



John Kjøbli¹, May Britt Drugli², Sturla Fossum³
og Elisabeth Askeland⁴

- 1 Atferdssenteret: Norsk senter for studier av problematferd og innovativ praksis, tilknyttet Universitetet i Oslo
- 2 RBUP Midt – institutt for nevromedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
- 3 RKBU Nord – institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø

Kontakt John Kjøbli, tlf. 23 20 58 40
E-post: john.kjobli@atferdssenteret.no

Evidensbasert foreldretrening: Hvordan kan forskning bidra til at flere barn med atferdsvansker får bedre hjelp?

Evidensbasert foreldretrening for barn med atferdsvansker er virksomt for to av tre barn. Ny forskning kan bidra til at tilbudet får virkning også for målgrupper som til nå har hatt lite utbytte av tiltaket.

ABSTRACT

Evidence based parent training: How can research help more children with conduct problems?

During the last decade, great efforts have been made in Norway to disseminate two evidence-based parent training interventions for children with conduct problems: Parent Management Training – the Oregon model (PMTO) and The Incredible Years. The interventions build on principles from the Social Interaction Learning (SIL) model, and their aim is to alter negative behavioral patterns in families by replacing destructive interactions with effective parenting practices. Although evidence for parent training is extensive, future efforts are needed to increase their effectiveness. Increased knowledge about how factors such as maternal depression, paternal engagement in therapy, child gender and age is needed. Moreover, research on fidelity and quality assurance of parent training, and the public health impact of the interventions is necessary to help more children with conduct problems.

Keywords: parent training, conduct problems, mediators, moderators, quality assurance

Gjennom det siste tiåret har det blitt satt inn store ressurser i Norge for å iverksette og spre evidensbaserte foreldretiltak – dvs. tiltak med en solid teoretisk og empirisk forankring – for barn med atferdsvansker. Denne satsningen har bakgrunn i at alvorlige atferdsvansker ofte er stabile over tid. Uten adekvat hjelp kan så mange som 50–75 % av barn med alvorlige atferdsvansker fortsette å ha problemer som ungdommer (Nixon, 2002). Ved å hjelpe barn med atferdsvansker øker man sjansene for å redusere problemenes omfang og å forebygge rusmisbruk og kriminelle løpebaner (Forgatch, Patterson, DeGarmo & Beldavs, 2009). Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) og De utrolige årene (DUÅ) er to foreldretiltak, rettet mot barn med atferdsvansker, som har blitt etablert og evaluert med positive resultater i Norge (Ogden & Hagen, 2008; Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegard & Morch, 2009). I denne artikkelen belyser vi hvordan det eksisterende tilbudet kan gjøres enda mer effektivt, og hvordan man kan nå ut til flere barn i målgruppen.

PMTO og DUÅ bygger hovedsakelig på det samme teoretiske grunnlaget

og inneholder mange av de samme kjernekomponentene. Teori for sosial interaksjon og læring (SIL-modellen) danner grunnlaget for begge tiltakene (Patterson, 1982). I denne teorien hevdes det at den viktigste faktoren for utvikling av atferdsvansker er et negativt og tvingende samspillmønster (gjensidig tvang og press) mellom barn og foreldre (Forgatch & Martinez, 1999). Atferdsvanskelige barn vil i mange tilfeller også ha vansker i skolen (Ramsey, Patterson & Walker, 1990), noe som kan lede til at disse barna får problemer med å fungere sosialt med andre barn og lærere (Dishion & Patterson, 2006). Dette taler for at det er nødvendig å satse på tidlig intervensjon, ved å gripe inn før problemene har vokst seg store og blitt en del av barnets fungering på skole- og vennearenaer.

Effekten av foreldretrening har blitt evaluert i flere oversiktsstudier (Eyberg, Nelson & Boggs, 2008; Fossum, Handegard, Martinussen & Morch, 2008; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Reyno & McGrath, 2006). Likeledes har både PMTO og DUÅ blitt evaluert i USA (Brotman et al., 2008; DeGarmo & Forgatch, 2005;

Fordi vi har et ansvar for at alle barn med atferdsvansker får god hjelp, er det viktig å øke både effekten og rekkevidden av de evidensbaserte metodene

DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2004; Forgatch et al., 2009; Gross, Fogg, Webster-Stratton, Garvey, Julion, & Grady, 2003; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Scott, 2005; Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2004) og i Norge (Drugli, Larsson, Fossum & Mørch, 2010; Larsson et al., 2009; Ogden & Hagen, 2008) med positive korttids- og langtidsresultater. På tross av at det foreligger omfattende evidens for foreldretraining, kan man likevel anta at det finnes muligheter for å hjelpe flere barn med atferdsvansker. Cirka en tredjedel av barna som inngår i foreldretraining, fortsetter å ha store atferdsvansker etter avsluttet behandling (Nixon, Sweeney, Erickson & Touyz, 2004; Scott, 2005).

I det følgende presenterer vi de to nevnte forholdene som kan bidra til å optimalisere effektene for flere barn. Ikke alle responderer like godt på foreldretraining, og man kan trolig øke effekten av foreldretraining ved å tilpasse den til disse familienes særegne problemer. Det andre forholdet handler om å nå ut til flere av barna i målgruppen. Ved å øke rekkevidden av evidensbaserte tiltak vil folkehelseeffekten av foreldretraining også øke (dvs. forekomsten av atferdsvansker vil bli redusert). Ifølge Glasgow, Lichtenstein og Marcus (2003) er folkehelseeffekten av tiltak avhengig av de to dimensjonene presentert her, nemlig effekt og rekkevidde.

Å øke effekten av foreldretraining

Det er ikke nok å påvise at foreldretraining har positiv effekt. I tillegg bør man undersøke om det finnes noen familier og barn som ikke har det ønskede utbytte, og om det er spesielle kjennetegn knyttet til disse tilfellene. For å få mer kunnskap om dette kan man blant annet studere hvilke faktorer som modererer effekten av tiltak. Videre kan man undersøke hva det konkret er i foreldretrainingen som skaper positive endringer i familier (Kazdin, 2007). Hva er det med programme-

nes innhold og måten de gjennomføres på, som skaper endring? Faktorer som ligger til grunn for endring, blir ofte omtalt som mediatorer eller virkemekanismer. Er hensiktsmessig grensesetting en særlig viktig komponent i foreldretraining? Hva er det som ligger til grunn for endring hos familiene og barna som mottar foreldretraining? Mediatorer kan både dreie seg om en metodes innholds-komponenter og måten metoden leveres på, f.eks. om terapeuten viser gode formidlings- og prosessferdigheter. Kazdin (2007) har påpekt at det finnes mange tiltak for barn og unge, og ved å finne fram til og, ikke minst, tilby de virksomme mekanismene øker man sjansene for å hjelpe flere barn med atferdsvansker.

I sin litteraturgjennomgang fant Embry og Biglan (2008) støtte for at visse komponenter i foreldretraining er mer virksomme enn andre. En av disse er grensesetting i form av pausetid. I tillegg fant de at det foreligger betydelig evidens for effekten av komponentene ros/oppmuntring og belønning. Både PMTO og DUÅ har inkorporert de fleste av disse komponentene. Se Solholm, Askeland, Duckert og Christiansen (2005) for en mer inngående beskrivelse av kjernekomponentene i PMTO. Ogden og Hagen (2008) undersøkte hvilke foreldreferdigheter som så ut til å mediere effekten av PMTO. De fant at foreldrenes bruk av effektiv grensesetting var en viktig komponent i PMTO. Funnene tydet nemlig på at effektiv grensesetting medierte effekten for barns reduserte atferdsvansker både rapportert av foreldrene og observert i samspill med foreldrene (Ogden & Amlund-Hagen, 2008). Videre fant Fossum, Mørch, Handegård, Drugli og Larsson (2009) at det i DUÅ var endring av foreldrenes negative og uhensiktsmessige foreldrepraksis som medierte positiv endring av barnas atferd etter behandling. Disse funnene kan tyde på at hensiktsmessige grensesettingsstrategier er viktige komponenter i både PMTO og DUÅ.

Kontekstuelle faktorer som påvirker effekten av foreldretraining

Som nevnt vil en moderator i denne sammenhengen forstås som en faktor som påvirker relasjonen mellom foreldretraining og effekten eller utfallet av tiltaket. Hvis man for eksempel finner at effekten av foreldretiltak er dårligere for barn med en deprimert mor, tyder dette på at mors depresjon er en moderator av effekten av foreldretraining.

Reyno og McGrath (2006) har funnet at kontekstuelle faktorer som berører foreldre direkte, og barna indirekte, har betydning for om foreldretraining har positiv effekt. Dette gir mening i og med at agenten for endring i foreldretraining er at foreldrenes atferd generelt, og oppdragerpraksis spesielt, faktisk endres. I Reyno og McGraths studie viste det seg at familier med lav sosioøkonomisk status (familier med en aleneforelder, familier med lav inntekt og lavt utdanningsnivå eller lavstatusyrker) hadde dårligst effekt av tiltakene. I tillegg viste studien at dårlig mental helse hos mor, spesielt depresjon, svekket effekten av foreldretraining. Andre psykiske vansker og stress, negative livshendelser og høyt konfliktnivå i parforholdet virket også inn. I tråd med dette fant Lundahl og kolleger (2006) at lav sosioøkonomisk status virket negativt inn på effekten av foreldretraining, og familier i denne gruppen profitterte på å motta foreldretraining individuelt fremfor i gruppe. Også Fossum, Drugli, Handegård og Mørch (2010) fant et samsvarende resultat i Norge: Mødre med mindre utdanning hadde lavere sannsynlighet for positiv respons av DUÅ. Det samme har barn i familier som er i kontakt med barnevernet (Drugli, Fossum, Larsson og Mørch, 2010). Siden DUÅ gis i et gruppeformat, passer dette resultatet med Lundahl og kollegers (2006) funn. Man bør også i Norge undersøke om foreldretraining gjennomført individuelt (f.eks. PMTO) viser bedre resultat

enn gruppebasert foreldretrening for familier med lav sosioøkonomisk status. I så tilfelle kan en praktisk implikasjon bli at foreldre med lav sosioøkonomisk status i størst mulig grad blir henvist til individuell, framfor gruppebasert, foreldretrening. Individuell foreldretrening har også den fordel at det er mulighet for å inkludere barna i terapiforløpet for å øve på konkrete foreldreferdigheter (f.eks. effektiv grensesetting). Å ta med barn i foreldretrening har blitt knyttet til positive utfall (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008). Kanskje er det familier med stor grad av belastning (f.eks. når mor er deprimert) som trenger denne type tilpasset oppfølging? Dette er et tema som bør følges opp i fremtidig forskning. I DUÅ-studien fant man imidlertid liten grad av forskjell i behandlingsresultat mellom den gruppen som kun hadde mottatt foreldreveiledning, og den gruppen der barna også gikk i gruppeterapi (Dinosauruskolen) mens foreldrene fikk foreldreveiledning (Larsson et al., 2009). De ovennevnte studiene peker i retning av at kontekstuelle faktorer kan redusere effekten av foreldretrening. Familier med ulike belastninger kan likevel ha godt utbytte av foreldretrening, selv om de i gjennomsnitt ikke har samme utbytte som familier uten disse belastningene. I tråd med dette viste en studie at selv om mødre med mindre utdanning hadde lavere sannsynlighet for positiv respons av DUÅ, så var det likevel barn i denne gruppen som hadde positivt utbytte av foreldretreningen (Fossum et al., 2010). Videre viste en brukerundersøkelse blant foreldre som deltok i DUÅ, at foreldrene var svært fornøyde med den hjelpen de fikk, selv når barnet deres fortsatte å ha store atferdsvansker etter behandlingen. De opplevde at de taklet barnets atferd bedre enn før (Lurie & Clifford, 2005).

Forskningen har i liten grad fokusert på fedre i forbindelse med effektene av foreldretrening. I en norsk studie av familier med barn som var henvist til tiltak

for problematferd, var fedres positive foreldreferdigheter, i større grad enn mødres, knyttet til redusert grad av atferdsvansker hos barna (Kjølbi & Amlund-Hagen, 2009). Forskere i en amerikansk studie fant at særlig stefedres endrede foreldreferdigheter, sammenlignet med mødres, medierte effekten av PMTO på barns problematferd (DeGarmo & Forgatch, 2007). Disse funnene samsvarer med klinisk praksis i PMTO og DUÅ, der begge omsorgsgivere i familiene blir oppfordret til å delta. Likevel, effekten av fedres involvering i foreldretrening har ikke blitt studert i Norge. Gitt at fedres foreldreferdigheter viser seg å være særlig viktig for effekten av foreldretrening, bør dette gi praktiske konsekvenser i form av økt innsats og tilrettelegging (f.eks. å legge sesjoner til egnede tidspunkt) for å inkludere fedre i foreldretrening.

Barn av deprimerte mødre har vist seg å være i økt risiko for å utvikle ulike tilpasningsproblemer, inkludert atferdsvansker (Cummings, Davies & Campbell, 2000). I tillegg har det, som henvist til ovenfor, vist seg at mødres depresjon påvirker utfallet av foreldretrening. Det samme fant Beauchaine, Webster-Stratton og Reid (2005) da de slo sammen funn fra seks ulike randomiserte studier. I tilfeller der mor er deprimert, kan man tenke seg at disse metodene ikke makter å engasjere og sikre at mødrene forstår og blir tilstrekkelig motivert til å ta i bruk verktøyene, som det krever pågangsmot og energi å gjennomføre overfor barna. Det kan hende at deprimerte mødre og barna deres har andre og utvidede behov som det ikke tas høyde for i foreldretrening. Sanders og McFarland (2000) fant at en tilleggs-komponent for å redusere depresjon hos mødrene hadde betydning for effekten av Triple P. I to norske studier av DUÅ predikerte ikke mors depresjon dårligere effekt (Fossum, Handegård, Drugli & Mørch, 2010; Drugli et al., 2010), noe som står i motsetning til flere interna-

sjonale studier. Norske studier bør derfor undersøke dette videre. Foreldretrening bør muligens tilrettelegges spesielt eller suppleres med målrettede tiltak for deprimerte foreldre.

For DUÅ har man funnet at mødre som hadde høyt stressnivå og bodde alene sammen med barnet under behandlingsperioden, hadde dårligere behandlingsresultat (Drugli, Larsson, Fossum og Mørch, 2010; Fossum et al., 2009), noe som indikerer at man kanskje skal gi aleneforeldre individuell oppfølging, og rette innsatsen mot å redusere foreldrenes stressnivå.

Barnas kjønn har blitt framsatt som en potensiell moderator for effekten av foreldretrening (Hipwell & Loeber, 2006). Kjølbi og Ogden (2009) fant at barnas kjønn i liten grad påvirket utfallet av PMTO. Dette er kanskje noe overraskende, tatt i betraktning at PMTO er utviklet med utgangspunkt i forskning på gutters problematferd (Patterson, 1982). I den norske studien av DUÅ hadde jentene dårligere behandlingsresultat enn guttene (Drugli et al., 2010; Fossum et al., 2009). Kjønn er derfor en faktor som man bør undersøke videre.

Når det gjelder effekten av barns alder, er funnene sprikende. Lundahl og kolleger (2006) fant at alder ikke påvirket resultatene av foreldretrening. I den norske effektstudien av PMTO viste funnene at tiltaket var mest effektivt for barn under 8 år (Ogden & Hagen, 2008). I DUÅ ble det ikke funnet noen forskjell i behandlingseffekt når man sammenlignet barn mellom 3 og 5 år med barn mellom 6 og 8 år (Drugli et al., 2010). Gitt den økende betydning venner og skole har for barns utvikling, kan det tenkes at et mer multisystemisk fokus for de eldste barna vil kunne øke effekten av foreldretrening.

Barn med atferdsvansker er i mange tilfeller utsatt for komorbiditet (dvs. å ha flere lidelser på en gang). I en nylig publisert studie evaluerte forskerne effekten av foreldretrening i et utvalg av barn med ulik grad av komorbide lidel-

I en norsk studie var fedres positive foreldreferdigheter, i større grad enn mødres, knyttet til reduserte atferdsvansker hos barna

ser (Weisz et al., 2011). Resultatene viste at når man kombinerte foreldretrening med evidensbaserte tiltak rettet mot barnas angst og/eller depresjon, så gav dette en betraktelig større effekt enn når familiene mottok foreldretrening alene. Å kombinere tiltak ut fra barns særegne behov og komorbiditet er en lovende strategi, som bør testes videre i norske evalueringstudier.

Kvalitetssikring er nødvendig for å sikre effektene av foreldretrening

Både PMTO og DUÅ spres og implementeres i dag nasjonalt i kommunale og statlige tjenestenivåer, noe som har krevd stor innsats både fra praktikere og bevilgende myndigheter (Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson & Bullock, 2005). Et tema som har fått økt oppmerksomhet i den senere tid, er kvalitetssikring av evidensbaserte tiltak når disse spres i stor skala, sånn som i Norge. Det er ikke slik at effektive tiltak nødvendigvis blir gitt med samme intensitet, kvalitet og ekspertise når de blir implementert som en del av vanlig praksis (Breitenstein, Gross, Garvey, Hill, Fogg & Resnick, 2010). Derfor har forskning knyttet til implementeringskvalitet, og det å ivareta effekter fra evalueringer inn i praksisfeltet, blitt et viktig forsknings-tema (Fixsen, Blase, Naoom & Wallace, 2009; Sørli, Ogden, Solholm & Olseth, 2010). Det er behov for studier som fokuserer på om fagfolkene (f.eks. terapeuter, helsesøstre) som leverer foreldretrening, gjør dette med høy metodeintegritet (kalt 'fidelity' på engelsk). Metodeintegritet blir ofte delt inn i to faktorer: 1) i hvilken grad innholdskomponentene har blitt gjennomført i løpet av tiltaket ('adherence'), og 2) om dette har blitt gjort med gode formidlings- og prosessferdigheter ('competence') (Breitenstein et al., 2010). Det er funnet en klar sammenheng mellom høy metodeintegritet hos PMTO-terapeuter og positivt behandlingsutfall (Forgatch & DeGarmo, 2005; Forgatch & DeGarmo,

2011). Forskning har vist at høy grad av metodeintegritet er knyttet til økte effekter av tiltak (Sørli et al., 2010), og forskere og klinikere må fortsette å utvikle standardiserte måleinstrumenter og observasjonsmetoder for å måle metodeintegritet når foreldretrening blir spredt i stor skala utenfor fagutviklernes kontroll.

Ufordringer med å øke rekkevidden av foreldretrening

Forskningen er kommet langt når det gjelder å dokumentere positive effekter av foreldretrening. At slike tiltak har gitt positive resultater i mange studier, er ingen garanti for at de blir tatt i bruk i stor skala (Fixsen et al., 2009). Det bør derfor gjøres en innsats for å implementere evidensbasert foreldretrening i stor skala for å redusere forekomsten av atferdsvansker på samfunnsnivå (Biglan, 1995). Flere programmer, både i Norge og i USA, har benyttet spredningsstrategier for å nå ut til så mange som mulig i målgruppen. Family Check-Up, Triple P og Tidlig innsats for barn i risiko (TIBIR) er eksempler på slike programmer. Felles for disse er at de har implementert kortvarige foreldretrenings-tiltak i tjenester (som helsestasjoner, barnehager og skoler) som er i kontakt med mange barn i målgruppen. Ved å tilby tiltak i en ikke-terapeutisk setting økes rekkevidden, og i tillegg kan sannsynligheten reduseres for at personer føler seg stigmatisert når de benytter seg av foreldretrening.

Selv om Norge er i en særstilling når det gjelder spredningen og implementeringen av foreldretrening (Ogden et al., 2005), har ingen undersøkt i hvilken grad man når ut til barn i målgruppen (rekkevidde). I tillegg har ingen studert om forekomsten av atferdsvansker har blitt redusert der foreldretrening har blitt implementert. Som nevnt er folkehelseeffekten avhengig av effektive tiltak med god rekkevidde til målgruppen (Glasgow et al., 2003). Å studere om foreldretrening har noen effekt på forekomsten av atferdsvansker, vil kunne gi oss en viktig

pekepinn om hvor langt vi har kommet, og hvor langt vi har igjen, i å hjelpe barn med atferdsvansker.

Konklusjon

Evidensbasert foreldretrening er virksomt for mange barn med atferdsvansker. For ett av tre barn er tilbudet ikke tilstrekkelig. Resultatene fra norske studier av PMTO og DUÅ belyser hvilke barn og familier som har minst utbytte av denne behandlingen. Barn med komorbide vansker og deprimerte mødre synes særlig å ha behov for et mer skreddersydd tilbud. Forskningen må tilstrebe økt kunnskap om hva som skal til for at disse gruppene får et bedre behandlingsutbytte. Mange barn med atferdsvansker får ikke tilbud om evidensbasert hjelp. Fordi vi har et ansvar for at alle barn med atferdsvansker får god hjelp, er det viktig å øke både effekten og rekkevidden av de evidensbaserte metodene. ●

Referanser

- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: a latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 371–388.
- Biglan, A. (1995). Translating what we know about the context of antisocial behavior into a lower prevalence of such behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 28*, 479–492.
- Breitenstein, S. M., Gross, D., Garvey, C. A., Hill, C., Fogg, L. & Resnick, B. (2010). Implementation fidelity in community-based interventions. *Research in Nursing and Health, 33*, 164–173.
- Brotman, L. M., Gouley, K. K., Huang, K. Y., Rosenfelt, A., O'Neal, C., Klein, R. G. & Shrout, P. (2008). Preventive intervention for preschoolers at high risk for antisocial behavior: Long-term effects on child physical aggression and parenting practices. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 386–396.
- Cummings, E. M., Davies, P. T. & Campbell, S. B. (2000). *Developmental Psychopathology and Family Process: Theory, Research, and Clinical Implications*. New York: The Guilford Press.
- DeGarmo, D. S. & Forgatch, M. S. (2005). Early development of delinquency within divorced families: evaluating a randomized preventive intervention trial. *Developmental Science, 8*, 229–239.
- DeGarmo, D. S., Patterson, G. R. & Forgatch, M. S. (2004). How do outcomes in a specified

- parent training intervention maintain or wane over time? *Prevention Science*, 5, 73–89.
- Drugli, M. B., Fossum, S., Larsson, B. & Mørch, W.-T. (2010). Characteristics of young children with persistent conduct problems 1 year after treatment with the Incredible Years program. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 555–565.
- Drugli, M. B., Larson, B., Fossum, S., Mørch, W.-T. (2010). Five to six years outcome and prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 559–566
- Dishion, T. J. & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2. utg., s. 503–541). New York: Wiley & Sons.
- Embry, D. D. & Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11, 75–113.
- 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.
- Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naom, S. F. & Wallace, F. (2009). Core Implementation Components. *Research on Social Work Practice*, 19, 531–540.
- Forgatch, M. S. & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining Fidelity Following the Nationwide PMTO (TM) Implementation in Norway. *Prevention Science*, 12, 235–246.
- Forgatch, M. S. & Martinez, C. R. (1999). Parent management training: A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 923–937.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., & DeGarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the oregon model of parent management training. *Behavior Therapy*, 36, 3–13.
- Forgatch, M. S., Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. & Beldavs, Z. G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21, 637–660.
- 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., Mørch, W. T., Handegard, B. H., Drugli, M. B. & Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 173–181.
- Fossum, S., Drugli, M. B., Handegard, B. H. & Mørch, W.-T. (2010). Barns aggressive atferd etter foreldretrening. *Tidsskrift for norsk psykologiforening*, 47, 909–910.
- 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 psykologiforening*, 47, 601–607.
- Glasgow, R. E., Lichtenstein, E. & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American Journal of Public Health*, 93, 1261–1267.
- Gross, D., Fogg, L., Webster-Stratton, C., Garvey, C., Julion, W. & Grady, J. (2003). Parent training of toddlers in day care in low-income urban communities. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, 261–278.
- Hipwell, A. E. & Loeber, R. (2006). Do we know which interventions are effective for disruptive and delinquent girls? *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9, 221–255.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567–589.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27.
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2009). Gender differences in intake characteristics and behavior change among children in families receiving parent management training. *Children and Youth Services Review*, 31, 823–830.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegard, B. H. & Mørch, W.-T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 42–52.
- Lundahl, B., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86–104.
- Lurie, J. & Clifford, G. (2005). *Parenting a young child with behavior problems*. Trondheim: Barnevernets Utviklingssenter.
- Moffitt, T. E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (2 utg., s. 570–598). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Nixon, R. D., Sweeney, L., Erickson, D. B. & Touyz, S. W. (2004). Parent-child interaction therapy: one- and two-year follow-up of standard and abbreviated treatments for oppositional preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 263–271.
- Nixon, R. D. V. (2002). Treatment of behavior problems in preschoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, 22, 525–546.
- Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G. R. & Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19, 317–329.
- 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, 607–621.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: Coercive family process*. (vol. 3) Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982). A comparative evaluation of parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638–650.
- Ramsey, E., Patterson, G. R. & Walker, H. M. (1990). Generalization of the antisocial trait from home to school settings. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 11, 209–223.
- 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 and Allied Disciplines*, 47, 99–111.
- Sanders, M. R. & McFarland, M. (2000). Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy*, 31, 89–112.
- 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, 403–421.
- Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T. & Duckert, M. (2005). Parent Management Training – Oregon-modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 587–597.
- 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, 315–321.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 715–730.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105–124.
- Weisz, J. R., Chorpita B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., ... Gibbons, R. D. (2011). Testing Standard and Modular Designs for Psychotherapy Treating Depression, Anxiety, and Conduct Problems in Youth: A Randomized Controlled Trial. *Archives of General Psychiatry*. Advance online publication. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.147