både kortsiktige og langsiktige problemer (Greene, 1998): Plan A gir ikke den voksne noen forståelse for *hvorfor* barnet ikke innfrir forventningene, og den *lærer* heller ikke barnet ferdigheter for å håndtere problematiske situasjoner – verken i dag eller i fremtiden. Greene argumenterer for at Plan A, steg for steg, øker barnets frustrasjon. Dersom man ser tilbake på barns eksplosive utbrudd, er sannsynligheten stor for at de fleste nettopp har startet med at den voksne har tatt i bruk Plan A (Greene, 2011). Greene presenterer en enkel ligning som beskriver hva som vil skje ved gjensidig rigiditet, det vil si når en ikke-fleksibel og eksplosiv person (barnet), møter en ikke-fleksibel person (den voksne): ”*manglende fleksibilitet + manglende fleksibilitet = overoppheting*” (Greene, 1998, s 105). Følgelig bør Plan A kun benyttes dersom det er verdt å gjennomlide et utbrudd for. Her plasserer man derfor bare det som er av sikkerhetsmessig betydning, som for eksempel situasjoner hvor mennesker kan komme til skade eller eiendom kan bli ødelagt (Greene, 1998).

Plan C innebærer å *prioritere forventningene* man har til barnet på en klok måte (Greene, 1998, 2011, 2016). Med utgangspunkt i barnets begrensninger, fjerner den voksne forventninger med lav prioritet (i det minste midlertidig). Sagt på en annen måte, så beskjæres kravlisten dramatisk (Greene, 2011). Plan C skaper hva Greene kaller et ”*brukervennligere miljø*”: Den optimaliserer betingelsene for læring og mestring fordi barnets kapasitet ikke overbelastes. I tillegg bidrar den til et forbedret samspill mellom foreldre og barn som ved prioriteringene unngår en rekke konflikter og sammenstøt (Greene, 1998). Det er altså den voksne, og ikke barnet, som bestemmer hvorvidt situasjonen skal få utvikle seg til full overoppheting. En slik *frustrasjons-* eller *spenningsreducerende effekt* vil øke sannsynligheten for at barnet faktisk mestrer å håndtere de kravene som er igjen. Etter hvert som barnet opplever mestring, vil antall utbrudd reduseres. Først da kan man begynne å føye på nye krav til listen igjen (Greene, 1998).

Plan B referer til ”*problemløsning i samarbeid*”. Det er gjennom Plan B at den voksne hjelper barnet å håndtere et gitt problem, på en slik måte at barnet utvikler evnen til å håndtere lignende problemer i fremtiden (Greene, 2011). Det finnes to måter å arbeide med

Plan B: ”*kriseplan B*” og ”*forebyggende Plan B*” (Greene, 1998). Som navnet tilsier, anvendes ”*kriseplan B*” i selve situasjonen når barnet begynner å vise tegn til at problematferden er på gang. En krisesituasjon, hvor barnet er oppskaket eller på vei til å bli det, er imidlertid ikke det beste utgangspunktet for læring. Å forebygge krisen ved hjelp å ta i bruk ”*forebyggende Plan B*” vil derfor være et bedre alternativ (Greene, 1998). Ettersom kartleggingen av barnets mangelfulle ferdigheter og uløste problemer (triggere) i stor grad har gjort problematferden forutsigbar, vil forebyggende plan B være mulig å gjennomføre (Greene, 2011). Uavhengig av om det er ”*kriseplan B*” eller ”*forebyggende Plan B*”, vil gjennomføringen av Plan B foregå ved hjelp av følgende tre steg: (1) *empati*, (2) *definere problemet* og (3) *invitasjon*.

Målet med (1) *empati-steget* er å oppnå en best mulig forståelse av barnets perspektiv. I følge Greene er dette steget direkte avledet fra ”*kids do well if they can*”- filosofien, hvor man antar at det er en legitim bekymring som forstyrrer barns kapasitet til å innfri de voksnes forventninger (Greene, 1998). Steget innebærer at man gjør en *nøytral observasjon* av et problem barnet har. Den voksnes rolle er hovedsakelig å lytte, unngå å komme med forutinntatte konklusjoner og være tålmodig. Den presise retningen Plan B tar er nemlig ukjent inntil barnets bekymringer er fullt ut forstått. Greene opphøyer betydningen av språket og viktigheten av at den voksne toner seg inn med å tilpasse toneleie, tempo og ordvalg. I sin mest grunnleggende form foreslår Greene at empatisteget starter med at den voksne prøver å gi en nøytral beskrivelse av en observasjon på et problem barnet synes å ha, for eksempel: ”*jeg har lagt merke til at du synes det er vanskelig å legge deg på kvelden*”, ”*jeg har lagt merke til at du ikke har fått gjort noe særlig lekser i det siste*”, eller ”*jeg har lagt merke til at du har blitt ganske sint på noen av de andre barna i det siste*”. Deretter stilles et undrende spørsmål: ”*hva tenker du kan være grunnen til det?*” (på engelsk foreslår Greene uttrykket ”*what’s up?*”). For å unngå motstand i barnet, advarer Greene mot å adressere barnets problematferd i samtalen (som nevnt er atferden heller ikke det mest interessante å drøfte). Forskning viser at en *hjelpende relasjon* mellom den som skal hjelpe og den som behøver hjelp, er avgjørende for å forandre en vanskelig situasjon (Greene, 1998, 2011). Man oppnår med andre ord ingenting med mindre man klarer å etablere en god relasjon til barnet. Ofte kan det være nødvendig å forsikre barnet om at det ikke anklages for noe og at det ikke er trøbbel. Da kan man ganske enkelt starte samtalen med å si ”*du er ikke i trøbbel altså*” eller ”*jeg er ikke sint*” (Greene, 1998).

I empatisteget får barnet trening i å forsøke å forklare sitt eget perspektiv, eller sine egne bekymringer, på en slik måte at andre kan forstå det. Noen ganger vil det imidlertid være nødvendig å hjelpe barnet ved å stille oppklarende spørsmål. Greene foreslår en rekke ulike terapeutiske strategier eller teknikker for å “drille” etter informasjon, deriblant ”refleksiv lytting”, ”oppklarende spørsmål” og ”oppsummeringer” (Greene, 2011). Førstnevnte referer til at den voksne prøver å speile og repetere (parafasere) barnets bekymring ved å bruke barnets egne ord. Oppklarende spørsmål innebærer, som ordet tilsier, å oppmuntre barnet til å gi ytterligere informasjon ved for eksempel å si: ”hvordan det?”, ”jeg forstår ikke helt”, ”kan du fortelle litt mer om det?”. ”Oppsummeringer” handler om å summere opp essensen i det barnet har fortalt: ”la meg se om jeg har forstått dette riktig. Du synes altså det er vanskelig når...”, for så å etterspørre mer informasjon, for eksempel: ”er det noe annet du synes er vanskelig med dette?”.

Når den voksne er sikker på at han eller hun har forstått barnets perspektiv så godt som mulig, går man over til steg nummer to: (2) *definer problemet*. Her tar den voksne opp sine bekymringer til vurdering. Det kan høres slik ut: ”saken er den at..”, eller ”min bekymring er at...”. I følge Greene kan et problem defineres som to bekymringer det gjenstår å forene: barnet sin bekymring og den voksnes bekymring (Greene, 2011). I “definere problemet”-steget får den voksne anledning til å trene på å uttrykke sine bekymringer (og reflektere rundt hvorfor de *egentlig* er bekymret) på en måte som gjør at barnet kan forstå dem. Barnet får trening i å lytte og forstå (i det minste ta den voksnes perspektiv i betraktning). Greene understreker at de to første stegene av plan B utelukkende er reservert for innhente informasjon vedrørende bekymringer og perspektiver. Først når man er sikre på at begge parter er forstått, kan man fortsette til tredje og siste steg, hvor man vurderer *løsninger*. Det er nemlig ikke særlig nyttig å foreslå en mengde løsninger hvis man ikke vet hvilke bekymringer barnet eller den voksne har (Greene, 1998).

I det tredje og siste steget, (3) *invitasjon*, inviterer den voksne barnet til en felles idemyldring for å løse problemet i samarbeid. Dette steget starter med at den voksne oppsummerer problemene som skal løses. Den voksne setter sammen de to bekymringene som nå er identifisert for å forsikre seg om at barnet forstår problemet som skal løses. Greene foreslår følgende innledende setning til invitasjonssteget: ”jeg lurer på om det finnes en måte å.., har du noen ideer?”. Selv om både barnet og den voksne skal kunne komme med forslag til

løsninger, er det viktig at barnet får anledningen til å starte. Dersom den voksne presenterer sin løsning først, uten å ha et åpent sinn og uten å være oppriktig villig til å gå inn i en prosess med barnet, så er det ikke snakk om Plan B, men en kamouflert Plan A. Noen ganger vil imidlertid barn ha behov for hjelp til å komme på løsninger. Hvis barnet ikke finner noen løsninger selv, foreslår Greene at den voksne prøver seg på hypotesetesting, for eksempel ved å si: “*Vel, la oss tenke litt på det., ville det hjelpe hvis...?*”.

I følge Greene er definisjonen på en bra løsning at begge parter er enige i at løsningen er *realistisk og gjensidig tilfredsstillende* (Greene, 1998). En god løsning må altså kunne gjennomføres og fungere for begge parter. Hvis den ikke gjør det, må man fortsette prosessen med å finne andre potensielle løsninger. Samtalen bør alltid avsluttes med at den voksne og barnet blir enige om å snakke sammen igjen, dersom løsningen ikke fungerer så bra som de begge hadde håpet på (Greene, 2011).

Greene fremhever følgende fordeler med Plan B (Greene, 1998, 2011, 2016): Plan B hjelper den voksne å samle inn nødvendig informasjonen for å forstå hva som er i veien for barnet, og den hjelper barnet med å holde rede på tankene sine og møte problemer på en mer organisert måte. Barnet lærer at hans eller hennes bekymringer blir hørt og ivaretatt. Den voksne pålegger ikke barnet sine løsninger, men løsningene oppstår i fellesskap. Dette medfører ikke tap av autoritet for den voksne, men fører snarere til at man vinner en problemløsende lagkamerat. Problemer som fører til barnets atferd, tas opp og løses - én av gangen. Og det er gjentatte repetisjoner av de tre stegene, empati, definer problemet og invitasjon, som lærer barnet, på en *indirekte måte*, de ferdighetene barnet mangler: mental fleksibilitet, problemløsningsevne og frustrasjonstoleranse.

Ved å bli presentert for kjernekomponentene, Plan A, B og C, lærer de voksne hvordan de kan fatte en kursbeslutning ved å bestemme hvilken plan de skal følge når varseltegn på barnets atferd vises. På denne måten opplever de voksne sannsynligvis at de har mer kontroll over situasjonen og mer kontroll over barnets atferd, enn før. Når det fungerer, oppnår foreldrene en mental posisjon som hjelper dem til å reagere rolig og rasjonelt på barnets økende frustrasjon, og de er dermed bedre i stand til å hjelpe barnet til å reagere rolig og rasjonelt (Greene, 1998). Målet er altså å få de voksne til å redusere plan A, finne ut hvilke uløste problemer man skal starte å arbeide med (plan C handler om å prioritere disse), og

bruke plan B til å løse problemer på en realistisk og gjensidig tilfredsstillende måte. Over tid vil denne kombinasjonen føre til et nytt og bedre interaksjonsmønster (Greene, 2010).

3.3.3 Implementeringsstrategier

Ved implementeringen av modellen, både i familier og i organisasjoner, understreker Greene at det er viktig å starte med å introdusere CPS-modellens filosofiske og teoretiske utgangspunkt (Greene, 2010). Deretter identifiseres og prioriteres barnets profil av mangelfulle ferdigheter og uløste problemer. Først når dette er forstått av barnets omsorgspersoner (foreldre og eksempelvis lærere/pedagoger), bør man presentere plan B. I starten vil behandleren instruere de voksne i hvordan man bruker de ulike delkomponentene i Plan B (empati, definer problemet og invitasjon), og selv være direkte involvert i diskusjonene mellom barnet og de voksne. Deretter forsøker de voksne å ta i bruk plan B med veiledning og tilbakemelding fra behandleren. Målet er å bli gradvis mindre avhengig av behandlerens veiledning, og tilslutt å kunne ta i bruk Plan B uten støtte fra behandleren (Greene, 2010).

Å ta i bruk CPS krever at behandleren mestrer en rekke ulike ferdigheter (Greene, 2010, 2011): For det første må behandleren ha evnen til å formidle modellen og det teoretiske grunnlaget til de involverte voksne på en måte som er overbevisende, men ikke dogmatisk. Han eller hun må også ha evnen til å utvikle en terapeutisk allianse med både barnet og barnets omsorgspersoner, og ha evnen til å empatisere med begge parter i hva de har vært i gjennom og hva de gjennomgår. Behandleren bør også kunne forholde seg nøytralt og ikke-dømmende, da det ultimate målet er å arbeide seg frem til løsninger som adresserer begge parter bekymringer. I tillegg bør behandleren evne å ta komplekse scenarier og redusere dem til de to grunnleggende ingrediensene: mangelfulle ferdigheter og uløste problem. Og sist, men ikke minst, må behandleren være fleksibel og tålmodig, og innforstått med at veletablerte vaner og interaksjonsmønstre ikke endrer seg over natten.

Når det gjelder behandlingens intensitet og varighet, er den generelle anbefalingen for familierapi ukentlige samtaler (med både foreldre og barnet) i en periode på 8 – 12 uker. Det finnes også andre alternativer som blant annet foreldregupper (uten barn) som vanligvis går over 4-8 uker, samt kortere (mer intense) heldagskurs. For skoler eller andre institusjoner er det ikke oppgitt konkrete anbefalinger.

Greene har startet organisasjonen *Lives in the Balance* (www.livesinthebalance.org) for å kunne tilby opplæring og implementeringsstøtte i metoden. Her får man tilgang til diverse opplæringsmateriell, deriblant kartleggingsverktøyet ALSUP (se vedlegg 1), en ALSUP-guide (gode tips til hvordan benytte ALSUP, vedlegg 2), en problemløsningsplan (et flytskjema som viser hvilke tre uløste problem man skal prioritere, hvilke voksne som har ansvaret for Plan B og hvorvidt løsningen på problemet fungerer tilfredsstillende, vedlegg 3), en oversikt over de ulike teknikkene man kan ta i bruk for å innhente informasjon i empatisteget i Plan B ("drilling cheat sheet", vedlegg 4), en oversikt over nøkkelkomponentene i Plan B ("Plan B cheat sheet", vedlegg 5), samt en sjekkliste for å kvalitetssikre arbeidet med ALSUP (vedlegg 6) og Plan B (vedlegg 7). Flere av skjemaene er oversatt til en rekke språk, deriblant norsk. På nettsiden finnes det også en oversikt over litteratur som omhandler modellens teoretiske og empiriske grunnlag, samt aktuelle kurs og seminarer. I tillegg inneholder nettsiden videoklipp med samspills – og problemløsningssekvenser, og radioprogrammer som drøfter hvordan modellen kan benyttes i praksis. For veiledere er det utviklet en egen håndbok.

For å sikre at pedagoger og klinikere/behandlere forstår og mestrer CPS-modellen, tilrår Greene opplæring og sertifisering i metoden. Det stilles ingen formelle kvalifikasjonskrav for å få delta i sertifiseringsprogrammet, foruten at man i forkant må ha deltatt på et tredagers grunnleggende kurs (modul 1 og 2). Selve sertifiseringsprogrammet innebærer at deltakerne filmer arbeidet sitt med aktuelle barn og familier, for så å motta ukentlige tilbakemeldinger og veiledning av Greene via telefonkonferanse á 90 minutter, i en periode på 24 uker. Sertifiseringen skjer etter individuell vurdering, og en oversikt over sertifiserte behandlere gjøres tilgjengelig på nettsiden livesinthebalance.org. Etter å ha blitt en sertifisert behandler, kan man søke om ytterligere opplæring for å kvalifisere seg som kursleder og kunne trene opp andre i modellen, samt bli kvalifisert for å kunne implementere CPS i større organisasjoner.

For at implementeringen av CPS skal lykkes i en organisasjon eller en institusjon, belyser Greene viktigheten av en rekke strategiske tiltak (Greene, 2011): Først og fremst må ledelsen av organisasjonen støtte implementeringsprosessen. Dette innebærer blant annet å sørge for økonomisk støtte (til kurs og eventuelt sertifisering), nok tid for de ansatte til å lære å beherske modellen og tid til å gjennomføre Plan B. Greene anbefaler at organisasjonen tidlig i implementeringsprosessen lager en kjernegruppe av ansatte som får anledning til å fordype seg i metoden, for deretter å få ansvaret for videre spredning av modellen (til andre ansatte).

Uavhengig av hvilken organisasjon CPS-modellen skal implementeres i (men skoler spesielt), anbefaler Greene at samtlige ansatte leser boken ”*Lost at school*” (Greene, 2008).

3.3.4 CPS-modellens målgruppe:

CPS-modellen ble opprinnelig utviklet for barn og unge i aldersgruppen 4-17 år, med moderate til alvorlige atferdsvansker (ODD) - det vil si på et *indikert forebyggende* nivå (jf. oppgavens kapittel 2). Greene påpeker imidlertid at modellen omhandler grunnleggende holdninger og sentrale aspekter ved all menneskelig fungering og utvikling, hvilket gjør den nyttig for alle foreldre og alle som arbeider med barn (Greene, 1998, 2011, 2016). Dette gjenspeiler seg i flere av hans nyere boktitler, som ”*Lost and Found: Helping behaviorally challenging students (and, while you’re at it, all the others)*” (2016), og ”*Raising Human Beings*” (2016). Tiltaket kan med andre ord rettes mot ulike målgrupper ved å fungere universalforebyggende, selektivt forebyggende og indikert forebyggende. Som en følge av dette benyttes CPS i en rekke ulike settinger som familierapi, skoler, psykiatriske institusjoner, barnevernsinstitusjoner og ungdomsfengsler.

Tilsvarende har CPS i prinsippet ingen nedre (eller øvre) aldersgrense, så lenge metoden tilpasses utviklingsnivået og måten barnet kommuniserer på (Greene, 2016). I ”*Raising Human Beings*” (2016) skildrer Greene hvordan CPS-modellen kan rettes mot barn i alle aldre. Hvordan foreldre forsøker å forstå et spebarns behov og hvordan de velger å respondere, omtales som de tidligste forsøkene på problemløsning i fellesskap (Plan B). Boken drøfter håndtering av problemer knyttet til blant annet samsoving, pottetrening, barnehagestart og skolestart i lys av de ulike handlingsalternativene, Plan A, B og C. Det gis også konkrete råd om hvordan hjelpe barn som ikke har utviklet et tilstrekkelig vokabular til å kommunisere sine ønsker og behov, ved for eksempel å ta i bruk bilder.

3.4 Oppsummering og kommentar

Hensikten med dette kapittelet har vært å besvare oppgavens første problemstilling: ”Hva er *Collaborative & Proactive Solutions*?”. Dette har blitt gjort ved å presentere modellens teoretiske rammeverk og innhold, samt hvordan modellen brukes i praksis. Modellen kan oppsummeres på følgende vis:

CPS ble utviklet som en reaksjon på tradisjonelle læringsteorier. Læringsteorier bygger på antakelsen om at barnet har lært at utbrudd hjelper dem til å oppnå noe, i det de tvinger eller overtaler foreldrene til å gi etter. Greene argumenterer for at en slik oppfatning avfører atferd er planlagt, bevisst og målrettet, og at atferden kan kontrolleres av et barn som er seg bevisst hva det holder på med. I kontrast bygger CPS på premisset om at barn med atferdsvansker mangler viktige tenkeferdigheter, som gir dem vansker med å reagere på omverden på en tilpasset og fleksibel måte. Det er derfor snakk om en utviklingsforsinkelse, en form for lærevanske. Foreldre trenger følgelig ikke å være ettergivne, inkonsekvente, utydelige eller passive. Og barna er ikke manipulerende, oppmerksomhetssøkende, umotiverte eller grensetestende. Filosofien som ligger til grunn er derimot at barn gjør det bra hvis de kan. Greene påstår at barn med atferdsvansker hittil ikke har blitt godt nok forstått, og derfor er atferden vanskelig å endre.

Atferdsvansker kan se ut på mange vis, men forekommer under samme forutsetning: når et krav stilles til et barn, som overskrider barnets mulighet til å forstå og håndtere akkurat det kravet. Det gjør vanskene forutsigbare. Det er derfor mulig for de voksne å være i forkant, i stedet for å møte barna med reaksjoner og konsekvenser. Videre vekker CPS på nytt debatten om belønning og konsekvenser ettersom den hevder at konsekvenser ikke kan lære barn de ferdighetene de mangler, og heller ikke løse de problemene som trigger barnas utfordrende atferd.

I følge CPS-modellen er det gjentatte repetisjoner av Plan B, problemløsning i fellesskap, som styrkes barnas evne til fleksibilitet, til å tolerere frustrasjoner, til kommunikasjon, til å løse problemer, til å håndtere konflikter og til å regulere sin egen atferd. Modellen inneholder

konkrete retningslinjer for hvordan Plan B skal gjennomføres. Med andre ord, ettersom barnas ferdigheter utvikles, reduseres problematisk atferd betraktelig.

Å forstå at utfordrende atferd sjeldent er viljestyrt eller planlagt, men snarere et biprodukt av mangelfulle ferdigheter (et ”symptom”), hevder Greene vil oppleves av mange foreldre og fagfolk som en vesentlig endring i måten å forstå barnet på. Denne forståelsen (evnen til å se ”bak” atferden) vil, i følge Greene, alene kunne føre til positive endringer, som mer medfølelse for barnets vanske. Det gjør det lettere for de voksne å opprettholde empati selv når destruktiv atferd vises, og la være å ta problematferden personlig. For barnet vil det å bli møtt med en slik forståelse også kunne føre til et viktig vendepunkt, en følelse av lettelse og etterlengtet forståelse, som igjen vil øke sannsynligheten for et godt samarbeid mellom barnet og den voksne. CPS handler således i stor grad om relasjonsbygging og de voksnes evne til å inngå i positive og sensitive samspill med barnet.

I sin beskrivelse av modellens teoretiske rammeverk, fastslår Greene at CPS er en tydelig transaksjonell modell ettersom den inkluderer karakteristikk ved både barnet og barnets miljø, i både kartleggingen (ALSUP) og i behandlingen av vanskene. Ved hjelp av Plan B utvikler og trener både barn og voksne på nødvendige kognitive og sosiale ferdigheter.

Som nevnt betegner Greene CPS-modellens teoretiske forankring som hybrid eller multiteoretisk ved at den baserer seg på en rekke anerkjente teorier. Han går imidlertid ikke i dybden på de ulike teoriene eller de ulike psykologiske retningene. I ulike sammenhenger trekker han dog følgende kortfattede paralleller (Greene, 1998, 2010, 2011, 2016; foredrag på seminar ”*Eksplosive barn*”, modul 1 og 2, 20 -21.oktober 2016; 2.november 2017):

I likhet med *utviklingspsykologi*, vektlegger CPS utvikling av ferdigheter. Men i stedet for å ha tilknytningsteori som startpunkt, baserer CPS seg på et nevrobiologisk utgangspunkt. I likhet med *sosial læringsteori*, fokuserer CPS på modellering ved at den voksne fungerer som rollemodell og har ansvar for å modellere fleksibilitet, samarbeid og god problemløsning til barnet. I tråd med *systemteorier* hevder Greene at barnet både påvirker og påvirkes av flere arenaer i miljøet. I behandlingen av atferdsvansker er det av stor betydning at barnets omsorgspersoner (foreldre og f.eks. lærere/pedagoger) oppnår konsensus i hva som er barnets mangelfulle ferdigheter og hvilke uløste problemer som skal prioriteres. Modellens tiltak

(Plan B) fokuserer på empati, aktiv lytting og en ikke-dømmende atmosfære, og synes således å ha tydelige assosiasjoner til *humanistisk psykologi*.

Likevel omtaler Greene CPS først og fremst som en *kognitiv-atferdsteoretisk* modell (Greene, 2010, 2011). Dette forklarer han med det tydelige fokuset på barns kognisjon (mangelfulle kognitive egenskaper) og at modellen har til hensikt å kartlegge og innarbeide kognitive ferdigheter (Greene, 2011). Men til forskjell fra tradisjonell kognitiv-atferdsteoretisk behandling som i hovedsak er *individrettet*, retter CPS-modellen seg både mot barnet og barnets omsorgspersoner, og inkorporer *begge parter* i behandlingen. Med andre ord får både barn og voksne trening i viktige egenskaper. En annen viktig forskjell er at tradisjonelle kognitiv -atferdsteoretiske behandlingsprogrammer hovedsakelig fokuserer på *direkte* trening av kognitive og sosiale ferdigheter - ofte i hypotetiske situasjoner, mens CPS-modellen har en *indirekte* tilnærming til å trene på mental fleksibilitet og ferdigheter (gjennom rammeverket til Plan B) i konkrete og aktuelle situasjoner.

På flere områder er CPS også forenelig med en *traumesensitiv tilnærming*, eller *traumebevisst omsorg* til atferdsvansker. Også traumesensitiv tilnærming argumenterer for at bruk av konsekvenser (belønning, ignorering, time-out og fratak av privilegier) i behandlingen av opposisjonell atferd kan få uheldige implikasjoner (eks. Bath, 2015; Nordanger & Braarud, 2017). Blant annet risikerer barn som sendes i time-out (som antas å være den mildeste formen for grensesetting i PMT) å bli overlatt til seg selv med vonde følelser som det kanskje ikke mestrer å regulere (merk: de voksne er tilstede sammen med barnet, men skal ikke vie det oppmerksomhet). Både CPS og traumesensitiv tilnærming kommer med innvendinger mot å tolke barnets negative emosjoner som ikke-genuine ut fra teorien om tvingende samspill, og fraråder også å ignorere barnets følelser og atferd. I stedet har begge tilnærmingene det som utgangspunkt at barns ferdigheter utvikles i samspill med det regulerende fellesskapet de har rundt seg. Begge fronter således et sterkt reguleringsstøttende perspektiv hvor foreldre oppmuntres til å gi barnet sensitiv og aktiv hjelp. Det handler om å se *bak* barnets atferd og væremåte, og tone seg inn mot barnets egentlige problem, samtidig som man så langt som mulig søker å identifisere og begrense triggere i miljøet (Nordanger & Braarud, 2017).

4 Metodisk tilnærming

I dette kapittelet beskrives oppgavens *metodiske tilnærming*. Problemstillinger knyttet til hvilke studier som inkluderes og ekskluderes i litteraturgjennomgangen blir drøftet. Dernest skisseres viktige kjennetegn ved *evidensbaserte tiltak* basert på kriterier fra tidsskriftet *Ungsinn*. Disse kriteriene utgjør et bakteppe for drøfting av forskningsresultatene som presenteres i neste kapittel (kapittel 5).

4.1 En teoretisk oppgave

For å besvare oppgavens to problemstillinger, (1) ”*Hva er Collaborative & Proactive Solutions?*” og (2) ”*Hvor effektiv er modellen i behandling av atferdsvansker hos barn og unge?*”, er det foretatt en systematisk litteraturgjennomgang av aktuelle kilder og dokumentasjon. Litteratursøk er foretatt i databasene Eric, PsycInfo, Oria, og Google Scholar. Søkeord som ble benyttet i ulike kombinasjoner var: *Collaborative & Proactive Solutions, CPS, behavioral difficulties, externalizing behavior, Oppositional Defiant Disorder, ODD, children, youth*. I tillegg baserer oppgaven seg på bøker skrevet av Greene, fagbøker som inneholder kapitler skrevet av Greene, samt informasjon og opplæringsmaterialet fra organisasjonen *Lives in the Balance* (www.livesinthebalance.org). Referanselister i både artikler og bøker ble gjennomgått for innhenting av annen aktuell informasjon. Programutvikler og tiltakseier (Greene) ble også kontaktet underveis for å sikre at relevant litteratur er inkludert i studien, og for å kunne få svar på spørsmål og eventuelle uklarheter knyttet til modellens innhold og teoretisk forankring, samt effektevalueringer av modellen. I denne sammenheng refereres det til epostkorrespondanse med Greene (datert 2.oktober 2017), samt til foredrag av Greene (CPS-seminar, modul 1 og 2, 20 -21.oktober 2016, og 2. november 2017).

4.2 Oppgavens avgrensning

Følgende forhold har bidratt til å avgjøre hvilke studier som inkluderes og ekskluderes i oppgaven:

A) CPS-modellen ble opprinnelig introdusert med navnet ”*Collaborative Problem Solving*” (Greene, 1998). Forskergruppen som Greene ledet på daværende tidspunkt, ble senere delt i to. Greene endret navnet på sin modell til ”*Collaborative & Proactive Solutions*”, mens de tidligere kollegaene hans beholdt det opprinnelige navnet. Greene er tydelig på at de to modellene, tross felles utspring, per i dag er så langt fra hverandre at de er vanskelig å sammenlikne. Greene anbefaler derfor å ekskludere nyere studier som omhandler ”*Collaborative Problem Solving*”, dersom man har som hensikt å evaluere effekten av ”*Collaborative and Proactive Solutions*”. På nettsiden til organisasjonen Lives in The Balance (www.livesinthebalance.org) blir leseren informert om følgende:

“Dr. Greene has not been associated with "Think:Kids" or MGH since 2008, is not associated with Stu Ablon or any other individuals who are providing workshops and training on and marketing “Collaborative Problem Solving”, and does not approve of what MGH and Stu Ablon have done with his work”.

I norske Ungsinn drøftes også tilsvarende problemstilling knyttet til inkludering og ekskludering av studier (Martinussen m.fl., 2016, s. 20):

“Det hender at tiltak som har samme navn, viser seg å være utført forskjellig (...) når et tiltak skal vurderes for Ungsinn, skal derfor forfatteren forsikre seg om at studier som inkluderes i kunnskapsoppsummeringen omhandler det samme tiltaket som skal vurderes for Ungsinn”.

I mai 2017 besluttet blant annet *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* (CEBC) å følge Greenes tilrådninger om å behandle de to modellene som separate tiltak. CEBC er en amerikansk organisasjon som informerer om ulike behandlingstiltak for barn og unges psykiske helse, med hovedfokus på tiltak innenfor barnevern (mer om dette i neste avsnitt, 4.2). På en skala fra 1 - 5, hvor 1 er det beste, rangeres ulike tiltak ut i fra kvaliteten på det totale forskningsarbeidet. Dette resulterte i at *Collaborative & Proactive Solutions*

(som eies av Greene) oppnådde evidensnivå 2, mens *Collaborative Problem Solving* (som eies av MGH, ledet av Ablon) oppnådde evidensnivå 3 (et lavere evidensnivå). I september 2017 ble imidlertid begge modellene tatt bort fra programlisten til CEBC. I følge Greene skyldes dette uenigheter mellom de to forskergruppene om hvorvidt de to modellene kan anses som separate eller ikke (privat kommunikasjon med Greene, datert 02.10.2016). CEBC uttaler seg ikke om hvorfor de to tiltakene er tatt bort fra programlisten, men bekrefter at *Collaborative & Proactive Soutlion* (Greene) vurderes som et evidensbasert tiltak på nivå 2: “*The CEBC rated Collaborative & Proactive Solutions as a 2. It is no longer listed on the Clearinghouse for reasons unrelated to the research support*” (privat kommunikasjon per epost, 03.10.17).

Etter grundige overveielser behandler denne oppgaven *Collaborative & Poractive Solutions* (Green) og *Collaborative Problem Solving* (MGH) som to separate tiltak. Det innebærer at studier av modellen *Collaborative Problem Solving* etter 2008 ikke inkluderes i litteraturgjennomgangen. Det gjøres imidlertid oppmerksom på at en slik avgrensning kan ha ført til at relevant forskningslitteratur kan ha blitt utelatt, hvilket utgjør en potensiell feilkilde ved oppgaven.

B) Videre er det i denne oppgaven foretatt en avgrensning når det gjelder hvilke *settinger* effekten av CPS-modellen skal evalueres i. De siste ti –femten årene har CPS-modellen blitt implementert i ulike settinger som (1) polikliniske settinger (på engelsk, ”outpatient settings”), (2) psykiatriske institusjoner hvor barn og unge er innlagt (”inpatient settings”), (3) barnevernsinstitusjoner, (4) ungdomsfengsler og (5) skoler. For å målrette oppgaven og gjøre litteraturgjennomgangen håndterbar tatt oppgavens begrensede tidsramme i betraktning, fokuserer denne oppgaven på studier av CPS i en *poliklinisk setting*. Med andre ord ekskluderes studier fra psykiatriske institusjoner (innleggelse), barnevernsinstitusjoner, ungdomsfengsler og skoler. Dette kan delvis forsvares ut i fra et generaliseringsperspektiv, da amerikansk institusjonskultur trolig vil skille seg noe fra norske kulturelle og samfunnsmessige forhold (i Norge finnes det for eksempel få ungdomsfengsler, og i følge Barneombudet.no er det sjeldent mer enn 10 barn i alderen 15-18 år som er fengslet). På den annen side etterspørres evalueringer av tiltak i institusjoner hvor man nettopp finner den mest sårbare gruppen barn og unge. Studier viser at barn og unge med alvorlige atferdsforstyrrelser utgjør den største gruppen av dem som til enhver tid er innlagt i barne- og

ungdomspsykiatrien, samt i barnevernets institusjoner (Andreassen, 2003). Studier som evaluerer CPS i en skolekontekst ekskluderes på bakgrunn av at de fleste studiene per i dag er upubliserte. Igjen gjøres det oppmerksom på at en avgrensning av litteraturgjennomgangen til kun å inkludere studier av CPS i en poliklinisk sammenheng, representerer en mulig svakhet ved denne oppgaven, ettersom den mister noe av bredden og mangfoldet av kontekster hvor CPS modellen er evaluert.

Oppsummert: Som en følge av de nevnte avgrensningene, førte litteratursøket frem til *fire publiserte effektstudier*. I tillegg vil denne gjennomgangen kort referere til en pågående effektstudie, samt en pågående studie som søker å identifisere CPS-modellens moderatorer og mediatorer (se kap 4.3 for definisjoner og begrepsavklaringer). Studiene presenteres fortløpende i kapittel 5.

4.3 Hva menes med evidensbaserte tiltak?

Med begrepet ”*evidensbaserte tiltak*” (også kalt ”empirisk støttede tiltak”) menes tiltak som har vist seg virksomt gjennom forskning. Et lignende begrep er ”*evidensbasert praksis*”. Dette er imidlertid et mer omfattende begrep, da det omhandler (i) forskningsbasert kunnskap om effekter, integrert med (ii) praktikerens erfaringsbaserte kunnskap og (iii) brukernes egne ønsker og behov. Sistnevnte begrep oppstod som et resultat av at det mekaniske synet på evidens er foreldet, og at man i dag anser alle de tre faktorene som like viktige for å utøve behandling på en god og forsvarlig måte (Martinussen m.fl., 2016).

Spørsmålet om evidens er sjeldent et spørsmål om enten – eller, men baserer seg snarere på *summen* av forskning som foreligger om et tiltak (Martinussen m.fl., 2016). En rekke internasjonale organisasjoner har derfor utarbeidet *klassifiseringssystemer* som rangerer ulike evidensnivå (de fleste ved hjelp av en skala fra 1-5), og det er kvaliteten på det totale forskningsarbeidet som avgjør hvilket evidensnivå et tiltak befinner seg på. Blant disse er *Society for Prevention Research* (SPR, amerikansk), *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA, amerikansk), *Blueprint* (amerikansk, med hovedfokus på kriminalforebyggende tiltak), *California Evidence- Based Clearinghouse for Child*

Welfare (CEBC, amerikansk, med hovedfokus på tiltak i barnevernet), *Grading of Recommendations, Assessments, Development and Evaluation* (GRADE, benyttet av blant annet WHO) og *Database of Effective Youth Interventions* (nederlandsk). De fleste er relativt samstemte i hva de anser som sterk evidens, men skiller seg noe i hva de anser som svakere evidens. Den Amerikanske Psykologforeningen har besluttet å følge evidensstandarder slik den fremkommer i SPR (APA, 2005). Det samme har Norsk Psykologforening (Norsk Psykologforening, 2007).

I Norge har det elektroniske, vitenskapelig tidsskriftet *Ungsinn* (utviklet av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge ved UiT Norges Arktiske Universitet, på oppdrag fra Helsedirektoratet) utarbeidet et klassifiseringssystem i tråd med internasjonale organisasjoner. Mens de fleste internasjonale organisasjoner vurderer kvaliteten av tiltak uavhengig av hvor studiene er gjennomført, har imidlertid *Ungsinn* et uttalt nasjonalt mandat. Det innebærer at *Ungsinn* i hovedsak kun undersøker kunnskap om effekter av tiltak brukt i Norge eller Norden. Det åpnes imidlertid for å undersøke internasjonal forskning dersom det ikke foreligger nordiske studier, gitt at den internasjonale forskningen er av høy kvalitet og anses som relevant for norske forhold. Formålet til *Ungsinn* er gjøre kunnskap om enkelttiltak synlig og tilgjengelig, og som en følge av dette bidra til å skape et behandlingstilbud som bygger på den beste tilgjengelige kunnskapen. I tillegg ønsker de å avdekke kunnskapshull og stimulere til mer forskning. Bedre dokumentasjon kan føre til at et tiltak oppnår en høyere klassifisering (Martinussen, m.fl. 2016).

Som nevnt innledningsvis, tar denne oppgaven utgangspunkt i *Ungsinns* kriterier for klassifisering av evidens. Følgende aspekter vurderes når et tiltak evalueres av *Ungsinn*: (i) *tiltakets teoretiske forankring*, (ii) *kvaliteten på beskrivelsen av tiltaket*, (iii) *kvaliteten på forskningsmetodiske aspekter* og (iv) *implementeringskvaliteten*. Ut i fra en samlet vurdering, klassifiseres deretter tiltaket på ett av fem nivåer: (1) *godt beskrevet tiltak*, (2) *teoretisk begrunnet tiltak*, (3) *tiltak med noe dokumentasjon*, (4) *tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt*, og (5) *tiltak med sterk dokumentasjon på effekt*. De to nederste nivåene representerer grunnlagsarbeidet som skal til for å kunne skaffe til veie dokumentasjon på tiltakets effekt. Tiltak som klassifiseres på nivå 4 og 5 anses som evidensbaserte tiltak (Martinnussen m.fl., 2016).

For å oppnå *høyeste nivå* i evidenshierakiet, må følgende krav innfris (med mindre andre referanser oppgis, baserer følgende presentasjon seg på Martinussen m.fl., 2016):

Tiltaket må i første runde ha en *tydelig teoretisk forankring* som begrunner og forklarer hvorfor tiltaket virker. Det må deretter finnes *en detaljert beskrivelse* av tiltakets målsettinger (formulert som retningslinjer eller prinsipper), målgruppe (inkludjonskriterier og ekskludjonskriterier), tiltaksarenaer, utforming og metode.

Av forskning må det foreligge minst to *randomiserte, kontrollerte effektstudier* (RCT), hvor én av studiene bør være utført av andre enn tiltakseier (og fortrinnsvis i Norge eller Norden, dersom det er Ungsinn som klassifiserer tiltaket). Et RCT-design er den forskningsmetoden som med størst sannsynlighet kan fastslå at det er tiltaket som er årsaken til eventuelle positive endringer og ikke andre forhold, og anses derfor som selve ”gullstandarden” i effektforskning. Her fordeles forsøkspersoner tilfeldig til en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe. Randomiseringen sørger for at man får ekvivalente grupper, det vil si at gruppene er like med hensyn til variablene som måles. Personene i kontrollgruppen mottar enten en annen form for behandling eller ingen behandling. Når studien er ferdig, sammenlignes resultatene i behandlings- og kontrollgruppen for å se om behandlingen i eksperimentgruppen hadde større effekt enn det som kunne observeres i kontrollgruppen. Dersom eksperimentet er riktig gjennomført, vil forskeren kunne trekke en relativ sikker konklusjon på om det er behandlingen i eksperimentgruppen som førte til mindre vansker. Hvorvidt den kausale slutningen er pålitelig, omtales som *indre validitet*. Det finnes imidlertid ulike faktorer som kan true den indre validiteten, eksempelvis et stort frafall av deltakere, eller et svært ulikt frafall i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Forskerne bør derfor synliggjøre og redegjøre for eventuelle trusler mot indre validitet.

I hvilken grad et funn kan sies å gjelde for andre enn de som deltok i eksperimentet, omhandler studiens *ytre validitet*, eller generaliseringsverdi. Dette er avhengig av hva slags populasjon man ønsker å generalisere til og hvor representativ utvalget er for den utvalgte populasjonen. Mens homogenitet er en styrke for indre validitet, kan det derimot ha en negativ innvirkning på ytre validitet fordi det begrenser overføringspotensiale (Lund, 2002).

Ulike *kvasi-eksperimentelle design* kan benyttes som tilleggsinformasjon, men vil som regel ikke kunne tillegges samme tyngden som et ekte eksperiment. Hvis randomisering ikke

foretas, men undersøkelsen likevel søker å manipulere variabler for å kunne uttale seg om kausale forhold, omtales dette gjerne som et *kvasi-eksperiment* (Lund, 2002). Et slikt design vil kunne gi indikasjoner på tiltakets effekt, men resultatene vil ikke være like sikre som ved en RCT-studie. Den enkleste formen for et kvasi-eksperimentelt design, er et *pretest-posttest design*, hvor testpersonene selv utgjør kontrollbetingelsene. Det vil si at man undersøker aktuelle utfallsmål før og etter et tiltak, og undersøker om utfallsmålene har endret seg (Lund, 2002). I et slikt design vil det være mange trusler mot den indre validiteten, for eksempel ”historie” (andre ytre faktorer som har forårsaket endringer) eller ”modning” (personene endrer seg som en følge av at tiden har gått og ikke på grunn av tiltaket, også kalt ”naturlig bedring”).

For å oppnå høyeste evidensnivå er det også et krav om at tiltaket er forsket på under naturalistiske forhold. Slike studier kalles for *effektivitetsstudier* (på engelsk, ”effectiveness”). Først når tiltaket er testet i vanlig klinisk praksis, får man erfaringer med hvordan effekten er i det virkelige liv. Effektivitetsstudier kommer som regel etter at man har testet ut et tiltak ved hjelp av effektstudier. Ifølge Weisz og Gray (2008) er imidlertid bare 4% av behandlingsstudiene på barn og ungdom utført i vanlig klinikk. Følgelig er det et stort behov for flere effektivitetsstudier.

Når effekten av et tiltak undersøkes, er det to ting som vurderes i forhold til selve resultatene. Det ene er hvorvidt resultatene er *statistisk signifikante*. Det handler om hvorvidt man kan stole på at resultatene er reelle, og at de ikke skyldes tilfeldigheter. Vanlig grense for statistisk signifikans er $p < 0.05$ (5 %). Det betyr at hvis p-verdien er mindre enn 0.05 er det mindre enn 5 % sannsynlighet for at resultatene er basert på tilfeldigheter. Jo mindre p-verdien er, desto sikrere er det at resultatet ikke skyldes en tilfeldighet. Det andre som vurderes er *hvor store effektene er*. Disse henger sammen ved at signifikans (noe upresist) et resultat av *effektens størrelse* og *antall personer* i studien. Hvor mange som er med i en studie, har betydning for hvor sterke sammenhenger man er i stand til å avdekke. Ut i fra forventning om effekt, kan man (ved hjelp av analyser/ en tabell) finne ut hvor mange man trenger å ha med i studien for å oppdage en effekt av en gitt størrelsen – det vil si gjøre en vurdering av *statistisk styrke* (Lund, 2002). Dersom det er *få deltakere* i studien, er det en viss fare for at man ikke vil finne sammenhenger (selv om sammenhengene kanskje er der). Det oppstår også et dilemma dersom man faktisk finner sterke sammenhenger i en studie med få

40

deltakere, ettersom et lite utvalg også øker sjansen til å finne sammenhenger helt tilfeldig (altså en fare for at resultatene ikke er pålitelige), spesielt dersom sannsynlighetsverdien/p også er moderat (det vil si p-verdier mellom 0.01- 0.05) (Ioannidis, 2005; Simonsohn, Nelson & Simmons, 2014).

Det finnes ulike indekser som angir effektens størrelse. Blant de mest brukte er *Cohens' d*, som er en standardisert gjennomsnittsforskjell mellom pre- og postmålinger. Vanligvis renger man en *d* på 0,20 – 0,49 som en liten effekt, 0,50 – 0,79 som en middels effekt, og 0,80 og oppover som en stor effekt. Man må imidlertid alltid vurdere effektstørrelsen i forhold til en rekke faktorer, som blant annet hvem som er målgruppen for tiltaket og hvilket design om benyttes. Man finner ofte større effekter om man anvender et omfattende behandlingsopplegg på en gruppe som har alvorlige problemer, sammenliknet med et universalforebyggende opplegg der de fleste ikke har noen problemer av den typen man ønsker å forebygge (Lund, 2002). Når det gjelder type design, vil en studie uten en kontrollgruppe kunne stå i fare for å overestimere effektstørrelsene (Cheung & Slavin, 2016). I studier som inkluderer en kontrollgruppe vil effektstørrelsen påvirkes av hvorvidt kontrollgruppen aktivt mottar en behandling, og i så fall hvilken behandling de får (Fearon, 2017; Weisz m. fl., 2017). Det vil være lettere å finne forskjell i effekt mellom en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe, dersom kontrollgruppen består av deltakere som ikke mottar noen form for behandling – en såkalt ”venteliste-kontroll”-gruppe (WLC). Det vil også være lettere å finne forskjeller i effekt dersom kontrollgruppen mottar en behandling som ikke er evidensbasert, og som man kanskje vet lite om både når det gjelder innhold og metode (Fearon, 2017; Weisz m.fl., 2017).

Dersom effekten av et tiltak ikke anses som store nok, vurderes det om kostnadene ved behandlingen er verdt resultatene. Følgelig omhandler evalueringen av et tiltak også et *kostnads-nytte-perspektiv*. Her inngår to relevante forhold. Det ene er at effektene bør være *klinisk signifikante*. Mens statistisk signifikans ikke forteller noe annet enn at det er mindre enn 5 % sannsynlighet for at den demonstrerte forskjellen mellom to grupper skyldes tilfeldighet og ikke intervensjonen, refererer klinisk signifikans til at den forskjellen som er funnet er av klinisk eller praktisk betydning. Det andre er at effektene av et tiltak bør vedvare over tid. Det regnes som en styrke dersom studiene har lang oppfølgingstid som kan avdekke *langvarige effekter* (f.eks. etter 6 mnd., 12 mnd. eller lengre tid).

For at et tiltak skal oppnå høyeste grad av evidens etterspørres også forskning rundt moderatorer og mediatorer. *Moderatorer* er variabler som spesifiserer for hvem, og under hvilke betingelser, en behandling er effektiv (eventuelt ikke effektiv), og består av forhold som allerede er tilstede og påvirker behandlingen (Howitt & Cramer, 2014). Det kan være kjennetegn ved barn (f.eks. kjønn, alder, og komorbide tilstander) eller foreldre (f.eks. sosioøkonomisk status, etnisitet, foreldrenes helsetilstand eller ulike foreldrepraksis/ oppdragelsespraksis). Også kjennetegn ved terapeut og kontekst kan påvirke forholdet mellom behandlingen og effekten av behandlingen. *Mediatorer* forklarer gjennom hvilke mekanismer forandring skjer, det vil si hva er det med behandlingen som skaper endring og hvordan behandlingen virker (Lund, 2002). Forskning på moderatorer og mediatorer har som utgangspunkt at annen forskning (effektstudier) allerede har vist at behandlingen har en effekt på en gitt vanske, hvorpå man ønsker mer kunnskap om for hvem, hvordan eller hvorfor behandlingen virker.

I tillegg etterlyses det stadig mer forskning på *brukernes egne erfaringer* knyttet til et behandlingstiltak (både foreldrenes og barnas opplevelser). Fornøyde brukere er selvsagt en verdi i seg selv, men i tillegg øker det også sjansene for at tiltaket blir tatt i bruk slik det er tenkt. Høy grad av brukertilfredshet kan imidlertid ikke brukes som dokumentasjon på at tiltaket er virksomt.

Hvilke måleinstrumenter som benyttes har avgjørende betydning for kvaliteten av en studie. Måleinstrumentene bør ha gode *psykometriske egenskaper*. Herunder inngår blant annet at testen har god begrepsvaliditet, det vil si at den måler det den er ment til å måle, og god innholdsvaliditet - det vil si at den måler alle sider ved det psykologiske konseptet (Lund, 2002). Samtidig er det viktig at selve målingen er presis. Reliabilitet referer til måleinstrumentets nøyaktighet og pålitelighet. Dette innebærer blant annet at testen måler det samme hver gang man tester (test-retest reliabilitet), og at alle spørsmålene i spørreskjema registrerer de samme egenskaper (indre konsistens). Reliabilitet er en forutsetning for måleinstrumentets validitet, og måleinstrumentets validitet er en forutsetning for slutningsvaliditet (intern og ekstern validitet) (Lund, 2002). I tillegg bør de som tester være blindet for studiebetingelsene, det vil si at de ikke skal ha kjennskap til deltakerne eller intervensjonen. Dette forhindrer at forventinger påvirker utfallet (Lund, 2002).

Det vurderes også hvorvidt studiene benytter seg av adekvate *statistiske analyser*, og at disse er vurdert opp mot problemstillingen og det aktuelle designet som er benyttet. Som allerede nevnt bør studien oppgi signifikansnivå og effektstørrelser. For at studien skal være valid, er det også avgjørende at den ikke er beheftet med systematisk forskjell i frafall (Lund, 2002). Deltakere som trekker seg underveis i en studie og ikke fullfører, bør ideelt være likt fordelt på de to behandlingsgruppene (eksperiment og kontroll). Det er derfor viktig at studien rapporterer om frafall av deltakere, og om det er foretatt frafallsanalyser for å håndtere dette (og i tilfelle hvilke analyser). For å unngå systematiske skjevheter og overestimering av forskjell mellom behandlinger, anbefales det gjerne at analyser baserer seg på det såkalte ”behandlingsintensjonsprinsippet” (Intention to Treat, IIT). Dette innebærer at alle randomiserte deltakere skal inkluderes i den statistiske analysen, enten de mottok behandlingen eller ikke.

Det er også av stor betydning at en studie sikrer at tiltaket som undersøkes faktisk gjennomføres i tråd med intensjonen. Dette kan sikres ved bruk av sjekklister, lydopptak og videoanalyser, og omtales med ulike begreper som *trofasthet mot tiltaket*, *programlojalitet* eller *behandlingsintegritet* (på engelsk, ”fidelity”). Dersom en studie sammenlikner to tiltak, er det også av betydning å sikre at de to tiltakene ikke overlapper hverandre i innhold og metode (slik at man unngår det som på engelsk omtales som ”crossover”). Hvis man ikke sikrer at tiltaket som eksperimentgruppen mottar, skiller seg fra tiltaket som kontrollgruppen mottar, vil det være vanskelig å nyttiggjøre seg av resultatene (Faeron, 2017).

Ettersom målet med et behandlingstiltak er at det skal kunne implementeres i vanlig klinisk praksis, evalueres også *implementeringskvaliteten* til tiltaket. Her vurderes det om tiltakseier kan tilrettelegge for en god implementering gjennom en godt utviklet implementeringsstrategi. Dette innebærer blant annet hvorvidt tiltakseier tilbyr implementeringsstøtte, og hvorvidt det finnes systemer for kvalitetssikring for både innføring og vedlikehold av kvaliteten over tid. Høy implementeringskvalitet viser å gi betydelig bedre effekter (Derzon, Sale, Springer & Brounstein, 2005; Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). En forutsetning for å studere implementeringskvaliteten til et tiltak, er imidlertid at tiltaket gjennom effektstudier har vist seg virksomt. Med andre ord, for at implementeringskvaliteten skal ha betydning, må man vite at tiltaket i utgangspunktet fungerer godt.

Blant de siste kravene til evidensbaserte tiltak er at resultatene av effektstudiene som inngår i evalueringen av tiltaket, har blitt gjennomgått og kvalitetssikret av forskere innen samme fagfelt. Dette omtales som *fagfellevurdering* (på engelsk, "peer review"). Det regnes også som et kvalitetstegn dersom studiene har blitt publisert i anerkjente internasjonale vitenskapelige tidsskrift.

5 Empiri

Mens kapittel 3 tok sikte på å besvare oppgavens første problemstilling: ”*Hva er Collaborative & Proactive Solutions?*”, vil dette kapittelet besvare oppgavens andre problemstilling: ”*Hvor effektiv er modellen i behandlingen av atferdsvansker hos barn og unge?*”.

Kapittelet er inndelt på følgende vis:

I kapittelets første del introduseres studier som omhandler effekten av CPS i en poliklinisk setting. Kriterier fra Ungsinn brukes som en rettesnor for hvordan hver enkel studie presenteres. Det innebærer tilstrekkelig detaljert informasjon om (i) valg av metodisk design, (ii) deltakerne, (iii) intervensjonens gjennomføring og varighet, (iv) sikring av programlojalitet, (v) hvilke måleinstrumenter som tas i bruk, (vi) analyser, (vii) studiens resultater, og avslutningsvis (viii) vesentlige styrker og svakheter ved studien. Deretter følger en kort oppsummering av hva resultatene samlet sett sier om effekten av CPS i behandling av barn og unge med atferdsvansker i en poliklinisk setting.

I kapittelets andre del drøftes *kvaliteten på det totale forskningsarbeidet*. Kriteriene som Ungsinn legger til grunn for sin klassifisering av tiltak, brukes for å kunne gjøre en vurdering av det nåværende kunnskapsgrunnlaget for CPS. På bakgrunn av dette foretas en konklusjon vedrørende CPS-modellens *evidensnivå*.

I kapittelets tredje del skisseres *forskningsmessige implikasjoner* (behov for videre forskning), samt *kliniske implikasjoner* (den praktiske betydningen av funnene).

5.1 Effektstudier

5.1.1 Greene m.fl. (2004) - RCT, en pilotstudie av CPS.

Den første evalueringsstudien av CPS ble gjennomført av Greene og kolleger (Greene, Ablon, Goring, Raezer-Blakely, Markey, Monuteaux, Henin, Edwards & Rabbitt, 2004) ved Massachusetts General Hospital i USA. Hovedhensikten med studien var å undersøke i hvilken grad CPS kan bidra til å redusere barns opposisjonelle atferd. I tillegg ble det undersøkt hvorvidt CPS kan bidra til å redusere foreldrestress knyttet til foreldrollen og forbedre foreldre - barn relasjonen. Gjennom pilotstudien ønsket forskergruppen å avdekke eventuelle mangler og svakheter ved modellen, og få svar på om det synes hensiktsmessig å sette i gang en større studie.

Design: Studien benyttet seg av et *randomisert kontrollert gruppedesign* (RCT), hvor familiene ble tilfeldig fordelt til enten en intervensjonsgruppe som mottok CPS-behandling, eller en kontrollgruppe som mottok PMT- behandling.

Deltakere: Deltakerne var opprinnelig 50 barn i alderen 4-12 år (68 % gutter) og deres familier, som var henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk for behandling av atferdsvansker. Samtlige barn innfridde kriteriene for ODD, og flere viste sub-kliniske tendenser til CD og stemningslidelser. Barn og unge med CD-diagnose, psykose, suicidal atferd, og en IQ -skåre under 80, ble ekskludert fra å delta i studien. I løpet av behandlingen falt tre familier fra, slik at utvalgsstørrelsen ble redusert til 47 deltaker (CPS: n= 28; PMT: n = 19). Familiene som falt fra skilte seg imidlertid ikke fra de øvrige familiene. Av familiene som gjennomførte behandlingen, var 87% tilgjengelige ved oppfølging fire måneder etter behandlingsslutt (CPS: n = 25; PMT: n = 16).

Intervensjon: Begge gruppeintervensjonene bestod av ukentlige 1-timers sesjoner. Varigheten på behandlingen i CPS-gruppen varierte fra 7-16 uker (i snitt 11 uker), mens alle deltakerne i PMT- gruppen fikk behandling i 10 uker. Begge programmene ble administrert av doktorgradsstudenter i klinisk psykologi. Terapeutene i PMT-gruppen hadde lang erfaring innen atferdspsykologi og var godt kjent med PMT fra før (slik den er beskrevet av Barkley,

1997). Terapeutene i CPS- gruppen var utdannet innenfor kognitiv-atferdsteoretisk psykologi (KAT), og mottok opplæring i CPS-modellen av Greene og kollegaer i forkant av studien. Ved hjelp av lydopptak ble det sikret god programlojalitet i begge behandlingsgruppene. I tillegg ble det sikret at de to tiltakene ikke overlappet hverandre når det gjaldt innhold. De ulike kjernekomponentene i de to modellene ble skåret ved hjelp av en 5- poengs Likertskala fra ”ikke nevnt i denne sesjonen/ ikke i fokus” til ”var et stort fokus i denne sesjonen” (Treatment Adherence Scale, utviklet av Greene og kollegaer). Lydopptak ble skåret av klinikere som var blindet for studiebetingelsene. Resultatene tydet på at PMT- behandlingen inneholdt noen få elementer fra CPS-programmet, mens CPS –programmet ikke inneholdt noen elementer fra PMT-programmet.

Måleinstrumenter: Ulike måleinstrumenter ble tatt i bruk for å sette diagnose i forkant av studien og for å vurdere utfallet av behandlingen. Samtlige baserer seg på mødrenes rapportering. For å sette diagnose før behandlingsstart ble *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Epidemiologic version* (K-SADS- E, Orvaschel, 1994) tatt i bruk. Dette er et bredt semistrukturert DSM-IV- intervju som dekker de fleste psykiske lidelser hos barn og unge. Intervjuet regnes å ha gode psykometriske egenskaper (Edelbrock & Costello, 1988). Både de som intervjuet (hovedfagstudenter i klinisk psykologi), og de som kvalitetssikret skårene i etterkant (en komité bestående av erfarne psykiatere) var uten kjentskap til deltakerne eller studien. Basert på informasjonen fra K-SADS-E –intervjuet, ble det også foretatt en DSM-IV *Global Assessment of Functioning* (GAF)-skåre. Denne oppsummerer barnets psykososiale funksjonsnivå på en skala fra 1 (verst) til 90 (best). I tillegg ble barna kartlagt ved hjelp av det upubliserte instrumentet *ODD Rating Scale (ODDRS)* (Greene m. fl., 2004). Denne består av 17 utsagn som korresponderer til DSM-IV kriteriene for ODD. Foreldrene bes om å ta stilling til disse utsagnene ved hjelp en 5-poengs Likertskala fra 1 (usann/ aldri) til 5 (alltid sant/ svært ofte). *Clinical Global Impression* (CGI; National Institute of Mental Health, 1985) ble brukt som utfallsmål ved behandlingsslutt (utført av terapeuter) og fire måneder etter behandlingsslutt (foreldrerapportering). På en 7 –punktskala vurderes det om barnets tilstand har forbedret seg eller forverret seg etter behandlingsslutt (sammenliknet med skårene før behandlingen startet). Endringene vurderes som 1) veldig mye bedre, 2) mye bedre, 3) minimalt forbedret, 4) ingen endring, 5) litt verre, 6) mye verre, 7) veldig mye verre.

Før å måle foreldrenes opplevelse av stress knyttet til foreldrerollen, ble *Parenting Stress Index* (PSI; Abidin, 1995) benyttet både før og etter behandlingen. Instrumentet består av 101 elementer fordelt på 13 delskalaer, og gir et bilde av den enkelte forelders opplevelse av stress knyttet til karakteristika ved barnet, samt den enkelte forelders opplevelse av mestring og samhandling med det aktuelle barnet og ektefelle/samboer. Utsagn skåres på en 5-punktskala fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig). Instrumentet er funnet å være meget reliabelt og valid (Abidin, 1995). Kvaliteten på foreldre-barn-interaksjon ble kartlagt ved bruk av *Parent-Child Relationship Inventory* (PCRI; Gerard, 1994). Denne undersøker evner og holdninger som er viktige for foreldre-barn forholdet. Områder som blir undersøkt er tilfredshet med foreldrerollen, foreldrestøtte, involvering, kommunikasjon og autonomi. Utsagn skåres på skala fra 1 (helt enig) til 4 (helt uenig). Også PCRI har vist seg å ha tilfredstillende psykometriske egenskaper (Gerard, 1994).

Analyser: Studien benyttet seg hovedsakelig av Generalized Estimating Equations (GEE), hvilket er en statistisk fremgangsmåte som utfører regresjonsanalyser samtidig som det statistisk kontrolleres for avhengighet og samvariasjon blant respondentene (Ziegler, 2011). Før behandlingsstart var det ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingsgruppene vedrørende demografiske variabler, komorbiditet, eller på noen av de benyttede måleinstrumentene. Det var heller ingen forskjell i hvor mange av barna som gikk på medisiner før behandlingen startet. Barna i CPS gruppen fikk derimot utført signifikant flere endringer i medisinbruk i løpet av behandlingsperioden, sammenlignet med barna i PMT-gruppen. Dette ble det imidlertid kontrollert for i studien. Ettersom noen av familiene i CPS-gruppen mottok lenge behandlingstid (7-16 uker med behandling, i snitt 11 uker) enn familiene i PMT-gruppen (10 uker), ble det også foretatt analyser for å undersøke om varigheten på behandlingen var en signifikant prediktor for utfallet på samtlige utfallsvariabler. Det var den ikke. Som strategi for å håndtere frafall av deltakere ble analysemetoden Last-Observation-Carried-Forward (LOCF) benyttet. I stedet for å fjerne resultatanalysene fra familiene som falt fra, benyttet man seg av siste måling som ble gjort.

Resultater: På *ODDRS* rapportere mødre om signifikante forbedringer fra før behandling til behandlingsslutt ($p < .01$), og fra behandlingsslutt til oppfølging fire måneder etter ($p < .01$). *ODDRS* ble også brukt til å kalkulere effektstørrelser for begge gruppene. Fra før behandling til etter behandling ble det funnet store effektstørrelser for både CPS ($d = 1.19$) og

PMT ($d = .80$). Fra behandlingsslutt til oppfølging fire måneder senere, ble det funnet en stor effektstørrelse for CPS ($d = 1.19$) og en moderat effektstørrelse for PMT ($d = 0.48$). Det var imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingsgruppene på noen av tidspunktene.

CGI (skåret av terapeuter ved behandlingsslutt, og av mødrene ved follow-up) viste derimot signifikante forskjeller mellom de to behandlingsgruppene, hvor barna i CPS-gruppen viste større forbedringer sammenlignet med barna i PMT-gruppen ($p < .01$). Ved fire måneders oppfølgingen ble hele 80 % av barna i CPS-gruppen skåret som ”mye bedre” eller ”veldig mye bedre”, mot 44% i PMT-gruppen.

Videre viste resultatene en signifikant reduksjon i foreldrerenes opplevelse av stress, i både CPS-gruppen og PMT-gruppen (PSI; $p < .05$), samt en signifikant forbedring av foreldre - barn relasjonen (PCRI; $p < .05$). Heller ikke her ble det funnet signifikante forskjeller mellom gruppene.

Oppsummert tyder resultatene på en signifikant reduksjon av atferdsproblemer i begge gruppene, samt redusert foreldrestress og et bedre samspill mellom foreldre og barn. De positive effektene holdt seg over en periode på fire måneder.

Vesentlige styrker/svakheter: En styrke ved studien er at det foretas en randomisering av deltakere til to behandlingsgrupper. I tillegg påpeker forskergruppen betydningen av at CPS-modellen sammenlignes med den veletablerte og evidensbaserte behandlingsformen PMT (jf. kapittel 4 og betydningen av innholdet i kontrollgruppen). Bruk av flere anerkjente måleinstrumenter, samt mål på troskap mot tiltaket (programlojalitet) styrker også studiens pålitelighet. Det lave antallet deltakere fører imidlertid til at det blir vanskelig å vurdere gyldigheten av funn og konklusjoner (indre og ytre validitet), og en relativ kort oppfølgingstid (fire måneder) gjør det problematisk å uttale seg om langtidseffekten av behandlingen. Tross metodiske svakheter, konkluderer forskergruppen med at pilotstudien likevel gir kunnskap om CPS-modellens potensielle effekter.

5.1.2 Epstein & Satzman- Benaiah (2010) – CPS i gruppeformat

Studien utført av Epstein og Satzman- Benaiah (2010) er også å regne som en pilotstudie, da CPS for første gang ble tilpasset et gruppeformat. Hovedhensikten med studien var å undersøke om CPS i gruppeformat kunne bidra til å redusere barns opposisjonelle atferd. Studien ønsket også å undersøke om tiltaket kunne føre til en økning i barns prososiale, kommunikative- og emosjonsregulerende ferdigheter, samt redusere foreldrestress forbundet med foreldrerollen. I tillegg var det ønskelig å foreta en brukerundersøkelse for å kartlegge hvor tilfreds foreldrene var med behandlingens innhold og at den ble gitt i gruppeformat.

Design: Studien benyttet seg av et kvasi-eksperimentelt *innen-gruppe- design* (eng. *within-subjects- design*), også kalt *repetert design* eller *pre-post-design*. Det innebærer at de samme personene følges over tid, og måles med de samme instrumentene før og etter manipulasjon (behandling). Målinger fant sted ved fire tidspunkt: (1) ved registrering to måneder før behandling (baseline), (2) ved behandlingsstart (pre-intervensjon), (3) ved behandlingsslutt (post-intervensjon) og (4) to måneder etter behandlingsslutt (follow-up). Baseline-målingen ble inkludert for å kunne demonstrere at eventuelle endringer skyldtes behandlingen og ikke modning (det vil si endringer over tid som kunne skjedd uansett).

Deltakere: I utgangspunktet ble 15 barn i alderen 6 - 12 år (83 % gutter) og deres foreldre inkludert i studien. Barna var henvist til Tourette Syndrome Neurodevelopmental Clinic (TSNC) ved University Health Network (Toronto, USA), hvor alle møtte kriteriene for Tourettes syndrom (en nevrobiologisk tilstand som består av gjentatte, ufrivillige bevegelser og ukontrollerte lyder, se f.eks. Elstner, Selai, Trimble & Robertson, 2001), ODD og ADHD. Eksklusjonskriterier var CD-diagnose, psykose, hjerneskade eller en IQ-skåre under 80. Før intervensjonen startet trakk to familier seg (grunnet lang reisevei), og én familie falt fra under behandlingen (av årsaker som ikke var relatert til behandlingsprogrammet). Til sammen fullførte 12 familier (19 foreldre: syv par, én enslig far og fire enslige mødre).

Intervensjonen: Selve intervensjonen bestod av at foreldregruppen fikk opplæring i CPS-modellen i en periode på 8 uker, 2 timer pr. uke. Opplæringen innebar blant annet introduksjon til de viktigste temaene i CPS, demonstrasjoner og rollespill, diskusjon og øvelser i mindre grupper, samtaler og refleksjoner i plenum, samt hjemmelekser. Lyddopptak

sikret at opplæringen var i tråd med CPS-modellens innhold, og at den ikke inneholdt elementer fra PMT (*Treatment Adherence Scale*, Greene m.fl., 2004).

Måleinstrumenter: Diagnoser ble satt ved hjelp av *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL, Kaufman m.fl., 1997). Videre benyttet studien seg av *Eyberg Child Behavior Inventory* (ECBI; Eyberg, 1999) for å kartlegge barnas atferd. Denne består av 36 ledd fordelt på to skalaer: Intensitetskalaen og Problemskalaen. Intensitetskalaen måler frekvensen av barnets utfordrende atferd på en Likertskala fra 1 (aldri) til 7 (alltid). På Problemskalaen testes det om de samme 36 formene for atferd representerer et problem for foreldrene. Reliabiliteten og validiteten til instrumentet vurderes som god (Hukkelberg, Reedtz & Kjøbli, 2016). Barnas atferd ble også kartlagt ved hjelp av *Clinical Global Impression* (CGI, National Institute of Mental Health, 1985), og i tillegg ble det tatt i bruk det upubliserte foreldrerapporterings-skjemaet *Oppositional Defiant Disorder Rating Scale* (ODDRS; Greene m. fl., 2004). *Social Competance Sale* (SCS; Conduct Problem Prevention Research Group, 1995) ble brukt for å måle barns prososiale ferdigheter og kommunikasjons-ferdigheter, samt emosjonsregulering. Her bes foreldrene om å respondere på 12 utsagn ved hjelp av en 5 -poengs Likertskala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (veldig bra). Som mål på foreldrestress ble *Parenting Stress Index – Short Form* (PSI-SF; Abidin, 1995) brukt. Endelig ble det gjennomført en anonym brukerundersøkelse hvor deltakerne ble bedt om å vurdere kursets innhold og format ved hjelp av en 5-poengs Likertskala.

Analysar: Både mødrene og fedrene besvarte spørreskjemaene, og svarene ble analysert separat. Endringer i skårer over tid ble testet gjennom en serie av ANOVAs. Analyser ble foretatt for å kunne avgjøre på hvilke tidspunkter(er) signifikante endringer oppstod (Bonferroni-adjusted pairwise comparisons). Ettersom ingen endringer oppstod mellom baseline og pre-intervensjon, eller mellom post-intervensjon og follow-up, ble lineær kontrast analyse benyttet for å undersøke om gjennomsnittet av skårene ved baseline/ pre-intervensjon var signifikant forskjellig fra gjennomsnittet av skårene ved post-intervensjon/ follow-up. Det ble kun presentert utregninger av effektstørrelser på ECBI i artikkelen.

Resultater: Når det var mor som rapporterte viste resultatene signifikant bedring over tid på både *ECBI* Intensitetskalaen ($F(3, 30) = 9.56, p < .001$) og Problemskalaen ($F(3, 30) = 7.07,$

$p = .001$). Resultatene viste også at signifikante endringer ikke oppstod mellom baseline (to måneder før intervensjon) og pre-intervensjon, hvilket indikerer at endringene ikke skyldtes tid (modning), men selve intervensjonen. Gjennomsnittet for skårene ved baseline og pre-intervensjon, var signifikant høyere enn gjennomsnittet for skårene ved post-intervensjon og follow-up (Intensitetskalaen: $F(1,30) = 25.65$, $p < .001$, $d = 0.91$; Problemskalaen: $F(1,30) = 14.63$, $p < .001$, $d = 1.06$).

Tilsvarende funn ble gjort når fedrene rapporterte. Frekvensen av utfordrende atferd (scorer på ECBI Intensitetskalaen) endret seg signifikant over tid ($F(3,20) = 6.75$, $p = .003$) og det gjorde også i hvilken grad atferden representerer et problem (scorer på Problemskalaen, $F(3, 18) = 16.82$, $p < .001$). Analysene viste at signifikante endringer oppstod som forventet, det vil si etter behandlingen. Gjennomsnittet av skårene før behandlingen var signifikant høyere enn skårene etter behandlingsslutt (Intensitetskalaen ($F(1,20) = 19.55$, $p < .001$, $d = 1.12$; Problemskalaen: $F(1, 18) = 49.79$, $p < .001$, $d = 1.12$). Samtlige effektstørrelser (basert på både mødrenes og fedrenes rapporteringer) ble funnet å være høye ($d > 80$).

Videre viste resultatene at *CGI-Severity* (alvorlighets)-skårene ble signifikant redusert over tid, basert på både mødrenes og fedrenes rapportering. Når mor rapporterte, viste resultatene signifikante forbedringer ved behandlingsslutt på måleinstrumentet *ODDRS*. Resultater fra fedrene viste ikke signifikant reduksjon. På måleinstrumentet *SCS* rapporterte både mødre og fedre om signifikante forbedringer på emosjonsregulerings-skalaen, men ikke på prososial/kommunikasjon-skalaen. Når det gjaldt opplevelsen av stress knyttet til foreldrerollen (*PSI-SF*), rapporterte mødrene om en signifikant stressreduksjon etter behandlingsslutt ($p < .01$). Fedrene fikk imidlertid ikke signifikant reduksjon i stress.

Resultatene av brukerundersøkelsen viste at 95 % av foreldrene følte seg godt forberedt på å ta i bruk CPS-modellen etter kurset. I tillegg viste evalueringen gjennomgående høy tilfredshet med kursets innhold og format. Foreldrene informerte om at de hadde fått større forståelse og respekt for barnas vansker, samt at de satte pris på å bli kjent med andre foreldre som hadde barn med tilsvarende vansker. God deltakelse og godt oppmøte på gruppebehandlingen, i tillegg til at de fleste gjennomførte behandlingen (lite bortfall av deltakere) indikerte også at behandlingen engasjerte foreldrene.

Sammenfattet konkluderer studien med at CPS i gruppeformat synes effektiv i å redusere barns atferdsvansker. I tillegg synes behandlingen å kunne bidra til å bedre barnas emosjonsregulering, og til å redusere mødrenes opplevelse av stress. Brukerundersøkelsen indikerer at CPS lar seg tilpasse og gjennomføres i et gruppeformat.

Vesentlige styrker/svakheter: Denne effektstudien har vesentlige metodiske svakheter knyttet til både et lite utvalg og mangel på kontrollgruppe. Mangel på kontrollgruppe gjør at man ikke kan utelukke hvilke endringer som skyldes tiltaket og hvilke som skyldes andre forhold (jf. kapittel 4 og indre validitet). En styrke ved studien er imidlertid at den benyttet seg av flere måletidspunkter, som til en viss grad vil kunne redusere trusselen om at endringene i barnas atferd skyldtes modning (tid) og ikke intervensjonen. Ettersom studien ikke fant endringer i barnas prososiale/ kommunikative ferdigheter, anbefaler forskergruppen at fremtidige studier tar i bruk et mer sensitivt kartleggingsinstrument enn SCS for å fange opp endringer i ferdigheter. De anbefaler også en lengre oppfølgingsperiode enn to måneder ettersom det trolig vil ta lenger tid å utvikle nye ferdigheter. I tillegg bør videre forskning undersøke om CPS i gruppeformat har ulik effekt på mødrenes og fedrenes opplevelse av stress knyttet til foreldrerollen. Forfatterne understreker behovet for flere studier som inkluderer et større utvalg (når utvalget er lite skal det en stor endring til for at den skal bli signifikant). Tross metodiske svakheter, konkluderer forskergruppen med at pilotstudien gir en god foreløpig indikasjon på effekten av CPS i gruppeformat.

5.1.3 Johnson m.fl. (2012) – en svensk studie

Den tredje studien av CPS i en poliklinisk setting, ble utført i Skaraborg i Sverige (Johnson, Östlund, Fransson, Landgren, Nasic, Kadesjö, Gillberg & Fernell, 2012). Målet med studien var å undersøke effekten av CPS i behandlingen av barn og unge med ODD og ADHD.

Design: Studien ble gjennomført i et kvasi-eksperimentelt *pretest-posttest design*. Data ble innhentet før behandling (baseline), 1-2 måneder etter behandlingsslutt (post-intervensjon), og 6 måneder etter post-intervensjon (follow-up).

Deltakere: Studien inkluderer 17 deltakende familier. Aldersspennet på barna var 7 -13 år (12 av barna var gutter). Familiene ble rekruttert via skolehelsetjenesten, hvor skolenes helsesøstre informerte familiene om studien. Alle barna viste betydelige atferdsvansker på skolen, og ved inntaket møtte samtlige kriteriene for både ODD og ADHD. I tillegg hadde ett av barna Asperger syndrom. Barn med autisme eller en IQ-skåre under 80 ble ekskludert fra studien. Det samme gjorde barn som nylig hadde startet på medisiner (< 6 måneder). Før behandlingen startet var det kun ett barn som benyttet medikamenter for ADHD (doseringen ble holdt konstant under hele studien). Etter behandlingsslutt ble 8 barn satt på medisiner for ADHD-symptomer. Følgelig gikk 9 barn på medikamenter ved follow-up. Samtlige familier fullførte behandlingen. Barnet med Asperger syndrom deltok imidlertid ikke ved seks måneders oppfølgingen, da familien mente at tiltaket ikke hadde tilstrekkelig effekt.

Intervensjon: To terapeuter (en klinisk psykolog og en klinisk pedagog) med lang erfaring innen nevropsykiatri og utviklingsforstyrrelser utførte behandlingen. Begge hadde mottatt opplæring og sertifisering i CPS-modellen av tiltakseier (Greene). Hver familie møtte en terapeut én gang i uken, 1.5 time, i en periode på 6 -10 uker. Antall timer var tilpasset den enkelte familiens behov. Noen familier følte seg klar til å ta i bruk CPS- modellen etter 6 uker, mens andre familier trengte å møte terapeuten i 10 uker.

Måleinstrumenter: Hovedutfallene for studien var symptomer for ODD og ADHD (hyperaktivitet/impulsivitet og uoppmerksomhet) målt med foreldrerapporteringsversjonen av spørreskjemaet *SNAP-IV* (Swanson, 1992). Denne består av 90 testledd fordelt på åtte skalaer. Foreldrene bes om å ta stilling til frekvensen av symptomer eller atferd fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (svært mye). Instrumentet antas å ha tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Bussing, Fernandez, Harwood, Hou, Garvan, Eyberg & Swanson, 2008). Ved hjelp av *Global Impression- Improvement* (CGI-I) (utført av klinkere som ikke deltok i intervensjonen) ble det kartlagt i hvilken grad barna responderte på behandlingen. Sekundærutfall var symptomer målt ved hjelp av *The Conners 10-item scale* (mål på emosjonell labilitet og hyperaktivitet/impulsivitet) (Conners, 1969), samt nivå av stress som en familien kan oppleve knyttet til å ha et barn med vansker, målt ved *The Family Burden of Illness Module* (FBIM, Riley, Lyman, Spiel, Döpfner, Lorenzo, Ralston, 2006).

Analyse: Analyser ble foretatt for å kunne avdekke endringer mellom studiens tre måletidspunkter (Friedsman's test). Når en signifikant endring ble funnet, ble resultatene fulgt opp av parvise sammenligninger (Wilcoxon pairwise comparisons). Ettersom flere av barna startet på medisiner etter behandlingen, var det også ønskelig å sammenlikne reduksjon i symptomskårer mellom de to gruppene (1) ”medisinering etter intervensjon” og (2) ”ingen medisinering” (Mann-Whitney U test). Det oppgis ingen effektstørrelse i studien.

Resultater: For hele gruppen falt gjennomsnittlige *SNAP-IV ODD*- skårer fra $M = 20$ før behandling, til $M = 14$ målt etter behandling, og ytterligere ved seks måneders oppfølgingen $M = 7$. Forbedringene var signifikante for alle tidspunktene (mellom baseline og post-intervensjon: $p = .001$; mellom post-intervensjon og follow-up: $p = .02$; mellom baseline og follow-up: $p = .000$).

For hele gruppen ble også gjennomsnittlige *SNAP-IV ADHD*- totalskårer redusert fra $M = 39$ før behandling, til $M = 35$ ved behandlingsslutt, og ved oppfølging $M = 18$. Også her var forbedringene signifikante for alle tidspunktene. Hele gruppen fikk også en signifikant reduksjon i *The Conners* totalskåre og i *FBIM*-skårer, både ved behandlingsslutt og ved follow-up.

Til tross for at alle barna ved behandlingsslutt viste en signifikant forbedring på *ODD*-skårer og på *The Conners* subskalaen ”emosjonell labilitet” (mål på frustrasjonstoleranse), var det åtte barn som fortsatt viste et stort symptomtrykk knyttet til hyperaktivitet og impulsivitet. Disse barna ble derfor satt på medisiner for ADHD, og ble betegnet som ”medisin-gruppen”. De resterende sju barna fortsatte uten medisiner, og ble omtalt som ”ingen medisin-gruppen”. Først etter medisinering viste barna i ”medisin-gruppen” en tendens mot signifikant ADHD-reduksjon ($p = .06$).

Analyser viste at det var signifikante forskjeller mellom de to gruppene ved behandlingsslutt (før medisinering), hvor ”medisin-gruppen” oppnådde færre forbedringer enn ”ikke-medisin-gruppen” på samtlige utfallsmål ($p < .05$), tross like symptomnivå før behandling. Etter medisineringen, det vil si fra behandlingsslutt til oppfølging seks måneder etter, var det imidlertid ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene med tanke på symptomreduksjon.

Ved hjelp av *Clinical Global Impression –Improvement* (CGI-I) ble 53 % (9/17) av barna vurdert å være mye eller svært mye forbedret ved behandlingsslutt, mens 18 % (3/17) ble vurdert som minimalt forbedret, og 29 % (5/17) vurdert som uten endring. Ved follow-up ble imidlertid hele 81 % (13/17) av barna vurdert å være mye eller svært mye forbedret, mens kun tre barn ble vurdert å være uten endring.

Oppsummert konkluderer forskergruppen med at CPS synes å føre til en reduksjon av ODD-symptomer og ADHD-symptomer, men at en undergruppe barn i tillegg vil kunne trenge medisinsk behandling for ADHD (hyperaktivitet/impulsivitet). Videre tyder resultatene på at CPS kan bidra til å redusere foreldrenes opplevelse av stress.

Vesentlige styrker/svakheter: Forskergruppen peker selv på vesentlige begrensninger ved studien, hovedsakelig et lite utvalg (17 barn) og mangel på kontrollgruppe (jf. kapittel 4 og indre validitet). I artikkelen drøfter forfatterne hvorfor en undergruppe av barn ikke responderte like bra på CPS-behandlingen. Det spekuleres i at foreldrefaktorer, som i hvilken grad foreldrene klarte å tilegne seg tankesettet og ta i bruk handlingsplanen til CPS, kan ha hatt en betydning for utfallet. Forskergruppen anbefaler at fremtidige studier ser på mulige modererende faktorer ("for hvem virker behandlingen"). Tross betydelige metodiske svakheter konkluderer forskerne med at studien viser oppmuntrende funn, som støtter opp under at CPS er et effektivt tiltak i behandling av atferdsvansker hos barn og unge.

5.1.4 Ollendick m.fl. (2016) – en RCT

Denne studien (Ollendick, Greene, Austin, Fraire, Halldorsdottir, Allen, Jarrett, Lewis, Whitmore Smith, Cunningham, Noguchi, Canavera & Wolff, 2016) bygger på den tidligere pilotstudien utført av Greene og medarbeidere i 2004. Hensikten med studien var å undersøke effekten av CPS i behandling av atferdsvansker, ved å sammenlikne den med en gruppe som mottok PMT- behandling, samt en venteliste-kontrollgruppe (WLC).

Design: Studien benyttet et RCT-design, hvor deltakerne ble tilfeldig fordelt til tre grupper: én gruppe fikk behandling med CPS (n= 60), én gruppe fikk behandling med PMT (n = 63), og én gruppe mottok ikke noen form for behandling (WLC; n = 11).

Deltakere: 134 amerikanske barn og unge (fra Virginia, USA) i alderen 7- 14 år (61 % gutter, 83 % hvite), og deres familier, deltok i studien. Samtlige barn hadde diagnosen ODD. I tillegg hadde 99% av barna minst én komorbid vanske. De hyppigste komorbide lidelsene var ADHD og AD (AD ble definert som en generell angstlidelse). Flere av barna benyttet seg av medisiner, men doseringen ble holdt stabil under hele studien. Deltakerne var rekruttert fra allmennpraktikere, skolehelsetjenesten eller gjennom annonsering i lokale aviser og tv-programmer. Hver familie mottok 50 \$ for hver kartlegging (det vil si før behandlingen, ved behandlingsslutt og ved 6-måneders oppfølgingen). Tilsammen kunne hver familie motta 150\$.

Seks uker inn i behandlingsperioden, ble barna i WLC- gruppen tilfeldig fordelt på de to behandlingsgruppene, ettersom barnas helsetilstand ble ytterligere forverret og foreldrene etterspurte behandling. Av de opprinnelige 134 deltakerne var det 106 familier som fullførte behandlingen, hvilket innebar et frafall på 15 deltakere i CPS-gruppen og 13 deltakere i PMT-gruppen. Av disse var igjen 89 deltakere tilgjengelig ved post-intervensjon (CPS = 43 deltakere; PMT = 46 deltakere), mens bare 57 av deltakerne var tilgjengelige ved seks måneders oppfølgingen (CPS = 27 deltakere; PMT= 28 deltakere,). Deltakerne som falt fra studien, skilte seg fra dem som fullførte ved at foreldrene hadde mindre utdanning, lavere inntekt og at flere av dem var aleneforeldre.

Intervensjonen: I begge behandlingsgruppene mottok deltakerne 12 ukentlige 75-minutters sesjoner. Barna ble inkludert i hver sesjon. I PMT-gruppen baserte behandlingen seg på en revidert utgave av Barkleys (1997) program, hvor de seks terapeutene var under ukentlig veiledning av Dr. Ollendick. Tilsvarende fikk de åtte terapeutene i CPS-gruppen ukentlig veiledning av Dr. Greene. Videoopptak og sjekklister (Treatment adherence, Greene m.fl., 2004) sikret programlojalitet, samt at de to behandlingene ikke overlappet hverandre i innhold.

Måleinstrumenter: Studien benyttet en rekke ulike måleinstrumenter, og utredningen ble foretatt av klinkere og doktorgradsstudenter i psykologi som var blindet for studiebetingelsene. *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, Child and Parent versions* (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1996) er et semistrukturert diagnostisk intervju som ble brukt for å kartlegge barnets vansker. Instrumentet regnes å ha tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Anderson & Ollendick, 2012). Med utgangspunkt i skårene fra ADIS-C/P ble det foretatt *Clinical Severity Ratings* (CSR). En CRS på 4 og oppover (på en skala fra 0-8) indikerer en diagnose. *Clinical Global Impression-Severity* (CGI-S) ble også brukt for å kartlegge barnets vansker, samt *Clinical Global Impression -Improvement* (CGI-I) for å kartlegge hvordan barnet responderte på behandlingen (Guy, 1976).

Videre ble det benyttet foreldrerapporteringsversjonen av *Disruptive Behavior Disorders Rating Scale* (DBDRS; Barkley, 1997; Pelham, Gnagy, Greenslade & Milich, 1992) for å kartlegge symptomene for ODD, CD og ADHD. Her bes foreldrene om å ta stilling til 45 utsagn ved hjelp av en 4-poengs skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (svært mye).

Instrumentet vurderes å ha gode psykometriske egenskaper (Pelham m.fl., 1992).

Foreldrerapporteringsversjonen av *Behavior Assessment System for Children-Second Edition* (BASC; Reynolds & Kamphaus, 1992) ble også brukt. Denne består av 139 ledd og belyser barnets atferd på en 4-poengs Likertskala (aldri, noen ganger, ofte, alltid). Også dette instrumentet vurderes å ha tilstrekkelig validitet og reliabilitet (Kamphaus & Frick, 2005). I tillegg ble *Parent Consumer Satisfaction Questionnaire* benyttet for å kartlegge hvor tilfreds foreldrene var med behandlingen de mottok, fra 0 (svært misfornøyd) til 6 (svært fornøyd), samt hvordan de opplevde at barnet responderte på behandlingen, fra 0 (betydelige verre) til 6 (svært forbedret).

Analysar: Analyser viste at det ikke var forskjeller mellom gruppene med hensyn til alder og etnisitet, eller på noen av utfallsvariablene, før behandlingsstart. Analyser knyttet til frafall av deltakere, viste at deltakerne som falt fra studien skilte seg fra dem som fullførte ved at foreldrene hadde mindre utdanning, lavere inntekt, og at flere av dem var aleneforeldre (systematisk frafall). Det var imidlertid ingen signifikant forskjell vedrørende frafall i de to behandlingsgruppene. For å håndtere frafallet ble det benyttet "Intention to treat" analyser (ITT). For å undersøke gruppeforskjeller (CPS, PMT, WLC) ble tradisjonell nullhypotese signifikanstesting brukt. Cohen's *d* ble brukt for å estimere effektstørrelser.

Resultater: Ved behandlingsslutt fikk barna i CPS og PMT en signifikant større reduksjon i *ODD CSR*-skårer (ADIS-CRS), sammenliknet med WLC ($p < .001$). Ved behandlingsslutt var gjennomsnittskåren i CPS-gruppen $M = 3.64$, i PMT gruppen $M = 3.69$, mens den i WLC-gruppen var $M = 6.07$. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to behandlingsgruppene ($p = .89$). Innen-gruppe effektstørrelsen fra før behandling til etter behandling var $d = 1.13$ for CPS, og $d = 1.06$ for PMT. Resultatene vedvarte ved 6 måneders oppfølgingen for begge gruppene.

Tilsvarende hadde deltakerne i både CPS og PMT en signifikant større reduksjon i *CGI-S*-skårer, sammenliknet med WLC ($p < .001$). Ved behandlingsslutt var gjennomsnittskåren i CPS-gruppen $M = 3.35$, og i PMT-gruppen $M = 3.40$, mens den i WLC var $M = 4.67$. Det var ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene ($p = .83$). Innen-gruppe effektstørrelsen fra før behandling til behandlingsslutt, var $d = .63$ for CPS, og $d = .74$ for PMT. Resultatene vedvarte ved follow-up.

På *DBDRS* viste begge behandlingsgruppene en signifikant reduksjon i skårer, sammenliknet med barna på ventelisten, men det var ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene. Innen-gruppe effektstørrelsen for CPS var $d = .72$, og for PMT $d = .87$. Også *BASC* –skårene ble signifikant redusert i begge behandlingsgruppene, sammenliknet med ventelisten, men ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene. Her var innen-gruppe effektstørrelsen for CPS $d = .75$, og for PMT $d = 1.11$. Resultatene for både *DBDRS* og *BASC* holdt seg ved follow-up.

Tilleggsanalyser viste at AD (generell angstlidelse) og lavere alder predikerte bedre utfall i begge behandlingsgruppene. ADHD predikerte ikke utfall.

Omtrent 50 % av barna i både CPS-gruppen og PMT-gruppen ble vurdert å være diagnosefrie etter behandlingen. I kontrast ble ingen av barna i WLC bedre i løpet av ventetiden (6 uker). På samtlige måleinstrumenter viste resultatene ved 6 måneders oppfølgingen at effekten av begge intervensjonene vedvarte, og at det ikke var noen forskjell mellom de to behandlingsgruppene.

På brukerundersøkelsen var det heller ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene. Deltakere i begge gruppene rapporterte at de var fornøyd med behandlingen de mottok, og vurderte behandlingen som effektiv.

Oppsummert viste resultatene at begge behandlingstiltakene, både CPS og PMT, førte til en sterk nedgang i ODD-symptomer (store effektstørrelser, $d > .80$). Det var ingen signifikante forskjeller mellom behandlingsgruppene. Effektene varte frem til 6 måneders oppfølging.

Vesentlige styrker/svakheter: Studiens styrker er valg av design (RCT), samt at CPS blir sammenlignet med det per i dag mest robuste behandlingstiltaket, PMT. Det blir benyttet flere måleinstrumenter med gode psykometriske egenskaper. Mål på programlojalitet styrker også påliteligheten til studien. En begrensning ved studien er et relativt beskjedent utvalg, hvor spesielt WLC inneholdt svært få deltaker (n = 11). Denne ble også avbrutt halvveis inn i intervensjonen, da flere av barna fikk en forverret tilstand og det ble vurdert som etisk riktig å tilby behandling også til denne gruppen (det kan imidlertid være verdt å merke seg at ingen av familiene i WLC skilte seg fra de øvrige familiene på noen av utfallsvariablene ved oppstart). En annen vesentlig svakhet er et betydelig bortfall av deltakere i studien, hvor deltakerne som droppet ut systematisk skilte seg fra deltakerne som fullførte (lave inntekt og utdanningsnivå, og flere enslige foreldre). Frafall ble imidlertid håndtert ved hjelp av ITT-analyser. En tredje svakhet er studiens relative homogene utvalg (hvite middelklasse familier) hvilket truer studiens generaliserbarhet.

Forskergruppen konkluderer med at CPS synes å være et effektivt tiltak i behandlingen av barn og unge med atferdsvansker, men at det trengs mer forskning for å forstå hvordan modellen virker og hvem den virker best for. Når det gjelder en sammenlikning mellom CPS og PMT, skriver forskergruppen at det er store sannsynligheter for at moderatorer eksisterer, ettersom de to modellene er grunnleggende ulike. Det postuleres at mulige moderatorer blant annet kan være familiens preferanser og oppdragelsesstiler.

5.2 Pågående studier

Flere forskningsstudier av CPS pågår og en rekke resultatartikler er for tiden under utskriving. På den anerkjente, internasjonale konferansen, *8th World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies (WCBCT)*, ble det 22-25 juni 2016 (denne gangen arrangert i Melbourne, Australia) informert om flere av de pågående studiene, hvor foreløpige resultater ble presentert. To av disse studiene omhandler CPS i en poliklinisk setting, og baserer seg på det samme utvalget av australske familier. Begge studiene forventes å være ferdige i slutten av 2017.

Informasjon om studiene er tilgjengelig på nettsiden til Lives in the Balance (i form av en powerpoint presentasjon med tittelen “*Advances in Conceptualisation and Treatment of Youth with Oppositional Defiant Disorder: A Comparison of Two Major Therapeutic Models*”, 2016). Studiene er også omtalt i årsrapporten (2016) til University of Technology i Sydney (Health Psychology Unit, Faculty of Science, University of Technology Sydney, Annual Report 2016). Basert på tilgjengelig informasjonen, foretas en kortfattet presentasjon på studiene.

5.2.1 Murrihy m.fl. (2016) – en pågående RCT-studie

Den ene studien (Murrihy, Wallace, Ollendick, Greene, McAloon, Gill, Remond, Ellis & Drysdale, 2016) er en replikasjonsstudie av RCT-studien til Ollendick og medarbeider (2016), hvor CPS blir sammenlignet med PMT og en venteliste-kontroll gruppe (WLC).

Deltakerne i studien er barn i alderen 4-17 år og deres familier. Målet er å få totalt 120 familier til å delta i eksperimentet. Foreløpige analyser og resultater fra 31 familier ble presentert på konferansen i Melbourne (N = 31; 80.6% gutter). Samtlige barn og unge i studien har diagnosen ODD, og flere har komorbide lidelser (94% har minst én komorbid lidelse, 81 % har tre eller flere lidelser). Eksklusjonskriterier er ASF (Autismespekter forstyrrelser), psykisk utviklingshemming, psykose, narkotika- eller alkoholmisbruk, og fare for selvmord.

Familiene randomiseres til to aktive behandlingsgrupper, CPS (N= 14) og PMT (N = 17). Kartlegging foretas før behandling, etter behandlingsslutt og seks måneder etter behandlingsslutt. Utfallet av behandlingen måles ved hjelp av *ADIS Clinician Severity Ratings* (ADIS-CRS), *Disruptive Behavior Disorder Ratings Scale* (DBDRS) og *Clinical Global Impression Scale (Severity and Improvement)* (CGI-S og CGI-I). De foreløpige dataene indikerer at deltakerne i begge behandlingsgruppene opplevde signifikant reduksjon i symptomer etter avsluttet behandling (samtlige barn ble vurdert å være diagnosefrie ved behandlingsslutt), men at det ikke var signifikante forskjeller mellom gruppene (ekvivalente resultater). Resultatene vedvarte ved seks måneders oppfølgingen. På konferansen understreker imidlertid forskergruppen at dette bare er foreløpige data (basert på et meget lite utvalg), og at resultatene derfor må tolkes med forsiktighet.

I årsrapporten til University of Technology Sydney (Health Psychology Unit, Faculty of Science, University of Technology Sydney, Annual Report 2016) får leseren en kortfattet oppdatering av resultatene midtveis i studien (s.11):

“At the end of 2016 we had reached the mid-way of the program (..) What are the half-time results? On average, children in both groups improved significantly by the completion of treatment. Parent Management Training gains were maintained at the 6-month follow-up assessment. Interestingly, families receiving Collaborative and Proactive Solutions did more than maintain their gains at follow-up, families actually improved further”.

5.2.2 Dedousis-Wallace m.fl (2016) – moderatorer og mediatorer

Basert på det samme utvalget australske familier, pågår det også en studie som søker å identifisere moderatorer og mediatorer (Dedousis-Wallace, Murrihy, Ollendick, Greene, McAloon, Gill, Remond, Ellis & Drysdale, 2016). Rasjonalet bak studien er som følger: Forskning viser at PMT ikke virker tilfredsstillende for 30-50 % av barn og unge med atferdsvansker. Det er derfor sterkt ønskelig å finne et alternativ til PMT. Nyere forskning tyder på at CPS kan være et alternativ til PMT (ettersom RCT-studier viser ekvivalente resultater etter CPS-behandling og PMT-behandling). Gjennom forskning på PMT har vi i dag noe kunnskap om modellens moderatorer og mediatorer, men det er fortsatt uvisst hva som er moderatorer og mediatorer i CPS (som nevnt i kap 4 er moderatorer variabler som

måles i forkant av behandlingen og som bidrar til å predikere utfallet av behandlingen, mens mediatorer er variabler som forklarer hvordan og hvorfor behandlingen virker). Viktige forskningsspørsmål er derfor: Hvilke familier og barn virker CPS best for (eller omvendt, hvilke familier virker PMT best for)? Er det mulig å identifisere en subgruppe hvor CPS er mer effektiv enn PMT, ettersom 30-50 % av barn og unge med atferdsvansker ikke har effekt av PMT? Hvordan kan familier og barn "matches" til det behandlingsprogrammet som med størst sannsynlighet passer dem best? Og hvordan virker egentlig CPS-behandlingen?

På konferansen ble det informert om at barnas alder er blant en rekke *moderatorer* som undersøkes i studien. Ettersom forskning har vist at eldre barn og ungdommer har mindre effekt av PMT-behandling, ønsker studien å undersøke om CPS være et bedre alternativ for eldre barn. Spørsmålet blir følgelig om alder predikerer effekten av CPS-behandling og PMT-behandling?

Videre ønsker studien å undersøke om en såkalt "*ettergivende*" (på engelsk, "permissiv") oppdragelsesstil (Baumrind, 1966) predikerer utfallet av CPS-behandling og PMT-behandling. En ettergivende oppdragelsesstil regnes å være én av fire hovedtyper oppdragelsesstiler, hvor de tre andre er autoritær, autorativ (myndig) og neglisjerende (Maccoby & Martin, 1983). De fire oppdragelsesstilene defineres ut i fra graden av to grunnleggende faktorer, (1) *nærhet/varme* (på engelsk, "responsivness") og (2) *kontroll/krav* (på engelsk, "demandingness"). Varme innebærer mye kjærlighet og hengivelse – hvilket gjør at barnet opplever seg ønsket og elsket av sine foreldre. Kontroll innebærer grensesetting og tilsyn. En ettergivende oppdragelsesstil kjennetegnes av mye nærhet, varme og bekræftelse, men lite kontroll og tilsyn. Foreldre med en slik oppdragelsesstil krever lite av barnet og ønsker å unngå konfrontasjoner. Dermed er de er ettergivne i forhold til regler og lite konsekvente i grensesettingen. De rådfører seg med barnet om viktige beslutninger, og lar barnets argumenter veie tungt i avgjørelser som tas. De anser seg selv som er ressurs for barnet, mer enn en autoritetsfigur. "Frie tøylere" eller såkalt "fri barneoppdragelse" er den ettergivende oppdragelsesstilen i sin mest uttalte form. Til sammenlikning innebærer en autoritær oppdragelsesstil lite nærhet/varme og sterk kontroll (foreldrene er lite bekræftende og støttende overfor sine barn, men har mye kontroll/tilsyn), autorativ oppdragelsesstil kjennetegnes av nærhet/varme og fast kontroll (foreldrene er bekræftende og varme, samtidig som de myndige og konsekvente), mens neglisjerende oppdragelsesstil kjennetegnes av lite

nærhet/varme og svak kontroll (foreldrene mangler tilsyn som følge av liten interesse og bekymring for sine barn).

En hypotese i studien er at en *ettergivende* oppdragelsesstil vil predikere et dårligere behandlingsutfall av PMT, ettersom PMT råder foreldrene til å være mindre ettergivne og mer autoritative. Motsatt antas det at en ettergivende oppdragelsesstil vil predikere et bedre behandlingsutfall av CPS, ettersom CPS tillater foreldre å være ettergivne i den forstand at de rådes til å tilpasse (reduere) forventningene til barnet, ikke ha fokus på atferd og konsekvenser, men heller løse problemene i fellesskap. Med andre ord antas det at det vil være lettere for foreldre med en ettergivende oppdragelsesstil å følge CPS-modellen, enn å følge PMT-modellen. I studien kartlegges foreldrenes oppdragelsesstil ved hjelp av måleinstrumentet *Parental Authority Questionnaire –R* (PAQ-R). Her bes foreldrene ta stilling til 30 utsagn ved hjelp av en 5-punktskala fra 1 (sterkt uenig) til 5 (sterkt enig). Eksempler på utsagn er ”*I et velfungerende hjem bør barna få viljen sin like ofte som foreldrene får viljen sin*” og ”*Barna mine trenger ikke å føye seg etter regler bare fordi voksne med autoritet har laget dem*” (Buri, 2010).

På konferansen (WCBCT, 22 -23 juni 2016) informerer forskergruppen om at det er vanskelig å identifisere moderatorer basert på et foreløpig svært lite utvalg (N = 31). Det blir ikke informert om resultater knyttet til moderatorvariabelen ”alder”. Vedrørende moderatorvariabelen ”ettergivende oppdragelsesstil” informeres om at resultatene så langt i studien ikke støtter opp under hypotesen om at en ettergivende oppdragelsesstil predikerer utfallet av de to behandlingsformene.

Blant *mediatorer* som undersøkes er ”*mangelfulle ferdigheter*” (på engelsk, ”*lagging skills*”). I teorien virker CPS-modellen ved at den utvikler og forbedrer de ferdighetene som barnet mangler (og som er årsaken til barnets vansker) gjennom å benytte Plan B over tid, og som en følge av dette reduseres atferdsvanskene. En hypotese i studien er derfor at mangelfulle ferdigheter medierer endringer i atferd (ODD) for CPS, men ikke nødvendigvis for PMT. Forskergruppen informerer kort om at det er utviklet et kartleggingsinstrument som tar direkte utgangspunkt i ALSUP (Assessment of lagging skills, Greene m. fl., 2004), og som benyttes for å kartlegge mangelfulle ferdigheter i studien. Eksempler på utsagn som foreldrene bes ta stilling til er hvorvidt barnet har ”*vansker med å uttrykke bekymringer*,

behov eller tanker med ord”, ”vansker med å empatisere med andre, ta den andres perspektiv eller synspunkter”, og ”vansker med å vurdere en rekke ulike løsninger på et problem”.

I følge forskergruppen indikerer foreløpige resultater at mangelfulle ferdigheter forbedrer seg etter CPS-behandling, men ikke etter PMT-behandling. Med andre ord tyder resultatene på at utviklingen av ”mangelfulle ferdigheter” kan være en virkningsmekanisme i CPS, men ikke i PMT. Forskergruppen minner imidlertid nok en gang om at foreløpige resultater baserer seg på et lite utvalg (N= 31), og at alle funn må tolkes med varsomhet.

5.3 Kort oppsummering: Hva sier resultatene?

Samtlige av de *publiserte* studiene indikerer at CPS-behandling i en poliklinisk setting fører til en reduksjon av barn og unges opposisjonelle atferd. I tillegg synes CPS å føre til en reduksjon av foreldrenes opplevelse av stress, samt til forbedringer i foreldre-barn relasjonen (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010; Greene m.fl., 2004; Johnson m.fl., 2012). Forbedringer i barns sosiale ferdigheter er dokumentert i en studie (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010). Effektstørrelsene fra før behandling til etter behandlingsslutt er i hovedsak store, hvilket indikerer en betydelig reduksjon av symptomer. Videre synes CPS-behandling og PMT-behandling å gi jevn gode resultater, og effektene later til å vedvare seks måneder etter behandlingsslutt (Greene, m.fl., 2004; Ollendick m.fl., 2016). Brukerundersøkelser tyder på at foreldre er tilfredse med CPS-behandlingen (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010; Ollendick m.fl., 2016), samt at behandlingen lar seg gjennomføre i gruppeformat (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010). I tillegg synes foreløpige resultater fra pågående RCT-studie (Murrihy m.fl., 2016) å støtte opp under at CPS er like effektiv som PMT i behandling av atferdsvansker hos barn og unge.

5.4 Evidensnivå

5.4.1 En vurdering av kvaliteten på det totale forskingsarbeidet

Vurderinger av evidensnivå baserer seg på *summen* av forskning som foreligger om det enkelte tiltak. Sagt med andre ord blir evidens vurdert ut i fra *kvaliteten på det totale forskningsarbeidet*. Som nevnt innledningsvis er det derfor viktig at en gjennomgang av aktuelle studier synliggjør forskjeller i kvalitet - inkludert valg av design, informasjon om deltakere, gjennomføringen av tiltaket, instrumenter som er benyttet og analysemetoder som er tatt i bruk. Det er også forskjell på om et tiltak har blitt vurdert i én studie eller i flere studier. Dersom flere studier har funn som peker i samme retning vil dette bidra til å styrke konklusjonene (Martinussen m.fl., 2016).

I denne gjennomgangen inngår totalt fire publiserte effektstudier. To av disse benytter et RCT-design: en pilotstudie (Greene m.fl., 2004) og en større studie (Ollendick m.fl., 2016). Som nevnt i kapittel 4, er RCT det foretrukne designet i effektstudier, og det kreves minst to RCT for å oppnå status om evidensbasert. Ideelt bør en av disse være utført av uavhengige forskere, som oppnår de samme effektene som forskning utført av tiltakseier. I begge de presenterte eksperimentene er imidlertid tiltakseier direkte eller indirekte involvert. Et annet kriterium for å oppnå høyeste grad av evidens er at tiltaket er testet i naturlige settinger hvor det allerede er i bruk. Det er først gjennom effektivitetsstudier at man får en pekepinn på hvor godt tiltaket faktisk fungerer. Ettersom CPS er et relativt nytt tiltak, foreligger det per i dag ingen effektivitetsstudier.

Et tredje krav er at eksperimentene skal vise effekt i form av bedre resultater enn annen behandling, eller ekvivalens i forhold til etablert, evidensbasert behandling. Som sett i foregående kapittel, har kontrollgruppens behandlingstilbud stor betydning for hvilken effekt studien avdekker. En styrke ved de presenterte eksperimentene er at kontrollgruppen mottar PMT-behandling, som per i dag er det tiltaket som har vist best effekt i behandling av atferdsvansker. Jevngode resultater etter behandling med CPS og PMT er følgelig viktige funn.

Denne gjennomgangen inneholder også to kvasi-eksperimentelle pre-post studier uten kontrollgruppe (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010; Johnson m.fl., 2012). I begge disse undersøkes aktuelle utfallsmål før og etter CPS-behandlingen, og begge rapporterer om en signifikant reduksjon av opposisjonell og utagerende atferd. Et innen-gruppe design er imidlertid den svakeste formen for effektstudier. Som nevnt tidligere vil det ved bruk av et slikt design være vanskelig å avgjøre hvorvidt endringene skyldes CPS-behandlingen, eller om endringene ville funnet sted også uten at deltakerne fikk behandlingen. Funnene bør derfor tolkes med stor forsiktighet. Likevel utgjør de et nyttig supplement til RCT- studiene. Positivt med begge innen-gruppe studiene er at de er utført av andre forskere enn tiltakseier.

Samtlige studier, både de randomiserte kontrollerte og innen-gruppe-studiene, benytter seg av indeksen *Cohens' d* når effektstørrelser beregnes, og alle rapporterer om store effekter fra før behandling til etter behandling ($d > .80$). Oppfølgingsdata henholdsvis to måneder (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010), fire måneder (Greene m.fl., 2004) og seks måneder (Johnson m.fl., 2012; Ollendick m.fl., 2016) etter avsluttet behandling, gir en indikasjon på at effektene vedvarer. Dette regnes imidlertid som relativt korte oppfølgingsperioder. For å oppnå høyeste nivå av evidens, bør man kunne viste til positive resultater fra minst en langtids oppfølgingsstudie (> 6 mnd).

Vedrørende deltakere inkluderer studiene barn og unge i noe varierende aldersspenn (Greene m.fl., 2004: deltakere 4-12 år, Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010: deltakere 6-12 år; Johnson m.fl., 2012: deltakere 7-13 år; Ollendick m.fl., 2016: deltakere 7-14 år). Ingen av deltakerne er imidlertid yngre enn 4 år, og ingen av deltakerne eldre enn 14 år. Studiene informerer om tilsvarende inklusjons- og eksklusjonskriterier. I samtlige studier tilfredsstiller deltakerne kriteriene for ODD, hvilket innebærer at de befinner seg på et indikert nivå (jf. kapittel 2). Det opplyses om høy grad av komorbiditet i alle studiene, noe som styrker generaliseringsverdien, ettersom ODD sjeldent opptrer alene. Det er noe overvekt av gutter i samtlige studier (spesielt gjelder dette studien til Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010, hvor 83 % er gutter), hvilket kan skaper noe tvil om studienes generaliserbarhet (spesielt når utvalget er svært lite i utgangspunktet). Samtidig kan denne forskjellen forklares ut fra at det er en høyere forekomst av gutter sammenlignet med jenter som diagnostiseres med atferdsvansker.

Flere av studiene baserer seg på et beskjedent utvalg, og særlig pilotstudiene inneholder få deltakere. Dette er imidlertid ikke uvanlig de første gangene et tiltak evalueres, men det medfører noe usikkerhet knyttet til hvorvidt det er reelle effekter som avdekkes, samt hvorvidt funnene lar seg generalisere (jf. kapittel 4). Hva angår frafall av deltakere i studiene, opplyses det enten om like grupper ved baseline og etter frafall, eller det ble gjennomført justerende analyser for dette (Completers og ITT- analyser).

Alle de gjennomgåtte studiene benytter seg av internasjonalt veldokumenterte og utprøvde måleinstrumenter (med tilfredsstillende validitet og reliabilitet), og det rapporteres om tilfredsstillende blinding. Når det gjelder programlojalitet, har terapeutene i alle de overnevnte studiene gjennomgått en omfattende opplæring i CPS-modellen. Overholdelse ("treatment adherence") til modellen blir evaluert i samtlige studier og rates som svært god. I tillegg kontrolleres det for at CPS-modellen og PMT-modellen ikke overlapper hverandre når det gjelder innhold ("crossover"). Dette innebærer at kjernekomponentene i PMT, deriblant belønning (positive forsterkere), grensesetting, time-out og fratak av privilegier, overhode ikke nevnes i CPS-behandlingen.

I to studier (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010; Ollendick m.fl., 2016) inngår brukerundersøkelser som gir noe kunnskap om foreldrenes tilfredshet og deres subjektive vurdering av CPS-behandlingen. Deltakernes opplevelse av behandlingen er interessant ettersom det trolig vil øke sannsynligheten for å fortsette med å ta i bruk det de lærte i behandlingen.

I tillegg pågår en RCT-studie i Australia (replikasjonsstudie), samt en tilleggsstudie som søker innsikt i moderende og medierende faktorer. Foreløpige funn fra RCT-studien (Murrihy m.fl., 2016) ble presentert på den anerkjente, internasjonale konferansen "*World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*" (WCBCT, 22-23 juni 2016), og synes å støtte opp under resultatene fra de fire gjennomgåtte publiserte effektstudiene.

5.4.2 Konklusjon evidensnivå

Som nevnt innledningsvis vil denne vurderingen av evidensnivå ta direkte utgangspunkt i Ungsinns klassifikasjonssystem (nivå 1 - 5). Selv om Ungsinn har et nasjonalt mandat, baserer de seg på internasjonale kriterier for evidens.

Samlet vurderes studiene i denne gjennomgangen å opprettholde en relativt god metodisk kvalitet ved en sammenlikning opp mot kriteriene i Ungsinn. Dette gir grunn til å anta at effektene som er funnet representerer reelle effekter. Det er imidlertid behov for effektivitetsstudier utført av uavhengige forskere, samt mer kunnskap om hvordan behandlingseffektene endrer seg over tid. Det er også et behov for kunnskap om moderatorer og mediatorer, og samt om implementeringskvaliteten til modellen.

Et evidensbasert tiltak skal være både forsknings- og *teoristøttede*, hvilket innebærer at det teoretiske grunnlaget for CPS også inngår i evidensvurderingen. Som redegjort for i kapittel 3, baserer den teoretiske forankringen seg på flere anerkjente teorier og psykologiske retninger, deriblant transaksjonsteori, systemteori og nevrobiologi. CPS omtales hovedsakelig som en kognitiv-atferdsteoretisk modell, ettersom den har et uttalt fokus på kognitive ferdigheter i forklaringen og behandlingen av atferdsvansker. Modellens *innhold* og *metode* er grundig beskrevet og utdypet i en rekke bøker og artikler, samt illustrert og eksemplifisert i videosekvenser på nettsiden til organisasjonen Lives in the Balance. Målgruppen beskrives som barn og unge i alderen 4- 17 år, med alvorlige atferdsvansker eller som står i fare for å utvikle slike vansker (indikert nivå). Samtidig poengteres det at CPS er en fleksibel modell som kan tilpasses alle aldersgrupper, og at den kan benyttes som et universalforebyggende tiltak. Implementeringsstrategier er i hovedsak knyttet til sertifiseringsprosedyrer. Det stilles imidlertid ingen formelle kvalifikasjonskrav for å delta i sertifiseringsprogrammet, foruten at man i forkant må ha deltatt på et tredagers grunnleggende kurs (modul 1 og 2). Det finnes heller ikke vedlikeholds krav av kompetanse hos utøverne av tiltaket.

Totalt sett vurderes det nåværende kunnskapsgrunnlaget for CPS å overlape med Ungsinns kriterier for evidensnivå 4: ”*Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt*”. Med andre ord synes CPS å kunne klassifiseres som et *evidensbasert tiltak*.

5.5 Forskningsmessige implikasjoner

I følge Ungsinn bør en kunnskapsoppsummering ha som formål å avdekke kunnskapshull og stimulere til mer forskning. Bedre dokumentasjon vil kunne føre til at et tiltak oppnår en høyere klassifisering (Martinussen m.fl., 2016).

Som allerede skissert i foregående avsnitt, avdekker denne litteraturgjennomgangen flere områder hvor det er behov for mer kunnskap: Det er behov for flere RCT-studier utført av uavhengige forskere. Disse bør også undersøke effekten av CPS i vanlig praksis (effektivitetsstudier). Fremtidige studier bør etterstrebe et tilstrekkelig antall deltakere, slik at funnene er statistisk robuste og pålitelige, og kan generaliseres til andre utvalg. I tillegg er det behov for studier som ser på den langvarige effekten av CPS-behandling (> 6 mnd). Videre studier bør også undersøke implementeringskvaliteten, ettersom høy implementeringskvalitet gir betydelig bedre effekter (jf. kapittel 4).

I tillegg til effektstudier er det også ønskelig med studier som ser på både moderatorer og mediatorer. Virker CPS-behandlingen bedre for noen barn/familier enn for andre, og i så fall hvilke forhold i eller rundt barnet/familien er det som påvirker utbytte av behandlingen? Fortsatt gjenstår det å se om moderatorvariabler som for eksempel alder på barnet og foreldrenes oppdragsstil predikerer utfallet av CPS-behandling. Det er også viktig å undersøke hvilke endringer barn/familier opplever etter CPS-behandling, sammenliknet med annen behandling, som PMT. Her vil det være av særlig interesse å undersøke om CPS fører til bedre ferdigheter innenfor de kognitive domeneene som mental fleksibilitet, problemløsning, perspektivtaking og frustrasjonstoleranse – og om dette igjen fører til reduksjon i problematferd (slik modellen hevder), sammenliknet med for eksempel PMT.

Ettersom det per i dag ikke foreligger noen norske studier, er det vanskelig å vite hvor representativ denne kunnskapsoppsummeringen er for norske forhold. De inkluderte studiene er imidlertid gjennomført i USA (Greene m.fl., 2004; Ollendick m.fl., 2016), Canada (Epstein & Saltzman-Benaiah, 2010), Australia (pågående studier av Murrihy m.fl., 2016; Dedousis-Wallace m.fl., 2016) og Sverige (Johnson m.fl., 2012), med flere demografiske likheter og tilsynelatende overførbare betingelser til en norsk kontekst. Det er følgelig ingen grunn til å tro at de påviste sammenhengene mellom CPS-behandling og reduksjon i atferdsvansker hos barn

og unge vil fremstå som avgjørende annerledes i Norge. Likevel er det sterkt ønskelig at behandlingsprogram med utenlandsk opphav testes og vurderes nasjonalt (derav Ungsinns nasjonale mandat). Det anbefales derfor at CPS bør prøves ut systematisk i Norge.

5.6 Kliniske implikasjoner

Barn og unge med atferdsvansker synes å være en svært heterogen gruppe - med et mangfoldig og bredt spekter av atferd. I tillegg peker litteraturen på flere ulike forklaringer på hvorfor vanskene oppstår (jf. kapittel 2). Som referert til tidligere, er det per i dag foreldretreningsprogram (PMT) som gjennom forskning har vist seg å være den mest effektive behandlingsformen, og som følgelig har fått en etablert rolle som anbefalt tiltak. Men selv om foreldretreningsprogram har vist seg virksomt, tyder forskning på at 30-50 % av barna ikke får et godt utbytte av denne type behandling. Særlig synes dette å gjelde eldre barn og barn med alvorlige atferdsvansker (se kapittel 1 og 3). I tillegg finnes det i litteraturen en økende skepsis til å bruke konsekvenser i behandling av atferdsvansker, spesielt i behandlingen av barn og unge som har vært utsatt for traumer (Nordanger & Braarud, 2017).

Som vist i denne litteraturgjennomgangen, tyder nyere forskning på at CPS kan være et mulig alternativ til PMT (basert på effektstudier hvor CPS-behandling gir tilsvarende effekt som PMT-behandling). Slike funn er viktige og bør nå frem til både familier/pasienter og terapeuter/ klinkere (Murrihy m.fl., 2016, Ollendick m.fl., 2016). Dersom man kan tilråde CPS-behandling til familier som ikke har hatt et tilstrekkelig utbytte av PMT, eller som av andre årsaker ikke ønsker PMT-behandling (eksempelvis foreldre som ikke ønsker å vektlegge konsekvenser i behandlingen av barnets vanske), vil dette være av stor betydning (Greene, 2016). Det er derfor avgjørende at fremtidig forskning repliserer funnene fra de publiserte effektstudiene, gjennomfører effektivitetsstudier og lengre oppfølgingsstudier, samt søker å identifisere moderatorer og mediatorer.

6 Avslutning

Denne oppgaven har gjennom en litteraturstudie redegjort for modellen *Collaborative & Proactive Solutions* (CPS). Utgangspunktet for oppgaven var følgende to problemstillinger: (1) ”Hva er *Collaborative & Proactive Solutions*? og (2) ”Hvor effektiv er modellen i behandling av atferdsvansker hos barn og unge?” Oppgaven er utformet med utgangspunkt i Ungsinns retningslinjer for hvordan informere om et tiltaks teoretiske og empiriske forankring.

For å besvare den første problemstilling er det gitt en innføring i CPS-modellens teoretiske rammeverk, innhold og metode. Dette inkluderer informasjon om modellens målgruppe og implementeringsstrategier. Som et bakteppe for presentasjonen av modellen ble det redegjort for generelle begreper og funn knyttet til atferdsvansker, deriblant reaktiv og proaktiv aggresjon, diagnoser som ODD og CD, komorbiditet, og årsaksforklaringer med vekt på risikofaktorer og beskyttende faktorer.

For å besvare oppgavens andre problemstilling ble det foretatt en grundig gjennomlesing og vurdering av publikasjoner som omhandler effekten av modellen. I tillegg ble det inkludert noe informasjon om pågående studier. Vurderingen baserer seg på Ungsinns kriterier og klassifiseringssystem, som igjen er basert på internasjonale anbefalinger. Litteraturen ble avgrenset til å gjelde behandling i en poliklinisk setting.

Oppsummert vurderes CPS som et godt beskrevet tiltak hovedsakelig rettet mot barn og unge med eksternaliserte atferdsvansker (ODD). Modellen har teoretiske røtter fra blant annet transaksjonsteori, systemteori og nevropsykologi. Transaksjonsperspektivet formidler at enkelte barn har kjennetegn som utgjør en form for sårbarhet. Et fokus på biologisk og genetisk sårbarhet, betyr imidlertid ikke at det legges mindre vekt på sosiale og miljømessige forhold. Tvert i mot, foreslår det teoretiske rammeverket at atferdsvansker oppstår når det utvikler seg et misforhold mellom barnets ferdigheter og miljøets forventinger og krav.

Modellen bygger på det grunnleggende premisset, ”barn gjør det bra om de kan”. Barn velger ikke å være eksplosive og umedgjørige, like lite som de skulle velge å ha lesevansker. Kun ytterst få barn vil med vilje være trassig og aggressiv (proaktiv aggresjon), men for flesteparten er det snakk om en uplanlagt og ufrivilling eksplosiv atferd. Følgelig skiller CPS seg fra læringsteorier som antar at barn har lært at de oppnår noe ved å bruke tvang, press og aggressiv atferd, hvilket igjen avføder en antakelse om at atferden er viljestyrt og har en funksjon ut i fra barnets perspektiv.

I følge CPS bør barn med atferdsvansker få hjelp som ethvert annet barn med en utviklingsforsinkelse eller lære vanske: Man må finne ut hvilke ferdigheter barnet mangler, og hvordan man skal lære barnet disse ferdighetene. Ettersom et barn med atferdsvansker ikke er utfordrende til enhver tid, må man også finne ut hvilke uløste problem (triggere) som ligger til grunn for barnets utfordrende atferd, og hjelpe barnet til å løse disse. Modellen introduserer tre ulike strategier for å håndtere uløste problemer: Plan A, Plan B og Plan C. Hensikten med CPS er (1) å få de voksne til å redusere bruken av Plan A (Plan A innebærer at de voksne pålegge barnet sin vilje, som i følge CPS øker sannsynligheten for uforenelighetsepisoder og utfordrende atferd), (2) finne ut hvilke uløste problemer man skal starte å jobbe med (Plan C handler om å prioritere disse, ettersom man ikke kan jobbe med alle problemene samtidig) og (3) lære å bruke Plan B til å løse problemer på en realistisk og gjensidig tilfredsstillende måte. Gjennom gjentatte repetisjoner gir den strukturerte og systematiske naturen til Plan B et rammeverk for å innarbeide (på en indirekte måte) nettopp de ferdighetene som barnet mangler, som mental fleksibilitet, frustrasjonstoleranse og evne til problemløsning. For å endre problematferd, anbefales det med andre ord å ikke ha fokus på selve atferden, men heller se ”bak” atferden, og møte barnet eller den unge på en empatisk, oppriktig og nærværende måte. En hjelperrelasjon anses som utslagsgivende for å oppnå endringer.

Gjennom internasjonal forskning er det skaffet til veie dokumentasjon på effekten av CPS i behandlingen av barn og unge med atferdsvansker. Det foreligger per i dag to publiserte RCT-studier og to kvasi-eksperimentelle studier (innen-gruppe design) som evaluerer effekten av CPS i en poliklinisk setting. Samtlige effektstudier viser signifikant nedgang i symptomer på atferdsvansker (ODD) i løpet av intervensjonstiden, og resultatene holder seg i seks måneder etter avsluttet behandling. I tillegg pågår en rekke studier, deriblant en RCT-

studie (replikasjonstudie). Etter å ha foretatt en systematisk gjennomgang og vurdering av effektstudiene, med utgangspunkt i Ungsinns kriterier, konkluderer denne oppgaven med at det trolig er grunn til å feste lit til resultatene. De inkluderte studiene er av tilfredsstillende kvalitet og gir gode indikasjoner på at CPS er et virksomt tiltak. Samtidig peker litteraturgjennomgangen på områder der evidens er mangelfull. Det etterlyses effektivitetsstudier for å kunne vite om effektene som er funnet i de foreliggende studier vil være de samme for tiltaket når det utøves i vanlig praksis. Det mangler også kunnskap om moderatorer og mediatorer, samt forskning rundt implementeringskvaliteten til tiltaket. På bakgrunn av en samlet vurdering, foreslår denne oppgaven at CPS oppnår nivå 4 i Ungsinns klassifiseringssystem: *Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt.*

Litteraturliste

- Abidin, R. R. (1995). *Parenting Stress Index (3rd ed.). Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (APA). (2005). *Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology (2005)*. Url: <http://www.apa.org/practice/guidelines/evidence-based-statement.aspx>
- Anderson, S. R., & Ollendick, T. H. (2012). Diagnosing oppositional defiant disorder using the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent version and the diagnostic interview schedule for children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*, 467–475.
- Andreassen, T. (2003). *Behandling av ungdom i institusjoner. Hva sier forskningen?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health Psychology, 21*(4), 349–357.
- Askeland, E., Apeland, A., & Solholm, R. (red.) (2014). *PMTO: Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford Publications. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). *Defiant children: A clinician's manual for parent training (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.

Barneombudet.no (ukjent dato). *Kan du komme i fengsel?* Url: <http://barneombudet.no/dine-rettigheter/til-a-bli-rettferdig-behandlet/barn-i-fengsel/> (Lest 01.11.17)

Barry, T. B., Frick, P. J., DeShazo, T. M., McCoy, M. G., Ellis, M. & Loney, B. R. (2000). *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 335-340.

Bates, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the development of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 34(5), 982- 995.

Bath, H. (2015). The three pillars of traumawise care: Healing in the other 23 hours. *Reclaiming Children and Youth*, 23(4), 44-46.

Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.

Beauchaine, T. P., Hinshaw, S.P. & Pang, K.L. (2010). Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Early-Onset Conduct Disorder: Biological, Environmental, and Developmental Mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 327–336.

Befring, E. (2008). *Spesialpedagogikk: problemområder, perspektiver og tilnærminger*. I Befring, E. & Tangen, E (red.), *Spesialpedagogikk*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.

Bell, R. (1968). A reinterpretation of the direction of effects in socialization. *Psychological Review* 75(2), 81-95.

Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83-96.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.

- Blair, R. J., Peschardt, K. S., Budhani, S., Mitchell, D. G., & Pine, D. S. (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(3-4), 262-276.
- Bronfenbrenner, U. (1979): *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brunton, I., Hartley, T. (2013). Enhanced Thinking Skills and the Association between Executive Function and Antisocial Behaviour in Children and Adult Offenders: Scope for Intervention? *Journal of Forensic Practice*, 15(1), 68-77.
- Buri, J. R. (2010). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), 110-119.
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood M., Hou, W., Garvan, C. W., Eyberg, S. M., & Swanson, J. M. (2008). Parent and Teacher SNAP-IV Ratings of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Psychometric Properties and Normative Ratings From a School District Sample. *Assessment*, 15(3), 317-328.
- California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). *CEBC Review Process*. (udatert). Url: <http://www.cebc4cw.org/home/how-are-programs-on-the-cebc-reviewed/>
- Carlson, S. M. (2005). Developmentally sensitive measures of executive function in preschool children. *Developmental Neuropsychology*, 28(2), 595-616.
- Cavell, T. A. (2000). *Working with Parents of Aggressive Children: A Practitioner's Guide*. American Psychological Association.
- Chamberlain, P. & Patterson, G. R. (1995). Discipline and child compliance in parenting. I M. H. Bomstein (red.). *Handbook of parenting: Vol. 4. Applied and practical parenting* (s. 205-225). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Chess, S., & Thomas, A. (1984). *Origins and evolution of behavior disorders*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Chess, S., & Thomas, A. (1999). *Goodness of Fit: Clinical Applications from Infancy Through Adult Life*. New York, NY: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Cheung, A. C. K., & Slavin, R. E. (2016). How Methodological Features Affect Effect Sizes in Education. *Educational Researcher*, 45(5), 283-292.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. J., & Trent, L. (2011). Evidence-Based Treatments for Children and Adolescents: An Updated Review of Indicators of Efficacy and Effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 154-172.
- Cole, P. M., Armstrong, L. M., & Pemberton, C. K. (2010). The role of language in the development of emotion regulation. I S. D. Calkins & M. A. Bell (red.), *Child development at the intersection of emotion and cognition. Human brain development* (s. 59-77). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG). (1995). Psychometric Properties of the Social Competence Scale – Teacher and Parent Ratings. (Fast Track Project Technical Report). University Park, PA: Penn management skills: A group approach. *Journal of Negro Education*, 55, 67-77.
- Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *The American Journal of Psychiatry*, 126(6), 884-888.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60, 837–844.
- Dadds, M. R., & Hawes, D. (2006). *Integrated family intervention for child conduct problems: A behaviour-attachment-systems intervention for parents*. Bowen Hills, Qld: Australian Academic Press.

- Dedousis-Wallace, A., Murrihy, R.C., Ollendick, T.H., Greene, R.W., McAloon, J., Gill, S., Remond, L., Ellis, D.M., & Drysdale, S. (2016). Moderators and mediators of Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions in the treatment of oppositional defiant disorder in children and adolescents. Presented at Symposium, *Advances in conceptualisation and treatment of youth with oppositional defiant disorder: A comparison of two major therapeutic models*, Eighth World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Melbourne, Australia. Url: <https://www.livesinthebalance.org/sites/default/files/ModMed%20Australia.pdf>
- DeLisi, M., & Vaughn, M. G. (2014). Foundation for a temperament-based theory of antisocial behavior and criminal justice system involvement. *Journal of Criminal Justice*, 42(1), 10-25.
- Derzon, J. H., Sale, E., Springer, J. F., & Brounstein, P. (2005) Estimating intervention effectiveness: Synthetic projection of field evaluation results. *The Journal of Primary Prevention*, 26(4), 321-343.
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1146-1158.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. I D. Pepler & K. Rubin (red.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (s. 201- 218). New Jersey: L. Erlbaum Associates.
- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J. D., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 37-51.
- Dodge, K. A., Dishion, T. J., & Lansford, J. E. (Eds.). (2007). *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York, NY: Guilford Press.
- Drugli, M. B. (2013). *Atferdsvansker hos barn: evidensbasert kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Edelbrock, C., & Costello, A.J. (1988). Structured psychiatric interviews for children. I M. Rutter, A. Tuma, & I. Lann (red.). *Assessment and diagnosis in child psychopathology* (s. 87-112). New York: Guildford Press.
- Elstner, K., Selai, C. E., Trimble, M. R., & Robertson, M. M. (2001). Quality of Life (QOL) of patients with Gilles de la Tourette's syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *103*(1), 52-59.
- Epstein, T., & Saltzman-Benaiah, J. (2010). Parenting Children with Disruptive Behaviours: Evaluation of a Collaborative Problem Solving Pilot Program. *Journal of Clinical Psychology Practice*, *1*, 27-40.
- Eyberg, S. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*, 215–237.
- Fearon, R. M. P. (2017). Editorial: Making clinical trials smarter (and more interesting). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*, 113–115.
- Forgatch, M. S. (2002). *Implementing parent management training in Norway (Grant application RFA-DA-02-004)*. NIDA NNPRI: Community Multi-Site Prevention Trials (CMPT). Eugene.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (2010). The Oregon model of parent management training (PMTO): An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. I: Weisz J, Kazdin A, editors. *Evidence based psychotherapies for children & adolescents*. (2. utg.). New York, NY: Guilford Press, 159-178.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO implementation in Norway. *Prevention Science*, *12*(3), 235-246.

- Fossum, S., Handegard, B. H., Martinussen, M. & Mørch, W. T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: a meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry, 17*, 438–451.
- Fossum, S., Handegard, B. H., Drugli, M. B., & Mørch, W.-T. (2010). Utviklingen i barns utagerende atferd og mødres oppdragspraksis etter foreldretrening. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 47*, 601–607.
- Foster, E. M., Jones, D. E., & the Conduct Problems Prevention Research Group. (2005). The High Costs of Aggression: Public Expenditures Resulting From Conduct Disorder. *American Journal of Public Health, 45*(10), 1767-1772.
- Frick, P. J. (1998). *Conduct disorders and severe antisocial behavior*. New York: Plenum Press.
- Frick, P. J., Kamphaus, R. W., Lahey, B. B., Loeber, R., Christ, M. A. G., Hart, E., & Tannenbaum, L. E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(2), 289–294.
- 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*, 457–470.
- Frick, P. J., & Morris, A. S. (2004). Temperament and developmental pathways to conduct problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(1), 54- 68.
- Frønes, I. (2010). Kunnskapssamfunn, sosialisering og sårbarhet. I: Befring, E., Frønes, I. & Sørli, M-A (red.), *Sårbare unge: nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gerard, A. B. (1994). *Parent–Child Relationship Inventory (PCRI) manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Greene, R. W. (1998). *The explosive child: A new approach for understanding and parenting easily frustrated, ‘chronically inflexible’ children*. New York, NY: HarperCollins.

- Greene, R. W., & Doyle, A. E. (1999). Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: Implications for assessment and treatment. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(3), 129–148.
- Greene, R. W., Ablon, J. S., Goring, J. C., Raezer-Blakely, L., Markey, J., Monuteaux, M. C., Henin, A., Edwards, G., & Rabbitt, S. (2004). Effectiveness of collaborative problem solving in affectively dysregulated children with oppositional-defiant disorder: Initial findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1157-1164.
- Greene, R. W. (2008). *Lost at School: How Our Kids with Behavioral Challenges Are Falling Through the Cracks and How We Can Help Them*. New York: Scribner.
- Greene, R. W. (2010). Collaborative Problem Solving. I R. Murrihy, A. Kidman, & T. Ollendick (red.), *A clinician's handbook of assessing and treating conduct problems in youth* (s. 193-220). New York: Springer Publishing.
- Greene, R. W. (2011). *Utenfor: Elever med atferdsutfordringer*. Cappelen Damm akademisk.
- Greene, R. W. (2016). *Lost and found: Helping Behaviorally Challenging Students (and While You're At It, All the Others)*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Greene, R. W. (2016). *Raising Human Beings: Creating a Collaborative Partnership with Your Child*. New York: Scribner.
- Greene, R. W., Zisser, A. R., Eyberg, S. M., & Pavuluri, M. (2017). Frequent tantrums: Oppositional behavior in a young child. I C.A. Galanter and P.S. Jensen (red.), *DSM-5 Casebook and Treatment Guide for Child Mental Health* (s. 231-241), American Psychiatric Association Publishing.
- Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 5-23.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psycho-pharmacology*. Rockville, MD: U.S. National Institute of Health, PsychoPharmacology Research Branch.

Health Psychology Unit, Faculty of Science, University of Technology Sydney, Annual Report 2016. Url: <https://www.uts.edu.au/sites/default/files/sci-health-psychology-unit-annual-report-2016.pdf> (Lest 01.11.17).

Hinshaw, S. P., Lahey, B. B., & Hart, E. L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 31–49.

Holmes, S. E., Slaughter, J. R., & Kashani, J. (2001). Risk factors in childhood that lead to the development of conduct disorder and antisocial personality disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(3), 183- 193.

Howitt, D. & Cramer, D. (2014). *Introduction to Research Methods in Psychology*. (4. utg.). Pearson Education Ltd.

Hubbard, J. A., Dodge, K. A., Cillessen, A. H. N., Coie, J. D., & Schwartz, D. (2001). The dyadic nature of social information processing in boy's reactive and proactive aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 268-280.

Hubbard, J. A., Morrow, M. T., Romano, L. J., & McAuliffe, M. D. (2010). The role of anger in children's reactive versus proactive aggression: Review of findings, issues of measurement, and implications for intervention. I W. F. Arsenio & E. A. Lemerise (Red.), *Emotions, aggression, and morality in children: Bridging development and psychopathology* (s.201- 218). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Hukkelberg, S. S., Reedtz, C., Kjøbli, J. (2016). Construct validity of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). *European Journal of Psychological Assessment*.

Ioannidis, J. A. (2005). Why Most Published Findings Are False. *PLOS Medicine*, 2(8), 124.

Jain, S. & Cohen, A.K. (2013). Behavioral adaption among youth exposed to community violence: a longitudinal multidisciplinary study of family, peer and neighborhood-level protective factors. *Prevention Science*, 14(6), 606-617.

- Johnson, M., Östlund, S., Fansson, G., Landgren, M., Nasic, S., Kadesjö, B., Gillberg, C., & Fernell, E. (2012). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder with Oppositional Defiant Disorder in Swedish Children – An Open Study of Collaborative Problem Solving. *Acta Pædiatrica*, *101*(6), 624-630.
- Jouriles, E. N., Murphy, C. M., & O’Leary, K. D. (1989). Interspousal aggression, marital discord, and child problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*(3), 453-455.
- Kadesjö, C., Hagglöf, B., Kadesjö, B., & Gilleberg, C. (2003). Attention-deficit-hyperactivity disorder with and without oppositional defiant disorder in 3- to 7-year-old children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, *45* (10), 693-699.
- Kamphaus, R. W., & Frick, P. J. (2005). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior* (2. utg.). New York, NY: Springer.
- Kaufmann, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(7), 980-988.
- Kazdin, A.E. (1996). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence* (2. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcomes, and Issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(10), 1349-1356.
- Kazdin, A. E. (1997). Practitioner Review: Psychosocial Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38* (2), 161-178.

- Kazdin, A.E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Little, T. D., Brauner, J., Jones, S.M., Nock, M.K., & Hawley, P.H. (2003). Rethinking aggression: A typological examination of the functions of aggression. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(3), 343-369.
- Loeber, R., Green, S. M., Keenan, K., & Lahey, B. B. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 34(4), 499–509.
- Lund, T., Kleven, T.A., Kvernbekk, T. & Christophersen, K.-A. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub Forlag.
- Lundahl, B., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86–104.
- Marsee, M. A. & Frick, P. J. (2007). Exploring the cognitive and emotional correlates to proactive and reactive aggression in a sample of detained girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 969-981.
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S. P., Patras, J., & Mørch, W. T. (2016). Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak. *Ungsinn – Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge*. Tromsø: RKBU Nord, Norges arktiske universitet. Url: http://www.ungsinn.no/wp-content/uploads/Ungsinn_kriterier_screen_2016-oppdaterert-med-ISBN1.pdf
- McCart M. R. & Sheidow A. J. (2016). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Adolescents With Disruptive Behavior, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 529-563.
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53(2), 185–204.

- Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do Evidence-Based Interventions Work When Tested in the “Real World?” A Systematic Review and Meta-analysis of Parent Management Training for the Treatment of Child Disruptive Behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review, 16*(1), 18-34.
- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy, 34*(4), 517-534.
- Maccoby, E. E., & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. I P. Mussen (red.) *Handbook of Child Psychology, 4*. utg. New York: Wiley.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-Limited and Life-Course-Persistent Antisocial Behavior: A Developmental Taxonomy. *Psychological Review, 100*(4), 674-701.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology, 13*(02), 355-375.
- Moffitt, T. E. & Scott, S. (2008). Conduct Disorders of Childhood and Adolscence. I: Rutter, M.Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (red). *Rutter's Child and Adolscence Psychiatry, 5*. utg., Oxford: Blackwell Publishing.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders - Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academic Press.
- Murrihy, R. C., Kidman, A. D., & Ollendick, T. H. (2010). *Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth*. New York, NY: Springer.
- Murrihy, R., Wallace, A., Ollendick, T. H., Greene, R. W., McAloon, J., Gill, S., Remond, L., Ellis, D. M., & Drysdale, S. (2016). Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A randomised comparison trial for oppositional youth within an Australian population. Presented at Symposium, *Advances in conceptualisation and treatment of youth with oppositional defiant disorder: A comparison of two major therapeutic models*, Eighth World Congress of Behavioural

- and Cognitive Therapies, Melbourne, Australia. Url:
<https://www.livesinthebalance.org/sites/default/files/PMTCPSP%20Australia.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). *About NICE guidance*. Url:
<http://guidance.nice.org.uk>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2013). *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management*. Url: <http://publications.nice.org.uk/antisocial-behaviour-and-conduct-disorders-in-children-and-young-people-recognition-intervention-cg158>
- National Institute of Mental Health. (1985). Child and Family CGI (Clinical Global Impression Scale). *Psychopharmacological Bulletin*, 21, 839-844.
- 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.
- Nordahl, T., Sørli, M. A., Manger, T., & Tveit, A. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, C. (2017). *Utviklingstraumer - Regulering som nøkkelgrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Norges forskningsråd. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de?* Ekspertuttalelse etter konferansen 18.–19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelig og utagerende. Oslo, Norges forskningsråd.
- Norsk Psykologforening (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. Url: <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- 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), 607–621.

- Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problematferd blant barn og unge*. Gyldendal akademisk.
- Ollendick, T. H., & Cerny, J. A. (1981). *Clinical behavior therapy with children*. New York, NY: Plenum Press.
- Ollendick, T. H., Greene, R. W., Austin, K. E., Fraire, M. G., Halldorsdottir, T., Allen, K. B., Jarrett, M. A., Lewis, K.M., Whitmore Smith, M., Cunningham, N. R., Noguchi, R. J., Canavera, K., & Wolff, J. C. (2016). Parent Management Training and Collaborative & Proactive Solutions: A Randomized Control Trial for Oppositional Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 591-604.
- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early Developmental Precursors of Externalizing Behavior in Middle Childhood and Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 119-133.
- Orvaschel, H. (1994). *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Epidemiologic version*. Ft. Lauderdale, FL: Nova Southeastern University, Center for Psychological Studies.
- Patterson, G. R. (1982). *A Social Learning Approach, Vol. 3. Coercive Family Process*. Eugene: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *A Social Interactional Approach: Antisocial Boys* (Vol. 4). Eugene (OR): Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). A Brief History of the Oregon Model. I J. B. Reid, G. R. Patterson, & J. J. Snyder (red.), *Antisocial Behavior in Children and Adolescents. A Developmental Analysis and the Oregon Model for Intervention* (s. 3–25). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (2010). Ny kunnskap om hvorfor det ofte er vanskelig å endre negative samhandlingsmønstre i familier. I E. Befring, I. Frønes & M. A Sørлие

- (red.), *Sårbare unge: Nye perspektiver og tilnærminger* (s. 168-181). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pelham, W. E. Jr, Gnagy, E. M., Greenslade, K. E., & Milich, R. (1992). Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(2), 210-218.
- Pliszka, S., Carlson, C., & Swanson, J. (1999). *ADHD with Comorbid Disorders*. New York/London: Guildford Press.
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345-365.
- Posner, M. I. & Rothbart, M. K. (2000). Developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*, 12(3), 427-441.
- Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems - a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *BASC: Behavior assessment system for children: Manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Riley, A. W., Lyman, L. M., Spiel, G., Döpfner, M., Lorenzo, M. J., & Ralston, S. J. (2006). The Family Strain Index (FSI). Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 15(1), 72-78.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon & N. Eisenberg (red.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 3. Social, emotional and personality development* (5. utg., s. 105-176). New York: Wiley.

- Rutter, M. (1991). Psychosocial resilience and protective factors. I: J. Rolf og A.S. Masdn (red.): *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I: Shonkoff, J.P. & Meisels, S.J. (red): *Handbook of early childhood interventions*. Second edition. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J. & Chandler, M. J. (1975). Reproductive Risk and the Continuum of Caretaker Casualty. In F. D. Horowitz (red.), *Review of Child Development Research* (4. utg.). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. (2009). The Transactional Model. I A. Sameroff (red.), *The Transactional Model of Development: How Children and Contexts Shape Each Other* (s. 3-21). Washington, DC: American Psychological Association.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323(7306), 191-194.
- Scott, S. (2005). Do Parenting Programmes for Severe Child Antisocial Behaviour Work over the Longer Term, and for Whom? One Year follow-up of a Multi-Centre Controlled Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(4), 403–421.
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for children for DSM-IV: Child and parent versions*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Simonsohn, U., Nelson, L. D., & Simmons, J. P. (2014). P-Curve: A Key to the File Drawer. *Journal of Experimental Psychology: General*, Forthcoming.
- Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Skotheim, S., Eng, H., & Undheim, A. M. (2013). *Forebyggende tiltak i forhold til barn og unges psykiske helse som kan benyttes av skolehelsetjenesten - eller hvor skolehelsetjenesten er en viktig samarbeidspartner for skolene*. RKBV Vest, RKBV Nord og RKBV Midt-Norge. Url: <http://blog.medisin.ntnu.no/wp-content/uploads/2014/10/Forebyggende-tiltak-i-forhold-til-barn-og-unges-psykiske-helse-8-2.pdf>.
- Solholm, R. (2014). Målgruppen – barn med atferdsvansker: Forekomst og forløp, risiko og årsak. I E. Askeland, A. Apeland, & R. Solholm (red.), *PMTO: Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker* (s.19-47). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sørli, M-A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(4), 315-321.
- Steiner, H., & Rensing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141.
- Swanson, J. M. (1992). *School-based Assessments and Interventions for ADD Students*. Irvine, CA: K. C. Publishing.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thøgersen, D. M., og Bjørnebekk, G. (2017). Funksjonell familierapi. I H. Eng, S. K. Ertesvåg, I. Frønes, & J. Kjøbli (red). *Den krevende foreldrerollen. Familiestøttende intervensjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Vitaro, F., Gendreau, P. L., Tremblay, R. E., & Oligny, P. (1998). Reactive and Proactive Aggression Differentially Predict Later Conduct Problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39(3), 377–385.
- Vitaro, F., Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M., & Tremblay, R. E. (2006). Do Early Difficult Temperament and Harsh Parenting Differentially Predict Reactive and Proactive Aggression? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 685- 695.

- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge, MA: Harvard Press.
- Waschbusch, D. A. (2002). A Meta-Analytic Examination of Comorbid Hyperactive-Impulsive-Attention Problems and Conduct Problems. *Psychological Bulletin*, *128*(1), 118-150.
- 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), 93-109.
- Weersing, V. R. & Weisz, J. R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *43*(1), 3-29.
- Weisz, J. R. & Gray, J. S. (2008). Evidence-Based Psychotherapy for Children and Adolescents: Data from the Present and a Model for the Future. *Child and Adolescent Mental Health*, *13*(2), 54-65.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Echstain, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M., & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared with Usual Clinical Care: A Multilevel Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, *70*(7), 750-761.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., Jensen-Doss, A., Hawley, K. M., Krumholz Marchette, L. S., Cgu, B. C., Weersing, V. R. & Fordwood, S. R. (2017). What Five Decades of Research Tells Us about the Effects of Youth Psychological Therapy: A Multilevel Meta-Analysis and Implications for Science and Practice. *The American Psychologist*, *72*(2), 79-117.
- Williams, S., Anderson, J., McGee, R., & Silva, P.A. (1990). Risk Factors for Behavioral and Emotional Disorder in Preadolescent Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *29*(3), 413-419.
- Ziegler, A. (2011). *Generalized Estimating Equations*. New York (NY): Springer-Verlag.
- Zillmann, D. (1988). Cognition-excitation interdependences in aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, *14*(1), 51-64.

Vedlegg

Vedlegg 1: *“Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems” (ALSUP)* (hvordan identifisere mangelfulle ferdigheter og uløste problem/ triggere).

Vedlegg 2: *“The ALSUP Guide”* (hvordan benytte kartleggingsverktøyet, ALSUP).

Vedlegg 3: *“The Problem Solving Plan / Plan B Flowcart”* (en problemløsningsplan/ flytskjema som viser hvilke tre uløste problem man skal prioritere, hvilke voksne som har ansvaret for Plan B, og hvorvidt løsningen på problemet fungerer tilfredsstillende).

Vedlegg 4: *“The Drilling Cheat Sheet”* (beskriver ulike teknikker man kan bruke for å innhente informasjon i empatisteget i Plan B).

Vedlegg 5: *“The Plan B Cheat Sheet”* (en oversikt over nøkkelkomponentene i Plan B).

Vedlegg 6: *“ALSUP Check List”* (for å kvalitetsikre arbeidet med ALSUP).

Vedlegg 7: *“Plan B Meeting Check List”* (for å kvalitetsikre Plan B).

Vedlegg 1

ALSUP ASSESSMENT OF LAGGING SKILLS & UNSOLVED PROBLEMS



Collaborative & Proactive Solutions
THIS IS HOW PROBLEMS GET SOLVED

CHILD'S NAME _____ DATE _____

INSTRUCTIONS: The ALSUP is intended for use as a discussion guide rather than as a freestanding check-list or rating scale. It should be used to identify specific lagging skills and unsolved problems that pertain to a particular child or adolescent.

If a lagging skill applies, check it off and then (before moving on to the next lagging skill) identify the specific expectations the child is having difficulty meeting in association with that lagging skill (unsolved problems). A non-exhaustive list of sample unsolved problems is shown at the bottom of the page.

LAGGING SKILLS	UNSOLVED PROBLEMS
<input type="checkbox"/> Difficulty handling transitions, shifting from one mindset or task to another	
<input type="checkbox"/> Difficulty doing things in a logical sequence or prescribed order	
<input type="checkbox"/> Difficulty persisting on challenging or tedious tasks	
<input type="checkbox"/> Poor sense of time	
<input type="checkbox"/> Difficulty maintaining focus	
<input type="checkbox"/> Difficulty considering the likely outcomes or consequences of actions (impulsive)	
<input type="checkbox"/> Difficulty considering a range of solutions to a problem	
<input type="checkbox"/> Difficulty expressing concerns, needs, or thoughts in words	
<input type="checkbox"/> Difficulty managing emotional response to frustration so as to think rationally	
<input type="checkbox"/> Chronic irritability and/or anxiety significantly impede capacity for problem-solving or heighten frustration	
<input type="checkbox"/> Difficulty seeing "grays"/concrete, literal, black & white, thinking	
<input type="checkbox"/> Difficulty deviating from rules, routine	
<input type="checkbox"/> Difficulty handling unpredictability, ambiguity, uncertainty, novelty	
<input type="checkbox"/> Difficulty shifting from original idea, plan, or solution	
<input type="checkbox"/> Difficulty taking into account situational factors that would suggest the need to adjust a plan of action	
<input type="checkbox"/> Inflexible, inaccurate interpretations/cognitive distortions or biases (e.g., "Everyone's out to get me," "Nobody likes me," "You always blame me," "It's not fair," "I'm stupid")	
<input type="checkbox"/> Difficulty attending to or accurately interpreting social cues/poor perception of social nuances	
<input type="checkbox"/> Difficulty starting conversations, entering groups, connecting with people/lacking other basic social skills	
<input type="checkbox"/> Difficulty seeking attention in appropriate ways	
<input type="checkbox"/> Difficulty appreciating how his/her behavior is affecting others	
<input type="checkbox"/> Difficulty empathizing with others, appreciating another person's perspective or point of view	
<input type="checkbox"/> Difficulty appreciating how s/he is coming across or being perceived by others	
<input type="checkbox"/> Sensory/motor difficulties	

UNSOLVED PROBLEMS GUIDE:

Unsolved problems are the specific expectations a child is having difficulty meeting. Unsolved problems should be free of maladaptive behavior; free of adult theories and explanations; "split" (not "clumped"); and specific.

HOME EXAMPLES

- Difficulty getting out of bed in the morning in time to get to school
- Difficulty getting started on or completing homework (specify assignment)
- Difficulty ending the video game to get ready for bed at night
- Difficulty coming indoors for dinner when playing outside
- Difficulty agreeing with brother about what TV show to watch after school
- Difficulty with the feelings of seams in socks
- Difficulty brushing teeth before bedtime

SCHOOL EXAMPLES

- Difficulty moving from choice time to math
- Difficulty sitting next to Kyle during circle time
- Difficulty raising hand during social studies discussions
- Difficulty getting started on project on tectonic plates in geography
- Difficulty standing in line for lunch

REV 060417

livesinthebalance.org



Lives in the Balance

FOSTERING COLLABORATION • TRANSFORMING LIVES • INSPIRING CHANGE

ALSUP GUIDE



Collaborative & Proactive Solutions
THIS IS HOW PROBLEMS GET SOLVED

HINTS & TIPS FOR USING THE ALSUP

- The **Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems (ALSUP)** is best used as a discussion guide rather than as a freestanding checklist or rating scale.
- Meetings should be focused almost totally on identifying lagging skills and unsolved problems. It is not the goal of the meeting to try to explain why a child has a particular lagging skill or unsolved problem, so hypotheses and theories about cause are to be avoided. It is also counterproductive to have participants go into great detail about the behaviors that a child exhibits in response to a given unsolved problem, so story telling is to be avoided as well.
- It's best to discuss each lagging skill (rather than "cherry-picking"), starting at the top.
- If a lagging skill is endorsed, don't continue moving down the list of lagging skills. Move over to identify the unsolved problems associated with the lagging skill.
- An unsolved problem is an expectation a child is having difficulty meeting.
- To identify unsolved problems, begin with the stem, "Can you give some examples of times when (name of child) is having difficulty..." and then restate the endorsed lagging skill.
EXAMPLE: *Can you give me some examples of times when Tommy is having difficulty making transitions?*
- Identify as many unsolved problems as possible for each endorsed lagging skill... don't move on after identifying only one unsolved problem
- Many lagging skills may contribute to the same unsolved problem...don't spend valuable meeting time trying to be precise about which lagging skill best accounts for a given unsolved problem.

GUIDELINES FOR WRITING UNSOLVED PROBLEMS

- They usually begin with the word **Difficulty**.
EXAMPLE: *Difficulty taking out the trash on Thursday mornings*
- They should contain no reference to the child's challenging behaviors, though reference to expected behaviors is fine.
EXAMPLE: You wouldn't write *Screams and swears when having difficulty completing the word problems on the math homework*. Instead, write *Difficulty completing the word problems on the math homework*.
- They should contain no adult theories.
EXAMPLE: You wouldn't write *Difficulty writing the definitions of the spelling words in English... because his parents were recently divorced*.
- They should be split, not clumped.
EXAMPLE: You wouldn't write *Difficulty getting along with others*, but rather, *Difficulty agreeing with Chad on the rules of the four-square game during recess*.
- They should be specific. Here are two strategies that help:
 - Include details related to who, what, where, and when.
 - Ask *What expectation is the child/student having difficulty meeting?*



Vedlegg 3

PROBLEM SOLVING PLAN



Collaborative & Proactive Solutions
THIS IS HOW PROBLEMS GET SOLVED

CHILD'S NAME _____ DATE _____

UNSOLVED PROBLEM #1	UNSOLVED PROBLEM #2	UNSOLVED PROBLEM #3
Adult taking the lead on Plan B:	Adult taking the lead on Plan B:	Adult taking the lead on Plan B:
Kid concerns identified: (Empathy step) DATE _____	Kid concerns identified: (Empathy step) DATE _____	Kid concerns identified: (Empathy step) DATE _____
Adult concerns identified: (Define the Problem step) DATE _____	Adult concerns identified: (Define the Problem step) DATE _____	Adult concerns identified: (Define the Problem step) DATE _____
Solution agreed upon: (Invitation step) DATE _____	Solution agreed upon: (Invitation step) DATE _____	Solution agreed upon: (Invitation step) DATE _____
Problem Solved? YES? ____ DATE _____ NO? ____ COMMENT:	Problem Solved? YES? ____ DATE _____ NO? ____ COMMENT:	Problem Solved? YES? ____ DATE _____ NO? ____ COMMENT:



DRILLING CHEAT SHEET



Collaborative & Proactive Solutions
THIS IS HOW PROBLEMS GET SOLVED

The goal of the Empathy Step is to gather information from the child about his/her concern or perspective on the unsolved problem you're discussing (preferably proactively). For many adults, this is the most difficult part of Plan B, as they often find that they are unsure of what to ask next. So here's a brief summary of different strategies for "drilling" for information:

REFLECTIVE LISTENING AND CLARIFYING STATEMENTS

Reflective listening basically involves **mirroring what a child has said** and then encouraging him/her to provide additional information by saying one of the following:

- "How so?"
- "I don't quite understand"
- "I'm confused"
- "Can you say more about that?"
- "What do you mean?"

Reflective listening is your "default" drilling strategy...if you aren't sure of which strategy to use or what to say next, use this strategy.

ASKING ABOUT THE WHO, WHAT, WHERE/WHEN OF THE UNSOLVED PROBLEM

EXAMPLES:

- "Who was making fun of your clothes?"
- "What's getting the way of completing the science project?"
- "Where is Eddie bossing you around?"

ASKING ABOUT WHY THE PROBLEM OCCURS UNDER SOME CONDITIONS AND NOT OTHERS

EXAMPLE: "You seem to be doing really well in your work group in math...but not so well in your work group in social studies...what's getting in the way in social studies?"

ASKING THE CHILD WHAT S/HE'S THINKING IN THE MIDST OF THE UNSOLVED PROBLEM

Notice, this is different than asking the child what s/he is feeling, which doesn't usually provide much information about the child's concern or perspective on an unsolved problem.

EXAMPLE: "What were you thinking when Mrs. Thompson told the class to get to work on the science quiz?"

BREAKING THE PROBLEM DOWN INTO ITS COMPONENT PARTS

EXAMPLE: "So writing the answers to the questions on the science quiz is hard for you...but you're not sure why. Let's think about the different parts of answering questions on the science quiz. First, you have to understand what the question is asking. Is that part hard for you? Next, you need to think of the answer to the question. Is that part hard? Next, you have to remember the answer long enough to write it down. Are you having trouble with that part? Then you have to actually do the writing. Any trouble with that part?"

DISCREPANT OBSERVATION

This involves making an observation that differs from what the child is describing about a particular situation, and it's the riskiest (in terms of causing the child to stop talking) of all the drilling strategies.

EXAMPLE: "I know you're saying that you haven't been having any difficulty with Chad on the playground lately, but I recall a few times last week when you guys were having a big disagreement about the rules in the box-ball game. What do you think was going on with that?"

TABLING (AND ASKING FOR MORE CONCERNS)

This is where you're "shelving" some concerns the child has already expressed so as to permit consideration of other concerns.

EXAMPLE: "So if Timmy wasn't sitting too close to you, and Robbie wasn't making noises, and the floor wasn't dirty, and the buttons in your pants weren't bothering you...is there anything else that would make it difficult for you to participate in Morning Meeting?"

SUMMARIZING (AND ASKING FOR MORE CONCERNS)

This is where you're summarizing concerns you've already heard about and then asking if there are any other concerns that haven't yet been discussed. This is the recommended strategy to use before moving on to the Define Adult Concerns step.

EXAMPLE: "Let me make sure I understand all of this correctly. It's hard for you to do your social studies worksheet for homework because writing down the answers is still hard for you...and because sometimes you don't understand the question...and because Mrs. Langley hasn't yet covered the material on the worksheet. Is there anything else that's hard for you about completing the social studies worksheet for homework?"

Prepared with the assistance of Dr. Christopher Watson



PLAN B CHEAT SHEET



Collaborative & Proactive Solutions
THIS IS HOW PROBLEMS GET SOLVED

① EMPATHY STEP | INGREDIENT/GOAL

Gather information about and achieve a clear understanding of the kid's concern or perspective on the unsolved problem you're discussing.

WORDS | Initial Inquiry (neutral observation)

"I've noticed that...(insert unsolved problem)... what's up?"

DRILLING FOR INFORMATION

Usually involves reflective listening and clarifying questions, gathering information related to the who, what, where, and when of the unsolved problem, and asking the kids what they're thinking in the midst of the unsolved problems and why the problem occurs under some conditions and not others.

MORE HELP

If the kid doesn't talk or says "I don't know", try to figure out why:

- Maybe the unsolved problem wasn't free of challenging behavior, wasn't specific, wasn't free of adult theories, or was "clumped" (instead of split)
- Maybe you're using Emergency Plan B (instead of Proactive Plan B)
- Maybe you're using Plan A
- Maybe he really doesn't know
- Maybe he needs the problem broken down into its component parts
- Maybe he needs time to think

WHAT YOU'RE THINKING

"What don't I yet understand about the kid's concern or perspective? What doesn't make sense to me yet? What do I need to ask to understand it better?"

DON'T

- Skip the Empathy step
- Assume you already know what the kid's concern is and treat the Empathy step as if it is a formality
- Rush through the Empathy step
- Leave the empathy step before you completely understand the kid's concern or perception
- Talk about solutions yet

② DEFINE THE PROBLEM STEP | INGREDIENT/GOAL

Enter the concern of the second party (often the adult) into consideration.

WORDS | Initial Inquiry (neutral observation)

"The thing is (insert adult concern)..." or "My concern is (insert adult concern)..."

MORE HELP

Most adult concerns fall into one of two categories:

- How the problem is affecting the kid
- How the problem is affecting others

WHAT YOU'RE THINKING

"Have I been clear about my concern? Does the child understand what I have said?"

DON'T

- Start talking about solutions yet
- Sermonize, judge, lecture, use sarcasm

③ INVITATION STEP | INGREDIENT/GOAL

Generate solutions that are realistic (meaning both parties can do what they are agreeing to) and mutually satisfactory (meaning the solution truly addresses the concerns of both parties)

WORDS | Initial Inquiry (neutral observation)

Restate the concerns that were identified in the first two steps, usually beginning with "I wonder if there is a way..."

MORE HELP

- Stick as closely to the concerns that were identified in the first two steps
- While it's a good idea to give the kid the first opportunity to propose a solution, generating solutions is a team effort
- It's a good idea to consider the odds of a given solution actually working ...if you think the odds are below 60-70 percent, consider what it is that's making you skeptical and talk about it
- This step always ends with agreement to return to Plan B if the first solution doesn't stand the test of time

WHAT YOU'RE THINKING

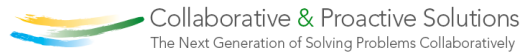
"Have I summarized both concerns accurately? Have we truly considered whether both parties can do what they've agreed to? Does the solution truly address the concerns of both parties? What's my estimate of the odds of this solution working?"

DON'T

- Rush through this step either
- Enter this step with preordained solutions
- Sign off on solutions that both parties can't actually perform
- Sign off on solutions that don't truly address the concerns of both parties

Vedlegg 6

Assessment of Lagging Skills and Unsolved Problems (ALSUP) Check List



Instructions:

Place a check ✓ for each item in the consistency rating scale. The scale is from 1: not at all consistent to 5: very consistent.

Provide comments or note what worked well in the comments column.

Steps in Implementing an ALSUP Meeting						Comments/What worked well
	Not at all Consistent			Very Consistent		
	1	2	3	4	5	
1) Directs the meeting in a manner that limits theorizing, storytelling or discussion about behavior						
Identification of lagging skills						
2) Starts with the first lagging skill and moves down the list without "cherry-picking"						
3) Provides comprehensible descriptions of lagging skills when clarification is required						
4) Doesn't get caught up in discussions around which lagging skills best accounts for a given unsolved problem						
5) After endorsing a lagging skill, immediately identifies the associated unsolved problems (prior to moving on to the next lagging skill)						
Identification of unsolved problems associated with each lagging skill						
6) Begins with the stem, "What expectations is (name of child) having difficulty meeting that spring to mind when you think of (restates endorsed lagging skill)"						
7) Identifies as many unsolved problems as possible for each endorsed lagging skill (doesn't move on after identifying only one unsolved problem)						
8) Doesn't write the same unsolved problem more than once, even if a later lagging skill causes participants to think of the same unsolved problem						
Writing unsolved problems						
9) Begins most problems with the with the word "Difficulty..."						
10) Includes no reference to the child's challenging behaviors (reference to expected behaviors is fine)						
11) Includes no adult theories						
12) Splits problems rather than clumping them						
13) Provides specific details related to who, what, where, and when of the problems and is explicit about the expectations the child is having difficulty meeting						
14) Wording is kid friendly						

Vedlegg 7

Plan B Meeting Check List



Instructions:

Place a check ✓ for each item in the consistency rating scale. The scale is from 1: not at all consistent to 5: very consistent.

Provide comments or note what worked well in the comments column.

Steps in Implementing a Plan B Meeting						Comments/What worked well
	Not at all Consistent			Very Consistent		
	1	2	3	4	5	
1) The Empathy step begins with an introduction, which begins with the words "I've noticed that..." and ends with the words "What's up?" In between, an unsolved problem is inserted.						
2) The unsolved problem does not refer to challenging behavior and/or adult theories.						
3) The unsolved problem is split (rather than clumped) and is specific.						
4) Sufficient and appropriate use of probing or drilling strategies						
5) Ends with a summary and when the child has no additional concerns.						
Define Adult Concerns Step						
6) The Defining Adult Concern step begins with the words "My concern is. . ." or "The thing is. . ."						
7) Explains how the unsolved problem is affecting the child and/or how the unsolved problem is affecting others.						
8) Avoids referring to the child's behavior.						
9) Is not merely a restatement of the expectation.						
Invitation Step						
10) The Invitation step begins with the words "I wonder if there is a way?"						
11) Recaps the concerns of both parties.						
12) Gives the child the first crack at the solution.						
13) Develops solutions as a team effort.						
14) Gauges solutions by the degree to which they are realistic (both parties can do what they are agreeing to) and mutually satisfactory (the solution truly addresses the concerns of both parties).						