



**Sturla Fossum og Willy-Tore Mørch**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse  
Universitetet i Tromsø

# «De utrolige årene» – empirisk dokumentert og manualisert behandling av atferds- forstyrrelser hos små barn

«De utrolige årene» rettes mot veldokumenterte risikofaktorer i familier til barn med atferdsforstyrrelser. Programmet er både for foreldre, barn og lærere. I artikkelen drøftes implikasjoner av at behandling er manualisert og empirisk dokumentert.

## Innledning

Empirisk veldokumenterte programmer for behandling av atferdsforstyrrelser prøves ut og implementeres nå i Norge. Dette gjelder programmene «multisystemisk terapi» (MST), «parent management therapy – Oregon» (PMTO) og «De utrolige årene». En ekspertkonferanse arrangert av Norges forskningsråd tilrådet empirisk utprøving og implementering av slik behandling i klinikkene for psykisk helsevern for barn og unge (Zeiner, 1997). «De utrolige årene» prøves nå ut i samarbeid mellom Regionsentrene for barn og unges psykiske helse ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim og Universitetet i Tromsø, poliklinikkene for barn og unges psykiske helse i Trondheim og Tromsø, og Barnevernets utviklingssentra i de to regionene.

Atferdsforstyrrelser forekommer hyppig blant barn og unge. Anslagsvis opp-

fyller 6–10% av alle barn de diagnostiske kriteriene (Fonagy & Kurtz, 2002). Utagering er den vanligste henvisningsgrunnen til psykisk helsevern for barn og unge, og utgjorde 21,2% av henvisningene i 2000 (Andersson, Halsteinli, Kalseth, Pedersen & Waagan, 2001). Andelen blir større om hyperkinetiske tilstander tas med. I alt 12,9% (3157) av henvisningene til poliklinikkene i 2000 skyldtes hyperkinetiske lidelser. Omlag 80% av barn med hyperkinesi har atferdstrekk som er beslektet med atferdsforstyrrelser, og tilstanden er en vanlig komorbid tilstand til atferdsforstyrrelser (Angold, Costello & Erkanli, 1999). Barn med atferdsforstyrrelse har også større risiko for å utvikle alvorlige depresjoner, angst og fobier enn barn vanligvis har (Simonoff, Pickles & Meyer, 1997). En viktig årsak til utprøvingen av empirisk dokumenterte behandlingsprogrammer er at den behandlingen barn og

unge med atferdsforstyrrelser har fått i Norge ble vurdert å ikke være god nok.

MST, PMTO og «De utrolige årene» har forskjellige målgrupper og ulikt format. Målgruppen for PMTO er barn i alderen fire til 12 år, behandlingen gjennomføres på klinikken på dagtid og gis individuelt. MST er rettet mot ungdommer i alderen 12–17 år. Behandlingsteamet er tilgjengelig for familien hele døgnet, og behandlingen foregår på ulike arenaer som hjem og skole. I denne artikkelen presenteres «De utrolige årene», som er et manualisert og empirisk dokumentert program for behandling av atferdsforstyrrelser hos barn i alderen tre til åtte år. Behandlingen er videobasert og foregår i grupper. Intervensjonene rettes mot foreldre, barn og lærere. Programmet er utviklet av professor Carolyn Webster-Stratton ved Universitetet i Washington, Seattle. Studien i Trondheim og Tromsø er en

randomisert og kontrollert studie med et norsk utvalg. Behandlingen som benyttes i denne studien retter intervensjonene mot både foreldre og barn. I artikkelen drøftes implikasjoner av at behandling er manualisert og empirisk dokumentert. Strategier for implementering av «De utrolige årene» i Norge presenteres.

### Risikofaktorer

«De utrolige årene» intervensjoner i forhold til veldokumenterte risikofaktorer i familier med barn med atferdsforstyrrelser. Tabell 1 sammenfatter de vanligste risikofaktorene. I det følgende vil vi redegjøre nærmere for risikofaktorer knyttet til genetiske forhold, tidlig debut av atferdsforstyrrelser og samspillmønstre i familiene.

### Genetikk

Antisocial atferd har en betydelig genetisk komponent (Carey & Goldman 1997; Rutter, 1997; Simonoff, 2001). Denne genetiske effekten synes å øke med alder (se Plomin, DeFries, McClearn & McGuffin, 2001). Den genetiske disposisjonen for å utvikle atferdsforstyrrelser hos små barn er mindre (beregnet til ca. 50%) enn den er hos voksne (opp mot 80%). Årsaken til dette er uvisst (Simonoff, 2001). Fravær av en genetisk sårbarhet for å utvikle atferdsforstyrrelser, som at biologisk mor eller far ikke er aggressive, reduserer risikoen for at et barn vil utvikle atferdsforstyrrelser (Rutter & Silberg, 2002). Samspillet mellom en genetisk disposisjon og utløsende sosiale risikofaktorer er avgjørende for om egenskaper eller trekk utvikles.

### Tidlig debut

Tidlig debut, det vil si om atferdsforstyrrelsene begynner i tiårsalder eller tidligere, utgjør en betydelig risikofaktor for en vedvarende antisosial utvikling. Jo tidligere antisosial atferd utvikles, desto lengre synes den å vare, og prognosen er også dårligere enn den er ved senere debut (Loeber 1990). Moffitt, Caspi, Dickson, Silva, og Stanton (1996) fant i en longitudinell studie at omtrent halvparten av barna med tidlig utviklet atferdsforstyrrelse hadde en vedvarende antisosial utvikling. Studier av voksne som hadde atferdsforstyrrelser som barn, indikerer at mellom en og to tredjedeler av disse har en eller flere personlighetsforstyrrelser og har deltatt i alvorlig kriminell atferd (Loeber, 1988; Robins, 1978; Simonoff, 2001; Zoccolillo, Pickles, Quinton, & Rutter, 1992). Det er altså stort behov for effektive intervensjoner for små barn med atferdsforstyrrelser.

**Tabell 1. Risikofaktorer for atferdsforstyrrelser hos barn, foreldre og i omgivelsene.**

#### Risikofaktorer hos barn

Genetiske faktorer.

Et «vanskelig» temperament, karakterisert ved negativitet, sinne og mindre tilpasningsdyktighet i forhold til omgivelsene.

Kjønn: Gutter synes å være mer disponert for å utvikle atferdsforstyrrelser.

Nevropsykologiske vansker: Redusert språkfunksjon (verbal læring, verbal flyt, verbal IQ) hukommelse, motorisk koordinering, eksekutiv funksjon (abstrakt resonnering, begrepsdannelse, planlegging, kontroll over oppmerksomhet).

Liten tilknytning til tradisjonelle verdier. Liten interesse for eller deltakelse i skole og familieliv.

Skolevansker og redusert intellektuell fungering.

Liten emosjonell bevissthet i forhold til egne og andres følelser, tendens til å tilskrive andre skyld, sosiale vansker.

For tidlig fødsel, komplikasjoner ved fødsel, at en når milepæler i utvikling senere.

#### Risikofaktorer hos foreldre og i familier

Genetiske faktorer.

Psykopatologi og kriminell atferd i familien. Rusmisbruk. Antisocial personlighetsforstyrrelse (oftest hos fedre). Depresjon (oftest hos mødre). Høyt stressnivå i familien.

Interaksjon mellom foreldre og barn preget av streng grensesetting. Korporlig straff. Inkonsistent avstraffing.

Foreldre gir barnet dårlig veiledning, følger ikke med hvor barnet befinner seg, har få regler om hvor barnet kan dra og når barnet må komme hjem.

Foreldre er mindre aksepterende i forhold til barnet og gir mindre kjærlighet og emosjonell støtte. Dårlig tilknytning. Ung mor ved første fødsel.

Lavt aktivitetsnivå i familien.

Ulykkelige ekteskapelige forhold, konflikter mellom ektefeller, skilsmisse/samlivsbrudd.

Stort antall barn.

Fattigdom. trangbodddhet, arbeidsledighet, mottakere av sosial stønad, dårlige boforhold, høyt stressnivå i familien, dårlig kvalitet ved familienettverk.

#### Øvrige faktorer

Vold i hjemmet, på TV og andre former for vold.

Avvisning av jevnaldrende og mobbing.

Omgangskrets bestående av andre barn og unge med atferdsproblemer, rusproblemer og kriminelt rulleblad.

### Karakteristiske samspillmønstre

Oppdragsstrategier preget av en inkonsekvent og straffende grensesetting øker faren for å utvikle atferdsforstyrrelser. Tvangssirkelen («The coercive process») er en beskrivelse av samspillmønstre der foreldre og barn gjensidig forsøker å avbryte hverandres forsøk på å kontrollere hverandre (Patterson, 1982; Patterson, Reid & Dijou, 1992).

Figur 1 (s. 198) er en illustrasjon av et samspillmønster mellom et barn og en forelder preget av konflikt. Både forelder og barn har erfart at aggresjon noen ganger fører til «seier». Slik forsterkes foreldre og barns atferd negativt. Det er også en fare for at atferden vil øke i intensitet, ettersom partene blir mer utholdende. Resultatet er at fluktatferd, som å nekte eller skjelle ut, øker i frekvens og intensitet. Mange foreldre til barn med atferdsforstyrrelser forteller at de ofte opplever dette, og at de føler konstant å være i konflikt med barnet.

### «De utrolige årene»

«De utrolige årene» er utviklet av professor Carolyn Webster-Stratton over en tveårsperiode.

Figur 2 gir en presentasjon av de ulike elementene i programmet. BASIC-forel-

dreprogrammet er utgangspunktet for intervensjonene med tiltak for å styrke deres kompetanse som oppdragere. Programmet følges av ADVANCE, som er komplementær i forhold til å redusere omfanget av problematferd og bedre foreldrenes ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning. ACADEMIC-programmet skal styrke foreldrenes involvering i skolegang og bedre samarbeidet med lærerne. Dinosaurusskolen er et intervensjonsprogram overfor barna, som skal styrke barnas sosiale kompetanse og redusere antisosial atferd. Målet med programmet Dinosaurusskolen i klasserommet er det samme som målet for Dinosaurusskolen, men intervensjonen er rettet mot hele skoleklasser og ikke barn med identifiserte atferdsforstyrrelser. Lærerprogrammet styrker lærers kompetanse i klasseledelse.

Intervensjonene er gruppebaserte. En serie med videovignetter danner utgangspunkt for diskusjoner knyttet til temaer som tas opp i gruppene. Det teoretiske grunnlaget er anvendt atferdsanalyse, utviklingspsykologi, sosial læringsteori og kunnskap om gruppeprosesser. Intervensjonene er satt sammen til en helhet for å ivareta familiens behov på bakgrunn av veldokumenterte risikofaktorer og andre forhold som ofte er tilstede hos barnet, i familien, i familiesamspillet og i barnets øvrige omgivelser (se Tabell 1). I behandlingsperioden utvikler den enkelte familie og lærer i samarbeid med gruppelederne individuelle mål for behandlingen, og de får øvelse i å praktisere mer hensiktsmessige samspillmønstre med barn. Effekten av behandlingen er avhengig av at foreldre og lærere får internalisert de nye samspillmønstrene, og at disse brukes etter behandlingsperioden. Derfor må tilbudet ivareta foreldrenes og lærernes behov. For eksempel gjennomføres møtene med foreldre og barn på de mest gunstige tidspunktene for foreldre, ofte på ettermiddagstid.

Deltakerne skal oppleve at deres nærver i gruppene settes pris på og oppfattes som viktig. Foreldre til «vanskelige barn» sliter oftere enn vanlig med konflikter seg i mellom og med omgivelsene. Det å ha et vanskelig barn kan føre til stigmatisering og avvísning, både av barn og foreldre. Det er overhyppighet av

depresjon og stress i disse familiene (se Tabell 1). For å forebygge frafall etableres det for eksempel barnevaktordninger for søsken, og barna spiser kveldsmat på klinikken (med barnevakt eller på dinosaurusskolen). Hvis noen ikke møter til et gruppemøte, kontaktes de samme kveld av gruppelederne for å avklare årsaken til fraværet og for å drøfte hvordan videre deltakelse kan ivaretas. For å tilrettelegge for videre deltakelse kan foreldrene eller lærerne låne video med hjem, eller de kan se videovignettene i forkant av neste møte for at de ikke skal gå glipp av informasjon. I det følgende presenteres programmene i «De utrolige årene» (Webster-Stratton & Reid, 2003). Presentasjonen er ikke uttømmende og gir kun en fragmentarisk oversikt i temaene som inngår i programmene.

#### Foreldreprogrammene BASIC og ADVANCE

Målene ved foreldreprogrammet er å fremme foreldrekompetanse og styrke familien. Det høye konfliktnivået man ofte finner i disse familiene kan hindre og forstyrre utviklingen av positive relasjoner mellom barnet og foreldrene. Barnets tilknytning til foreldrene kan være skadet, noe som vil vanskeliggjøre opparbeidelsen av tillit og trygghet. Dette er forutsetninger for å oppleve foreldreverdighet og kontroll. BASIC-programmet starter derfor med positiv relasjonsbygging mellom foreldre og barn ved å bruke lek som en arena for øvelse. I lek kan barna fantasere, ta initiativ og være styrende. Når foreldrene deltar på barnets arena og på barnets premisser, gis de mulighet til å komme i positivt samspill med barnet. Leken gir foreldrene mulighet til å begynne å rose barnet, oppmuntre det og motivere for utvikling av sosiale ferdigheter.

Deltakelse i foreldreprogrammene skal føre til en endring av den kritiske og negative disiplineringen, som utstrakt bruk av skjenn, husarrest og ris. Gjennom lek erfarer foreldre og barn at de kan ha det hyggelig sammen, og at barnet kan bestemme uten at det blir konflikt. Dette danner basis for å kunne bryte det uheldige samspillmønsteret som vist i Figur 1, og å kunne lære seg grensesettingsstrategier som i større grad er ufor-

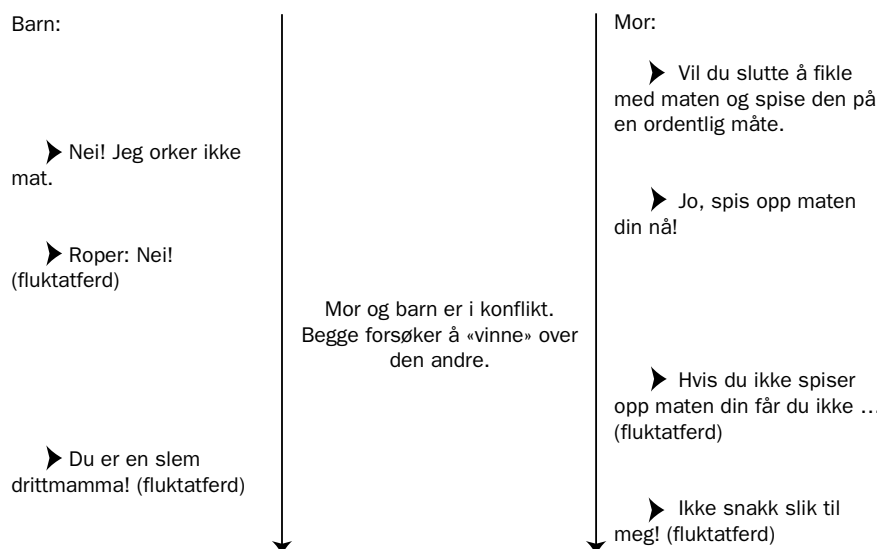
#### ABSTRACT

«The Incredible Years». Empirically validated and manualized treatments for conduct disorders in young children

«The Incredible Years» – Parent, Teacher and Child training series, is a manualized and empirically validated programme for the treatment of conduct disorders in children from 3 to 8 years old. The programme was initially developed in the USA by Professor Carolyn Webster-Stratton from the University of Washington. A Norwegian replication study utilizing parent intervention, with and without child intervention, was conducted in Trondheim and Tromsø. The Norwegian study was a randomised and controlled trial. This article discusses prevalence and risk factors related to conduct disorders. It also presents «The Incredible Years» training series. Finally, the authors discuss further implications such studies might have for other manualized and empirically supported treatment programmes.

enlig med konflikt. Foreldrenes positive oppmerksomhet og ros åpner for å gi oppmerksomhet mot barnets ønskelige atferd og holde tilbake oppmerksomhet ved uønsket atferd, for eksempel masing. Ignorering og naturlige og logiske konsekvenser er strategier der den voksne ikke gir oppmerksomhet til barnets uønskete atferd. Kombinasjonen av slike strategier kan være hensiktsmessige for å bryte konfliktsituasjoner under oppseiling. Forelderer kan si: «Om du ikke spiser maten din, vil du ikke ha krefter til å dra i slalåmbakken». Dersom barnet trener måltidet, kan forelderer velge å ignorere dette, for så å gi full oppmerksomhet og ros når barnet begynner å spise, og barnet kan få dra i slalåmbakken. I gruppene introduseres foreldrene for sosiale problemløsningsstrategier både for voksne og barn. Mer hensiktsmessige problemløsningsstrategier mellom voksne kan bidra til å redusere konfliktnivået mellom de voksne. Foreldrene lærer hvordan de kan hjelpe barnet sitt med å utvikle sosiale ferdigheter og økt emosjonell bevissthet, som er forhold barn med atferdsforstyrrelser ofte sliter med (se Tabell 1).

Barn med alvorlige atferdsforstyrrelser kan være svært utagerende og også voldelige. Logikken bak progresjonen i



Figur 1. Fremstilling av et samspillsmønster mellom en mor og et barn preget av konflikt. Utfallet av konflikten vil variere. Begge har erfaringer med at kraftigere protester av og til virker, og atferden forsterkes.

BASIC-programmet er å bringe foreldrene i posisjon til å kunne møte alvorlige atferdsproblemer med trygghet og forutsigbarhet. Det er et mål å redusere konfliktene til et minimum, og hjelpe foreldrene til å ivareta forelderverdigheten. Vold og annen alvorlig utagering hos barn må stanses på en måte som gjør at barnet forstår at slik atferd er uakseptabel. Foreldrene øves i å anvende tenkepause («time out from reinforcement») når dette hender. Tenkepausededet er utenfor den sosiale sammenhengen der volden ble begått, og på et sted, enten et egnet rom eller en stol, uten tilgang på sosiale eller materielle forsterkere. Varigheten er fem minutter, der barnet de to siste minuttene skal være i ro. Dersom barnet protesterer mot å gå til

tenkepause, forlenges varigheten inntil ti minutter. Ved fortsatte protester gis barnet et endelig valg mellom å gå til tenkepause i ti minutter eller å miste et ordinært tilgjengelig privilegium, som Barne-TV den dagen, eller at sykkelen låses inn i en time. Når barnet er i tenkepause skal forelderen hente det til rett tid, og barnet skal øyeblikkelig inviteres tilbake til en positiv aktivitet. Tenkepause og problemløsning tas opp mot slutten av BASIC-programmet, fordi strategiene for å styrke relasjonen mellom foreldre og barn tar tid. En god foreldre-barn-relasjon er en forutsetning for å kunne gjennomføre tenkepause. Når foreldrene så tar i bruk tenkepause og gjennomfører denne intervensjonen korrekt, opplever barna foreldrene som sikre, rolige og forutsigbare. Dette står i kontrast til å være sint, uforutsigbar og straffende.

BASIC-foreldreprogrammet varer i 26 timer, og gjennomføres i to timer lange sesjoner fordelt over 13–14 uker. Utgangspunktet for programmet er 250 korte videovignetter, som viser eksempler på samspill mellom foreldre og barn, og danner utgangspunkt for en styrt diskusjon i gruppen. Diskusjonene leder frem til gode prinsipper for samspill mellom foreldre og barn innen de forskjellige temaene som drøftes. Programmet tar også opp normal variasjon i barns utvikling, barns emosjonelle

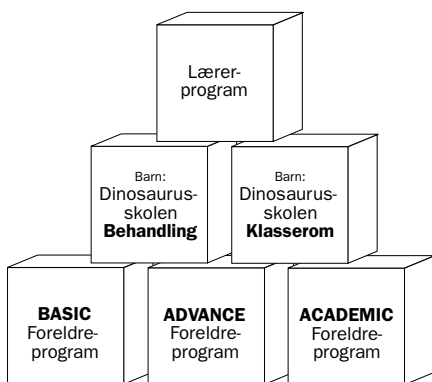
reaksjoner og temperament.

ADVANCE-programmet er et supplement til BASIC-programmet. Det har en bredere tilnærming til behandling av atferdsforstyrrelser, og bidrar til at effekter av behandlingen vedvarer og generaliseres ytterligere. ADVANCE-programmet strekker seg over åtte sesjoner og består av 60 videovignetter. De viktigste komponentene er å lære foreldre økt selvkontroll, bedre ferdigheter i kommunikasjon og problemløsning, samt å utvikle strategier som styrker sosial støtte og egenomsorg. Bakgrunnen er en erkjennelse av at konflikter mellom foreldrene og mellom foreldre og andre viktige arenaer i barns liv, som skole, er overrepresentert i disse familiene. Sammenhengen mellom tenkning, følelser og atferd danner et bakteppe for øvelser i problemløsende tenkning under belastende episoder med barna. Aggressive eller depressive tanker om seg selv og barna forsøkes erstattet med optimistiske og konstruktive tanker om den aktuelle episoden. Dette øker sannsynligheten for ikke-aggressive reaksjoner fra foreldrene. BASIC og ADVANCE-programmene kan tilbys som et samlet behandlingstilbud.

#### Intervensjon med barna – Dinosaurusskolen

Dinosaurusskolen skal styrke barnas sosiale kompetanse og redusere aggressiv og regelbrytende atferd. Barn med atferdsforstyrrelser har reduserte sosiale ferdigheter (se Tabell 1). Det er av stor betydning at de kan identifisere egne følelser, kjenne igjen følelser hos andre, og få et mer tolerant og empatisk forhold til andre. Dinosaurusskolen stimulerer til styrkede lese- og skriveferdigheter, et bedret selvbilde og økt selvsikkerhet. Metodene er praktisk orientert. Ved lek, rollespill, video og diskusjoner utvikles barnas sosiale ferdigheter. De øver på ferdigheter i turtaking, stille spørsmål, dele, hjelpe andre og å gi komplimenter. Dinosaurusskolen skal styrke barnas strategier for selvkontroll, problemløsning og sinnemestring. Slik forsøker en å oppnå målene om redusert trass, aggresjon og ulydighet.

Dinosaurusskolen består av 22 sesjoner, hver med en varighet på to timer



Figur 2. «De utrolige årene» – treningsserie for foreldre, lærere og barn.



med pauser. Barna møtes ukentlig i grupper på seks. Møtene foregår samtidig med foreldremøtene i BASIC- og ADVANCE-programmene. Det er utviklet i overkant av 100 videovignetter som grunnlag for dinosaursskolen. Gruppelederne benytter hånddukker for å øke barnas innlæring og deltakelse. Disse dukkene fungerer både som modeller for prososial atferd og konfliktløsning, og de er nyttige for å ta opp vanskelige temaer med barna. Dinosaursskolen følger BASIC- og ADVANCE-programmene tematisk. Foreldrene gis i etterkant av Dinosaursskolen informasjon om hvilke temaer barna har arbeidet med den dagen og hvordan ettermiddagen har forløpt. Dette gir muligheter for å koordinere hjemmoppgavene, og forenkler arbeidsinnsatsen hjemme.

For å øke sannsynligheten for generalisering, er temaene på videovignetene valgt i forhold til typiske konflikt-situasjoner fra hjem og skole. Barna ser videovignetter av andre barn i ulik alder, av begge kjønn og med ulik kulturell bakgrunn i samhandling med voksne og andre barn. Også disse videovignetene er valgt for å skape diskusjon. Siden barn lett lar seg distrahere og forstyrre, benyttes ulike teknikker for å øke innlæring. Læringen er basert på lek. Tegninger og tegneserier brukes for å minne barna om sentrale begreper fra Dinosaursskolen. Rollespill med dukkene eller andre barn gir barna praksis og muligheter til å erfare ulike perspektiver i samhandling med andre. Barna rekonstruerer scenene fra videovignetene, og de spiller ulike historier for å illustrere sentrale poenger. Barna får hjemmelekser i de sosiale ferdighetene de har øvet på.

### Lærerprogrammet

Målet ved lærerprogrammet er å styrke lærers kompetanse i forebygging og håndtering av atferdsproblemer i skolen, og tiltak for å bedre samarbeid mellom skole og hjem. Programmet styrker lærernes kompetanse i klasseledelse, inklusive ulike proaktive læringstilnærminger. Lærerprogrammet innledes av de samme grunnene som foreldreprogrammet med relasjonsbygging mellom lærer og elev og mellom lærer og hjem. Dernest føl-

ger strategier for hvordan lærer får og beholder elevenes oppmerksomhet, hvordan lærers selektive oppmerksomhet kan brukes for å regulere elevenes atferd og hvordan det kan skapes ro i overgangssituasjoner. Det tredje temaet er motivasjon av barn. Lærer øves i å anvende ros riktigere og i å benytte belønningssystemer planlagt og spontant for å øke elevenes innlæring. Lærerne hjelpes til å utvikle atferdsplaner der strategiene er komplimenterende. Grensesettingsstrategiene blir introdusert etter at de positive strategiene er etablert i klasserommet. Lærernes ferdigheter i håndtering av alvorlige utageringer og vold styrkes. For eksempel kan en advarsel utgjøre første trinn, etterfulgt av fargekoder, og dersom atferden ikke avsluttes av barnet, resulterer dette i tenkepause og samtale med foreldre.

## Foreldrene lærer hvordan de kan hjelpe barnet sitt med å utvikle sosiale ferdigheter og økt emosjonell bevissthet

Lærerprogrammet er et fire dagers eller et 32 timers gruppebasert program for lærere, førskolelærere, SFO-personale og skoleveiledere. Elever med atferdsproblemer er i stor risiko for å falle utenfor skolen (se Tabell 1), og lærerne kan føle seg i villrede om hvordan en vanskelig klasse eller elev kan håndteres. Barnas sosiale vansker kan øke ved manglende støtte fra lærer og ekskludering i klasserommet. Videoklippene og gruppediskusjonene fører til at lærerne identifiserer prinsipper for samspill med elevene i klassen. Prinsippene blir øvd på gjennom rollespill, og lærerne tar prinsippene med seg tilbake til klassen som temaer for øvelse mellom workshopene.

### Gruppeformatet

Alle programmene i «De utrolige årene» er gruppebaserte. Gruppene ledes av to utdannede gruppeledere. Gruppelederne for de tre programmene får forskjellig trening, og det stilles krav om kontinuerlig veiledning for å sertifiseres. De har forskjellige oppgaver som byttes

midtveis i møtet. En har ansvaret for innhold og fremdrift i møtet, og den andre for gruppeprosessene. Gruppedeltakerne, foreldre, lærere og/eller barn, tar med seg problemer og negative erfaringer inn i gruppemøtene, og de har behov for å få svar på vanskelige spørsmål og å kunne luften vonde opplevelser. Balansegangen mellom å ivareta deltakernes behov for å meddele seg om sine vansker og å kunne konsentrere seg om dagens tema, er en stor utfordring.

### Terapeutiske prosesser

Gruppelederne skal være gode modeller, og oppmerksomhets-, ros- og forsterkningsprinsippene benyttes overfor foreldre, barn og lærere. Gruppedeltakerne får personlig erfaring med klistremerkesystemer («token economy») ved at det gis klistremerker og materiell belønning for utførte hjemmeoppgaver og annen innsats i løpet av kurset. På møtene er gjennomgåtte temaer og positiv utvikling for gruppen i fokus. Negative hendelser formidles til de aktuelle foreldrene i enesamtaler. Også i slike møter er det viktig å signalisere optimisme.

Foreldrene, barna og/eller lærerne oppfattes ikke som klienter, men som samarbeidspartnere. Samtidig som gruppelederne inviterer til å dele sin kunnskap med gruppen, er det viktig å anerkjenne deltakernes personlige kunnskap, familiehistorie og barneoppdragelse. Dette gjenspeiles i måten gruppelederne opptrer på, som at de sitter i gruppen sammen med deltakerne i en halvsirkel, at de i liten grad foreleser og presenterer direkte løsningsforslag, og at de påpasselig ivaretar deltakernes initiativ og deltagelse.

Om lag 20% av tiden på møtene brukes til å se på videovignetter (Webster-Stratton & Herbert, 1993). Resten av tiden brukes til diskusjoner og praktiske øvelser. Fra gruppediskusjonene formuleres sentrale prinsipper for samhandling med barn. Eksempler kan være «Følg ditt barns initiativ i lek», «Den atferd du gir oppmerksomhet, vil gjenta seg», «Bland aldri ros med kritikk». I hvert program utvikles det mellom 50 og 100 prinsipper. Prinsippene navngis etter den som først beskriver prinsippet i diskusjonen. Dette hedrer god innsats og knytter

prinsippene til kjente personer for deltakerne, noe som letter hukommelsen.

I rollespill blir prinsippene fra møtene overført til praktisk handling for at deltagerne skal få noe trening og erfaring før de setter disse ut i livet. Foreldrene og lærerne får hjemmeoppgaver som består i å praktisere prinsippene som er utviklet under møtet. Foreldrene skal lese et kapittel i «De

### Dinosaurusskolen skal styrke barnas strategier for selvkontroll, problemløsning og sinnemestring

utrolige årene», eller høre på lydboka (Webster-Stratton, 2000a), og barna gis hjemmelekser i form av tegneoppgaver, trening og andre aktiviteter. Lærerne presenteres for materiale fra «How to Promote Childrens Social and Emotional Competence» (Webster-Stratton, 2000b). De gjør notater over hva de øver på, barnets reaksjoner på disse og ens egne vurderinger. Neste møte starter med en gjennomgang av hjemmeoppgavene og deltakernes erfaringer fra disse. Gruppelederne er i kontakt med deltakerne mellom gruppemøtene for å gi veiledning og oppmuntring.

Det er flere fordeler ved at behandlingen gjennomføres i grupper. Deltakerne gis anledning til å trekke veksler på hverandres erfaringer. De kan være til støtte for hverandre, både i behandlingsforløpet og i etterkant, og de oppfordres til å opprettholde kontakten etter at gruppene er avsluttet.

Terapeutene benevnes som gruppeledere for å nedtone terapeut/klient-distinksjonen og for å markere ønsket om samarbeid. Betegnelsen beskriver også gruppeledernes rolle som ledere av en gruppe som skal finne løsninger på ulike problemer. Det benyttes flere strategier for å styrke relasjonen mellom deltakerne og gruppelederne. Gruppelederne kan benytte avsløringer av egne opplevelser fra konflikter med barn for å normalisere erfaringer som foreldre kan oppleve at de er alene om. Humor benyttes for å få deltakerne til å slappe av, redusere aggresjon, angst og kynisme.

Noen av videovignettene er hovedsakelig valgt ut fordi de inneholder humoristiske sekvenser. Humor kan bidra til et mer avslappet perspektiv på egen situasjon.

Det er altså viktig å være optimistisk på vegne av deltakerne, og fremme tro på at de vil oppleve fremgang som følge av sine initiativ, engasjement og aktivitet. Selv om noen kan oppleve at «alt» er håpløst, bør det at de har tatt et første skritt for å få hjelp, gjøres betydningsfullt. Gruppelederne vil også være deltakernes advokat i møter med skole eller barnevern – ikke for å overta foreldrenes rolle, men for å styrke deres autoritet.

Det første gruppemøtet er særlig viktig. Her settes tonen, og gruppen utvikler sine regler for møtene. Dette er gruppens egne regler. Noen regler gjelder for alle grupper, og disse er det gruppeledernes oppgave å sikre at er med. Det dreier seg om regler om å ivareta personvern og å fremme aktiv deltakelse, og enkle, mer praktiske regler som at bare en snakker om gangen og at møtene starter til fastsatt tid. Deretter inviteres deltakerne til å dele noen opplevelser med sitt barn og mål de har for deltagelsen i gruppen. Her vil deltakerne ofte oppleve at de har noen felles forankringspunkter, noe som styrker samholdet i gruppen.

Gruppelederne skal møte foreldrenes og lærernes frustrasjoner, motstand mot programmet, negative følelser overfor barna og deres opplevelse av å mislykkes som forelder eller lærer, på en slik måte at deltakeren føler seg forstått og respektert. Følelsesmessige reaksjoner knyttet til barna og egen rolle vil ofte reflektere genuine ønsker om barnas beste og ens egen opplevelse av å komme til kort. Frustrasjoner og fortvilelse må snus til håp. Det er derfor av stor betydning for gruppeprosessen og for den enkelte deltakers motivasjon at slike følelsesmessige utbrudd får komme fram i gruppene. Gruppelederne må så lede deltagerne gjennom denne mentale snuoperasjonen. Utdringene gruppelederne møter er altså ikke så ulike dem en individualterapeut møter. Gruppeformatet muliggjør at flere foreldre kan dra nytte av prosessen ved at de kjenner seg igjen i de andre deltakernes situasjon og kan følge dialogen.

### Diskusjon

«De utrolige årene» er et manualisert behandlingsprogram. Det er utarbeidet en grundig og detaljert rettesnor for gjennomføringen av behandlingsforløpet fra første kontakt til avslutning. Innholdet i hvert møte er beskrevet, likeså kontakten mellom deltakerne og gruppelederne utenom møtene. Manualisert behandling benyttes ofte i psykososial behandling. Det er utviklet behandlingsmanualer for en rekke tilstander som atferdsforstyrrelser (Kazdin, 1995; Webster-Stratton & Hammond, 1997), depresjon (Diamond, Siqueland & Diamond, 2003), posttraumatisk stresslidelse (Shiperd, Beck, Hamblen, Lackner & Freeman, 2003), personlighetsforstyrrelser (Ball, 1998), spiseforstyrrelser (Le Grange, Lock & Dymek, 2003) og unge med en schizofren lidelse (Hogarty et al., 1995). Det finnes behandlingsmanualer med forskjellig teoretisk bakgrunn som psykodynamisk og atferdsterapeutisk behandling, for voksne og barn (se Havik, 2001). Manualene er gjerne et resultat av forskning, og de er utviklet for at forskeren skal ha kontroll over hva som skjer i intervensjonen, slik at andre faktisk kan gjennomføre den samme studien og benytte den samme intervensjonen. Samtidig som man ønsker størst mulig kontroll over intervensjonen, er manualen ment å sikre at klienten faktisk får den intenderte behandlingen, at intervensjonene følger en logisk rekkefølge og at klienten er gjort kjent med rasjonalen for tiltaket.

Manualisert behandling er omstridt. Kritikken er at man ikke tar hensyn til barnets eller families særbehov. Forutsatt at manualen er god og at behandlingsforløpet gjennomføres som intendert, medfører ikke dette riktighet. En av de største utfordringene ved manualisert behandling, er å tilrettelegge målene for behandling slik at de er tilpasset den enkeltes behov (Reid & Webster-Stratton, 2001). Manualen gir retningslinjer i forhold til temaer for diskusjoner som skal gjennomføres og rekkefølgen av disse, men manualen styrer ikke innholdet i dem. Dette stiller skjønnsmessige krav til behandleren tilsvarende individualterapeutiske behandlingsforløp. Også ved manuali-

sert behandling er oppmerksomheten rettet mot innholdet i dialogen mellom klient og behandler. Dialogen skal lede til individuelt tilpassede intervensjoner. For å lykkes med dette, må behandlere som benytter en manual, bruke sine terapeutiske egenskaper og videreutvikle disse. Dersom en manual betraktes som en standardisert «kokebok» som skal følges slavisk fra punkt til punkt, uten at behandler har innsikt og forståelse for den teoretiske og praktiske bakgrunnen for en intervensjon, faller fordelene ved en manual bort. Behandlere med teoretisk og praktisk innsikt vil være bedre terapeuter enn de som ikke besitter denne kunnskapen (Greco, Sorrell & McNeil, 2001). Kontinuerlig veiledning er sentralt ved implementering av empiriske behandlingsprogrammer for å sikre kvaliteten i den kliniske virksomheten (Connor-Smith & Weisz, 2003). Når «De utrolige årene» nå skal implementeres i Norge som et ordinært klinisk tilbud, er kontinuerlig veiledning av klinikerne nødvendig for å sikre at familiene faktisk tilbys «De utrolige årene» på korrekt måte (Mørch, 2004).

En annen kritikk mot manualer er at disse krever jevnlig revisjon for ikke å bli utdaterte. Utviklingen i fagfeltet er stor, og denne faren er derfor reell. Dette forutsetter at behandlingen videreutvikles og jevnlig er under empirisk kontroll, noe som fordrer et nært samarbeid mellom kliniske miljøer og forskningsmiljøer. Originalmiljøet for «De utrolige årene» dyrker samarbeid og dialog med praktikerne, slik at erfaringer med programmet i praksis fører til justeringer av manualene og danner utgangspunkt for ny forskning. Webster-Stratton forsøker å ivareta kvalitetssikringen av programmet gjennom å utdanne «trainere», fagpersoner som har anledning til å utdanne mentorer som igjen kan utdanne nye gruppeledere. Denne kompetansepyramiden reduserer ukontrollert avdrift i innholdet i programmet ved at relativt få personer kan formidle kompetansen videre. Carolyn Webster-Stratton pleier nær personlig kontakt med «trainerne». Disse bringer ny kunnskap fra sin veiledning om kliniske problemstillinger, og sikrer at oppdaterte manualer når praksisfeltet.

Etableringen av «De utrolige årene» i en ny klinikk eller kommune forutsetter at bestemte rammebetingelser er tilstede. I startfasen brukes ca. 40% av hver gruppeleders arbeidstid til å tilby programmet. Denne tiden reduseres til 8–10 timer når man er sertifisert og har fått erfaring. Dette inkluderer for- og etterarbeid, telefonkontakt med foreldre eller lærere, og veiledning. Arbeidsgiver må avsette tid og ressurser til kvalitetssikring av programmet gjennom konsultasjonsdager med mentor og deltakelse i konferanser som arrangeres for gruppeledere. Det må avsettes driftsmidler for å dekke for eksempel barnevakt, mat og forfriskninger. Ivaretagelsen av både deltakerne og gruppelederne anses som en svært viktig del av programtilbudet og bidrar trolig til de gode effektene. I den nasjonale implementeringen av programmet starter derfor etableringen på et nytt behandlingssted med en vurdering av organisasjonens rammebetingelser av så vel økonomiske, organisatoriske og holdningsmessige faktorer. Sommeren

### Noen av videovignettene er hovedsakelig valgt ut for sine humoristiske sekvenser

2004 er «De utrolige årene» etablert med BASIC-foreldreprogram 18 steder. Dette er ved psykisk helsevern for barn og unge, statlig familie- og barnevern og helsestasjoner. BASIC-foreldreprogram tilbys både som behandlingsprogram for henviste barn og som forebyggende program. Dinosaurusskolen og lærerprogrammet etableres ved disse stedene i takt med mentorkapasiteten, og etableres nå i fire av disse organisasjonene.

**Empirisk dokumentert behandling**  
Det er økt interesse for behandling som er empirisk dokumentert, evidensbasert eller empirisk støttet (se Kazdin & Weisz, 2003; Nathan & Gorman, 2002; Roth & Fonagy, 1996). Hensikten er å dokumentere at intervensjoner fører til endring i den aktuelle tilstanden, vist gjennom randomiserte, kontrollerte studier. De metodiske kvalitetene på studiene vil variere, avhengig av den

eksperimentelle kontrollen som forskeren har. Noen studier er svært nøye gjennomført, men det er ikke mange undersøkelser av psykososiale intervensjoner som oppfyller alle metodiske krav. Det finnes imidlertid studier som ivaretar en rekke sentrale metodiske aspekter, som grundig kartlegging, randomisering av deltakerne og høy statistisk kraft. Studiene av «De utrolige årene» er vurdert som å ha en slik kvalitet, og det er derfor ansett som et veldokumentert behandlingsprogram. Webster-Stratton har over en tyveårsperiode utviklet og evaluert programmet. Brestan og Eyberg (1998) fant programmet veldokumentert. I «Blueprints For Violence Prevention» er 11 tidlig intervensjons- og forebyggingsprogrammer, inklusive «De utrolige årene», vurdert å ha tilstrekkelig empirisk dokumentasjon for at det amerikanske justisdepartementet anbefaler programmet for å forebygge antisosial og kriminell atferd (Webster-Stratton, 2001). Fonagy og Kurtz (2002) mener at «De utrolige årene» er et behandlingsprogram for atferdsforstyrrelser med gode resultater, og anser det som det mest veldokumenterte og kostnadseffektive programmet for atferdsforstyrrelser. Farmer, Compton, Burns, og Robertson (2002) trekker tilsvarende konklusjoner, og konkluderer også med at behandlingseffektene vedvarer ved ett års oppfølging.

Det har vært en svakhet i akademiske miljøer at forskere ensidig har lagt vekt på statistisk signifikante funn. Statistisk signifikante funn gir lite informasjon om styrken av intervensjonen (som effektstørrelser), eller om forskjellen mellom behandlingsgruppen og kontrollgruppen er meningsfull og klinisk signifikant. At behandlingsgruppen viser statistisk signifikant større bedring enn kontrollgruppen, betyr ikke automatisk at behandlingen faktisk hjelper folk i deres daglige liv. Dette er sentrale problemstillinger når et behandlingsprogram skal vurderes. Det er allikevel grunn å være optimistisk vedrørende «De utrolige årene». Webster-Stratton og Hammond (1997) finner at tre av fire familier har god nytte av å gjennomføre programmet. Ved beregning av effektstørrelser fra Webster-Stratton og Hammonds studie fra 1997,

## En av de største utfordringene ved manualisert behandling, er å tilrettelegge målene for behandling slik at de er tilpasset den enkeltes behov

fant Farmer et al. (2002) effektstørrelser for kombinasjonen av foreldretrening og behandling av barn på 1.25, mens foreldretrening alene har effektstørrelser tilsvarende 1.27. Cohen (1988) mener at en effektstørrelse tilsvarende 0.80 eller større er en stor effekt. I en replikasjonsstudie av Webster-Strattons arbeider der foreldretrening alene var intervensjonen, finner Scott, Spender, Doolan, Jacobs og Aspland (2001) at selv om så mange som 50% fortsatt oppfyller diagnostiske kriterier for atferdsforstyrrelser (Oppositional Defiant Disorder), utgjør dette en reduksjon på 30%. Men de finner også en reduksjon i problematferd målt ved liste over barns atferd (CBCL) tilsvarende en effektstørrelse på 0.86 for eksternaliseringsproblemer. For foreldredefinerte problemer fant man tilsvarende effektstørrelser på 1.11. Dette innebærer store reduksjoner i problematferd. Det er altså rimelig å anta at mange familier opplever at «De utrolige årene» har hjulpet dem til å få en bedre hverdag.

Selv om et program er dokumentert å ha god effekt, betyr ikke dette at det er det mest effektive. Det finnes flere programmer for behandling av atferdsforstyrrelser enn de som nå etableres i Norge. Dette er kognitiv problemløsnings trening i kombinasjon med «parent management training», kortvarig strategisk familierapi, multimodal terapi, kognitiv terapi og psykodynamisk orientert tilnærming (se Farmer et al., 2002; Fonagy & Kurtz, 2002). Det er gjennomført få randomiserte studier av behandlingseffekter der ulike programmer og intervensjoner er sammenlignet. Man har også for liten kjennskap til medierende og modererende faktorer i forhold til ulike intervensjoner. For eksempel, er en type behandling nyttig for noen, men kontraindisert for andre? «De utrolige årene» er dokumentert mer effektiv enn ordinær behandling i USA, med den svakhet at man ikke kjenner innholdet i den ordinære behandlingen

(Taylor, Schmidt, Pepler & Hodgins, 1998). Foreløpige analyser fra studien i Trondheim og Tromsø (Larsson, 2003) gir grunn for å være optimistisk i forhold til gode effekter også i Norge.

Det er ønskelig med en klinisk virksomhet i Norge der intervensjoner evalueres for å gi et best mulig tilbud til barn, ungdommer og familier. Dette kan redusere avstanden mellom kliniske miljøer og forskningsmiljøene til beste for klientene. Selv om et behandlingsprogram er empirisk dokumentert, gjelder dokumentasjonen kun i forhold til bestemte lidelser. «De utrolige årene» har god effekt i forhold til atferdsforstyrrelser, men programmet er ikke dokumentert å ha effekt i forhold til andre lidelser som angst, fobier og ettervirkninger av traumer. En hyppig fremsatt kritikk mot forskning i forhold til psykiske lidelser, er at forskerne er svært nøye med å ekskludere barn og familier som ikke passer en «ren» diagnostisk kategori. Forskingen på «De utrolige årene» er gjennomført med få eksklusjonskriterier, og inkluderer de vanligste komorbide tilstandene til atferdsforstyrrelser. Dette gjelder også replikasjonsstudien i Trondheim og Tromsø. Det er altså rimelig å anta at utvalget er representativt for behandlingstrengende barn med atferdsforstyrrelser.

### Avslutning

De nye behandlingsstrategiene, representert med PMTO, MST og «De utrolige årene», bringer noe nytt inn i behandlingsapparatet. Det er likevel viktig å være nyansert. Ingen psykososiale programmer for noen psykisk lidelse, inkludert atferdsforstyrrelser, har like god effekt for alle. Det er behov for differensierte behandlingstilbud til barn og familier som sliter med disse problemene. At nye tilbud etableres, bør ikke føre til en rasing av andre tilbud. Det er likevel hevet over tvil at behandlingsprogrammer som «De utrolige årene» utgjør en viktig tilvekst i klinikkene, og at programmet har

stor effekt for de fleste familiene som gjennomfører behandlingen.

### Willy-Tore Mørch

Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Universitetet i Tromsø  
9037 Tromsø  
Tlf 77 64 58 54  
E-post willy@fagmed.uit.no

### Referanser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angold, A., Costello, E. J., & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57–87.
- Andersson, H. W., Halsteinli, V., Kalseth, J., Pedersen, M., & Waagan, T., E. (2002). Psykisk helsevern for barn og unge – nasjonale tall. [http://www.samdata.sintef.no/psykisk\\_helsevern/Del1.pdf](http://www.samdata.sintef.no/psykisk_helsevern/Del1.pdf)
- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883–891.
- Bertelsen B., Reetz, C. M., & Mørch W. T. (2002). Standardization of an assessment tool for identifying conduct problems in children: Obtaining Norwegian norms for the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Under utarbeidelse.
- Brestan E. V., & Eyberg, S. M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies and 5272 kids. Special issue on empirically supported psychosocial interventions for children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180–189.
- Carey, G., & Goldman, D. (1997). The genetics of antisocial behavior. I D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (ss. 243–254). New York: John Wiley & Sons.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connor-Smith, J. K., & Weisz, J. R. (2003). Applying treatment outcome research in clinical practice: Techniques for adapting interventions to the Real World. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 3–10.
- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G. M. (2003). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 107–127.



- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1267–1302.
- Fonagy, P., & Kurtz, A. (2002). Disturbance of conduct. I P. Fonagy, M. Target, D. Cottrell, J. Phillips & Z. Kurz (Eds.), *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents* (ss. 106–192). New York: The Guilford Press.
- Greco, L. A., Sorrell, J. T., & McNeil, C. B. (2001). Understanding manual-based behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Child & Family Behavior Therapy, 23*, 21–36.
- Havik, O. E. (2000). Behandlingsveilederer og terapimanualer – bedre eller verre enn sitt rykte? I A. Holte, M. H. Rønnestad & G. H. Nielsen (Red.), *Psykoterapi og psykoterapiveiledning. Teori empiri og praksis* (ss. 166–186). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hogarty, G. E., Greenwald, D., Ulrich, R. F., Kornblith, S. J., DiBarry, A. L., Cooley, S., Carter, M., & Flesher, S. (1997). Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: Effects on adjustment of patients. *American Journal of Psychiatry, 154*, 1514–1524.
- Kazdin, A. E. (1995). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research & Therapy, 33*, 271–281.
- Kazdin, A. (1996). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (Ed.). (2003). *Evidence based psychotherapies for children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Lahey, B. B., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., Rathouz, P. J., Miller, T. L., Dennis, K. D., Bird, H., & Jensen, P. S. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 488–503.
- Larsson, B. (2003). *De utrolige årene. Foreløpige resultater fra forskningsprosjekt i Trondheim og Tromsø*. Åpningskonferanse for Atferdsprosjektet.
- Le Grange, D., Lock, J., & Dimec, M. (2003). Family-based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *American Journal of Psychotherapy, 57*, 237–251.
- Loeber, R. (1988). The natural histories of juvenile conduct problems, substance abuse, and delinquency: Evidence for developmental progression. I B. B. Lahey, & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (ss. 73–124). New York: Plenum.
- Loeber, R. (1990). Disruptive and antisocial behavior in childhood and adolescence: Development and risk factors. I K. Hurlman & F. Loesl (Eds.), *Health hazards in adolescence* (ss. 233–257). Berlin: Walt de Gruyter.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years. *Development and Psychopathology, 8*, 399–424.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2002). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Mørch, W. T. (2004). *Veien videre. Presentasjon på avslutningskonferansen «De utrolige årene»*. Trondheim.
- Patterson, G. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G., Reid, J. B., & Dishion T. J. (1997). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Pliszka, S. R. (1999). The psychobiology of oppositional defiant disorder and conduct disorder. I H. C. Quay & A. E. Hogan (Eds.), *Handbook of disruptive behavior disorders* (ss. 371–395). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., & McGuffin, P. (2001). *Behavioral genetics* (4th ed.). New York: Worth Publishers.
- Reid, M. J., & Webster-Stratton, C. (2001). The incredible years parent, teacher, and child intervention: Targeting multiple areas of risk for a young child with pervasive conduct problems using a flexible, manualized, treatment program. *Cognitive and Behavior Practice, 8*, 377–386.
- Robins, L. N. (1978). Study childhood predictors of adult antisocial behaviors: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine, 8*, 511–622.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom. A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Rutter, M. (1997). Nature-nature integration. *American Psychologist, 52*, 390–398.
- Rutter, M., & Silberg, J. (2002). Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. *Annual Review of Psychology, 53*, 463–490.
- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal, 323*, 1–7.
- Shiperd, J. C., Beck, J. G., Hamblen, J. L., Lackner, J. M., & Freeman, J. B. (2003). A preliminary examination of treatment for posttraumatic stress disorder in chronic pain patients: A case study. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 451–457.
- Simonoff, E. (2001). Gene-environment interplay in oppositional defiant and conduct disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 10*, 351–357.
- Simonoff, E., Pickles, A., & Meyer, J. M. (1997). The Virginia twin study on adolescent behavior development: Influence of age, gender and impairment on rates of disorder. *Archives of General Psychiatry, 54*, 801–808.
- Taylor, T. K., Schmidt, F., Pepler, D., & Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children's series in a children's mental health center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 29*, 221–240.
- Webster-Stratton, C. (2000a). *De utrolige årene: Et foreldreveiledningsprogram*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Webster-Stratton, C. (2000b). *How to promote children's social and emotional competence*. London: Sage Publications.
- Webster-Stratton, C. (2001). Blueprints for violence prevention. *Book eleven. The incredible years: Parent, teacher and child training series*. Elliot, D. S. (Ed.). Denver, Colorado: Venture Publishing.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early onset conduct problems: A comparison of child and parent interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 93–109.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1993). What really happens in parent training. *Behavior Modification, 17*, 407–456.
- Webster-Stratton, C. & Herbert, M. (1994). *Troubled families – troubled children. Working with parents: A collaborative process*. New York: John Wiley & Sons.
- Webster-Stratton, C., & Reid, J. M. (2003). The incredible years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. I A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (ss. 224–240). New York: The Guilford Press.
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Zeiner, P. (1997). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de?* Norges forskningsråd. Oslo.
- Zoccolillo, M., Pickles, A., Quinton, D., & Rutter, M. (1992). The outcome of childhood conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychological Medicine, 22*, 971–988.