

Foreldreopplæring i Norge



Hva har forskningen vist oss og hvilke utfordringer står vi ovenfor?

John Kjøbli, e-post: john.kjobli@atferdssenteret.no

Oversikt

- Fellesfaktorer
- Noen profiterer mindre enn andre: hvordan hjelpe disse bedre
- Virksomme kjernekomponenter i foreldretrening
- Implementering: hvordan nå ut med god kvalitet

Fellesfaktorer

- Relasjon og allianse
- Saul Rosenzweig (1936)
- Bruce Wampold (2001):
 - Fellesfaktorer 70%
- American Psychological Association (2011):
 - Dikotomiseringen mellom fellesfaktorer og behandlingsmetode meget skadelig for fagfeltet og klienter
- Bruce Wampold (2012):
 - Fellesfaktorer 7%



Fellesfaktorer

- Er alle behandlinger like gode og bør alle få premie?
- NEI!
- Fellesfaktorer er ingen kur for alt
- Vi trenger fellesfaktorer
- Det er derfor alle evidensbaserte tiltak inkluderer fellesfaktorer
- Men vi trenger også konkrete metoder for konkrete problemer
- Komponenter i foreldreopplæring som gir større effekt:
 - Positivt samspill foreldre-barn
 - Pausetid
 - Foreldre tar med barn i tiltaket for å øve med barnet

(Kaminski et al., 2008)

Ødelegger manualer alliansen?

Journal of Consulting and Clinical Psychology
2011, Vol. 79, No. 4, 427–432

© 2011 American Psychological Association
0022-006X/11/\$12.00 DOI: 10.1037/a0023821

Do Treatment Manuals Undermine Youth–Therapist Alliance in Community Clinical Practice?

David A. Langer
University of California, Los Angeles

Bryce D. McLeod
Virginia Commonwealth University

John R. Weisz
Harvard University and Judge Baker Children's Center

Nei

Foreldreintervensjon	Gjennomført studie	Pågående studie	Dokumentert effekt
PMTO individuell behandling	RCT		Ja
PMTO i gruppeformat	RCT		Ja
PMTO for etniske minoriteter	RCT		Ja
Foreldrerådgivning	RCT		Ja
DUÅ	RCT		Ja



Fagartikkel



**John Kjøbli¹, May Britt Drugli², Sturla Fossum³
og Elisabeth Askeland¹**

- 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

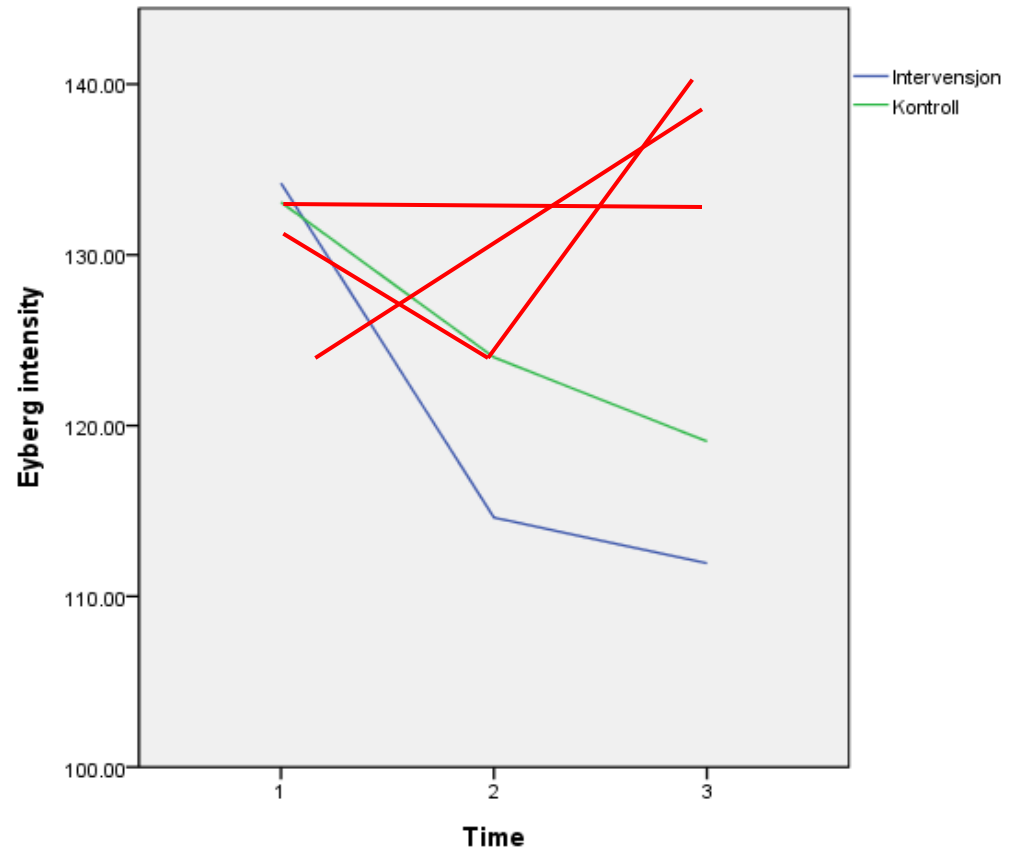
Kontakt John Kjøbli, tlf. 23 20 58 40
E-post: john.kjobli@atferdssenteret.no

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

Foreldretrening virker,

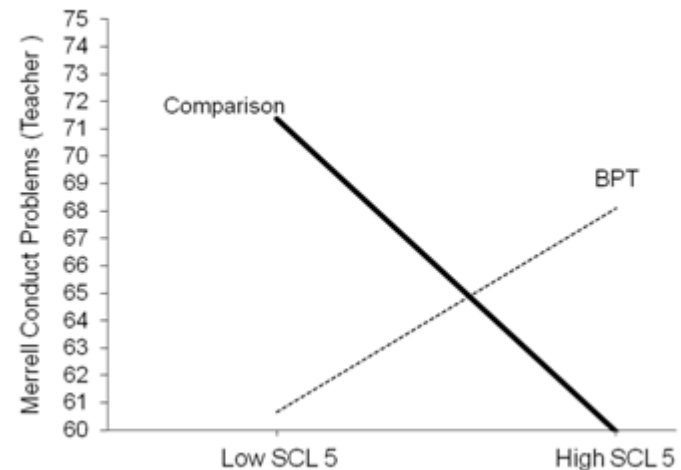
Hvordan øke effekten av foreldreopplæring

- Vi trenger å lære mer om hvem som ikke profiterer
- Omtrent 1/3 profiterer ikke
- Vi vet noe:
 - Mors depresjon
 - Barns komorbiditet
 - "Følelseskulde" hos barn
 - Fedres involvering
 - Sikre at effektene varer



Hvordan øke effekten når mor er deprimert

- Når mor er deprimert
- Ny studie viser at mødre med høy grad av depresjon profitterer mindre av foreldrerådgivning og andre tiltak (Kjøbli, Nærde, Bjørnebekk, & Askeland, submitted)
- Lærere rapporterte bedre effekt av foreldrerådgivning ved lav depresjon
- Mens dårligere ved høy depresjon



Hvordan øke effekten når mor er deprimert

- Meta-analyse: Gruppebasert vist seg mindre effektivt for deprimerte mødre (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006)
- Likevel: Enkeltstudier har vist at gruppebasert PMTO har positiv effekt på atferdsvansker og mors depresjon (Patterson, Forgatch, & DeGarmo, 2010)
- Det sammen viser våre data på gruppebasert PMTO
- Ett forslag når mor er deprimert: Tilby individuell foreldreopplæring (f.eks PMTO)
- Fokuserer ekstra mye på innlæring av komponenter for å øke sjansene for at mødrene opplever suksess (Hutchings et al., 2002)
 - Bruk av observasjon av egne foreldreferdigheter
 - Øve med terapeut til stede

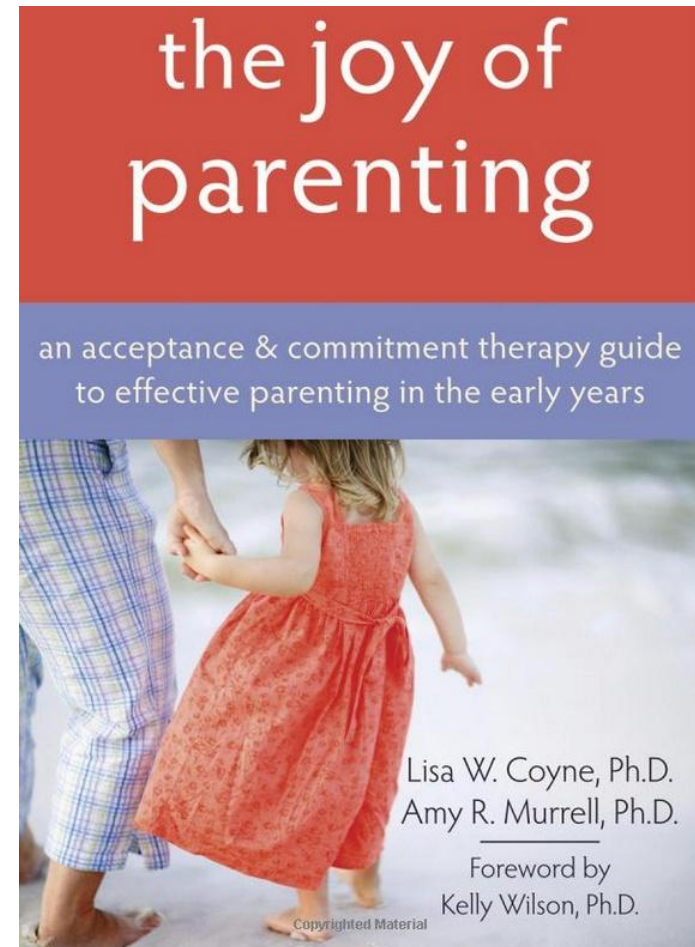


Hvordan øke effekten når mor er deprimert

- I tillegg til foreldreopplæring: Tilby evidensbaserte tiltak rettet mot mors depresjon
 - Å tilby CBT til mødre har vist seg effektivt (Sanders & McFarland, 2000)
 - Family Check-Up: Fleksibel tilbærming ut fra familiens behov

Hvordan øke effekten når mor er deprimert

- Acceptance & Commitment Training (ACT)
- Positive effekter på:
 - Depresjon
 - Angst
 - Kronisk smerte
 - Rusmisbruk
 - Utbrenthet på jobb
- Hjelp foreldre til å handle ut fra sine verdier
- Ikke ut fra sin depresjon (eller andre lidelser) (Biglan, Hayes, & Pistorello, 2008)



Hvordan øke effekten ved komorbiditet

HEIERVANG ET AL.

TABLE 1
Prevalence Estimates (%; Confidence Intervals) for the Main Diagnostic Groups

	Combined Questionnaire Sample ^a (n = 6,297)		Teacher Questionnaire Sample ^b (N = 9,155)	
	DSM-IV	ICD-10	DSM-IV	ICD-10
Any disorder	6.1 (4.7 7.5)	6.0 (4.6 7.5)	7.0 (5.6 8.5)	6.9 (5.6 8.5)
Emotional disorders	3.2 (2.0 4.4)	3.2 (2.0 4.4)	3.3 (2.2 4.6)	3.4 (2.2 4.6)
Behavior disorders	2.5 (1.9 3.1)	2.4 (1.8 3.0)	3.2 (2.4 4.0)	3.1 (2.3 3.8)
ADHD/hyperkinetic disorder	1.3 (0.9 1.7)	1.1 (0.7 1.4)	1.7 (1.2 2.3)	1.4 (0.9 2.0)
Other disorders	0.8 (0.4 1.1)	0.8 (0.4 1.1)	0.9 (0.5 1.3)	0.9 (0.5 1.3)

- 48 % av de med atferdsvansker hadde en tilleggslidelse
- 18 % av de med emosjonelle lidelser (angst/depresjon) hadde en tilleggslidelse

Heiersvang et al., 2000

Hvordan øke effekten ved komorbiditet

Table 3 Comorbidity between common disorders in preschoolers. Prevalence (percent) and odds ratio (OR) (95 CI)

Diagnosis	Co morbid diagnosis						
	ADHD: prevalence OR	ODD: prevalence OR	CD: prevalence OR	Anxiety: prevalence OR	Depression: prevalence OR	At least one other behavioral or emotional disorder: prevalence OR	At least one other disorder: prevalence OR
ADHD		20.8%	14.4%	5.9%	22.4%	46.2%	49.1%
ODD	22.0%	17.7 (9.0–34.9)	35.6 (15.3–82.9)	4.5 (1.9–10.6)	17.3 (9.3–32.0)	3–45.1)	8.7 (5.3–14.2)
CD	17.7 (9.0–34.9)	37.7%	19.8%	7.1%	34.8%	3%	65.4%
Anxiety	35.6 (15.3–82.9)	49.1%	63.94 (27.5–148.8)	5.6	17.7%	10–94.7)	17.0 (8.9–32.2)
Depression	7.9%	63.9 (27.5–148.8)	3.9%	5.8	12.0%	20.8%	32.9%
	4.5 (1.9–10.6)	9.0%	5.8 (2.0–15.0)	37.0%	7.1 (2.3–21.8)	7.2 (3.7–13.8)	4.2 (2.2–8.1)
	24.1%	47.5%	6.4%	5.1 (2.9–9.1)	80.8 (40.1–162.6)	76.8%	76.8%
	17.7 (9.8–32.0)	27.2 (15.3–48.6)	5.9 (2.2–15.9)				27.5 (13.8–54.8)

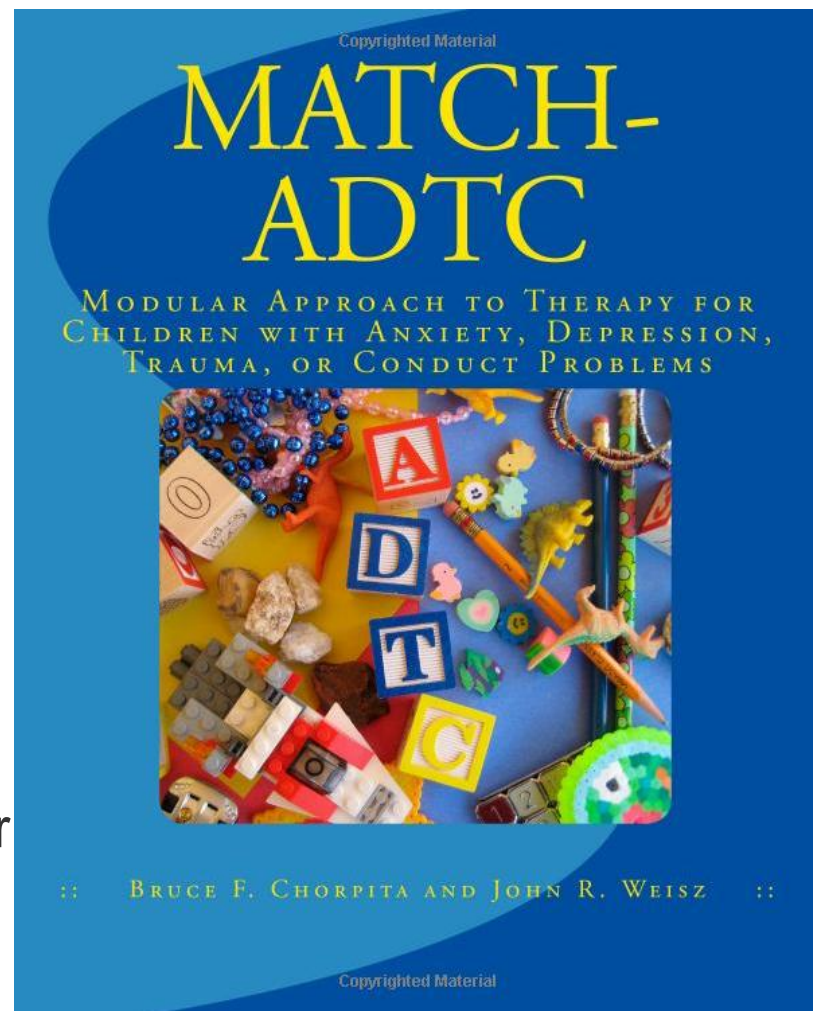
ADHD, attention deficit/hyperactivity disorder; CD, conduct disorder; ODD, oppositional defiant disorder.

Wickstrøm et al., 2012



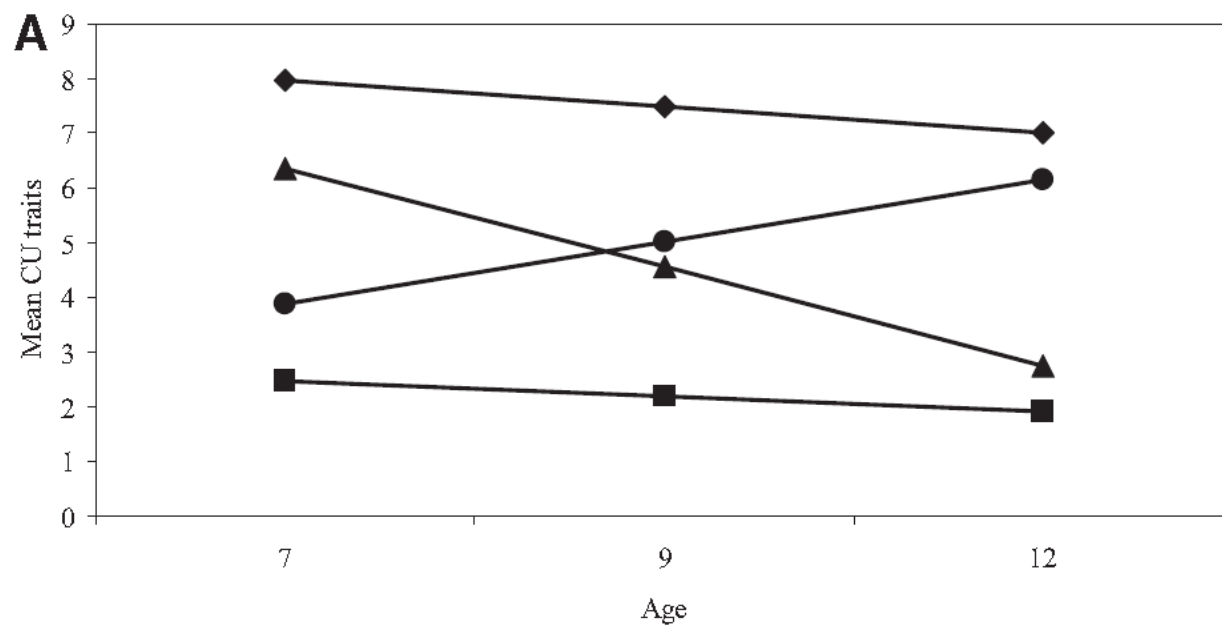
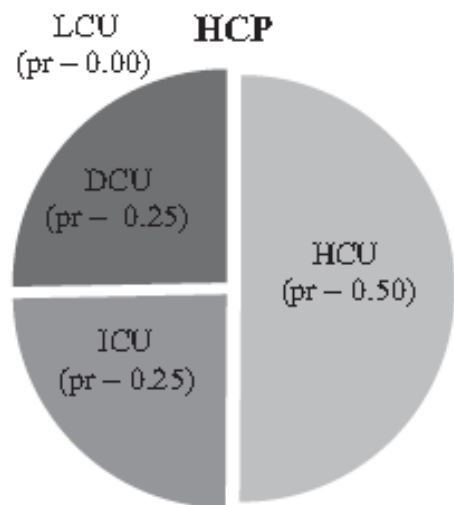
Hvordan øke effekten ved komorbiditet

- Et betydelig antall barn med atferdsvansker sliter med tilleggslidelser
- Hva gjør vi når barn har komorbide lidelser:
 - Angst
 - Depresjon
 - Traumer
- Fleksibel og modulbasert tilnærming
- Svarer på kritikken om at evidensbaserte tiltak ikke tar høyde for komorbiditet



Hvordan øke effekten ved "følelseskulde"

- "Følelseskulde" (callous-unemotional trait):
 - Manglende empati og følelsesprosessering
 - Risikofaktor for utvikling av psykopati senere i livet



■ Stable Low (74.6%; 59.5% girls) ▲ Decreasing (13.4%; 37.4% girls)
 ● Increasing (7.3%; 33.7% girls) ◆ Stable High (4.7%; 19.5% girls)

Hvordan øke effekten ved ”følelseskulde”

- Barn med ”følelseskulde” ser ut til å profitere mindre på foreldreopplæring (Hawes & Dadds, 2007)
- Det viser også våre egne data av familier som mottok PMTO
- ”Følelseskulde” hos barn var knyttet til dårligere utfall på:
 - Foreldre- og lærervurderte atferdsvansker
 - Foreldre- og egenrapportert depresjon

Hvordan øke effekten ved ”følelseskulde”

- Hva kan man gjøre ved ”følelseskulde”
- Kanskje man må tilpasse og legge til ekstrakomponenter (Frick & Viding, 2009)
 - Ser ut til at disse barna er mindre responsive til negative konsekvenser (f. eks pausetid)
 - Responsive til positiv forsterkning (f. eks belønning)
 - Mulig behov for å jobbe direkte med barnet:
 - Empatitrening
- Stort fokus på dette i forskningsverden nå
- Vi trenger studier for å teste effekten av tilpasset foreldretrening

Hvordan øke effekten: mediatorer

- Mediatorer = prosesser i foreldreopplæring som gir ønsket effekt på atferdsvansker
 - For eksempel foreldreferdigheter
- Vi har undersøkt om effekten av foreldreopplæring medieres av:
 - Positive foreldreferdigheter
 - Ros og oppmuntring
 - For streng grensesetting
 - Roping, skriking og klapsing



Mediatorer i PMTO for etniske minoriteter

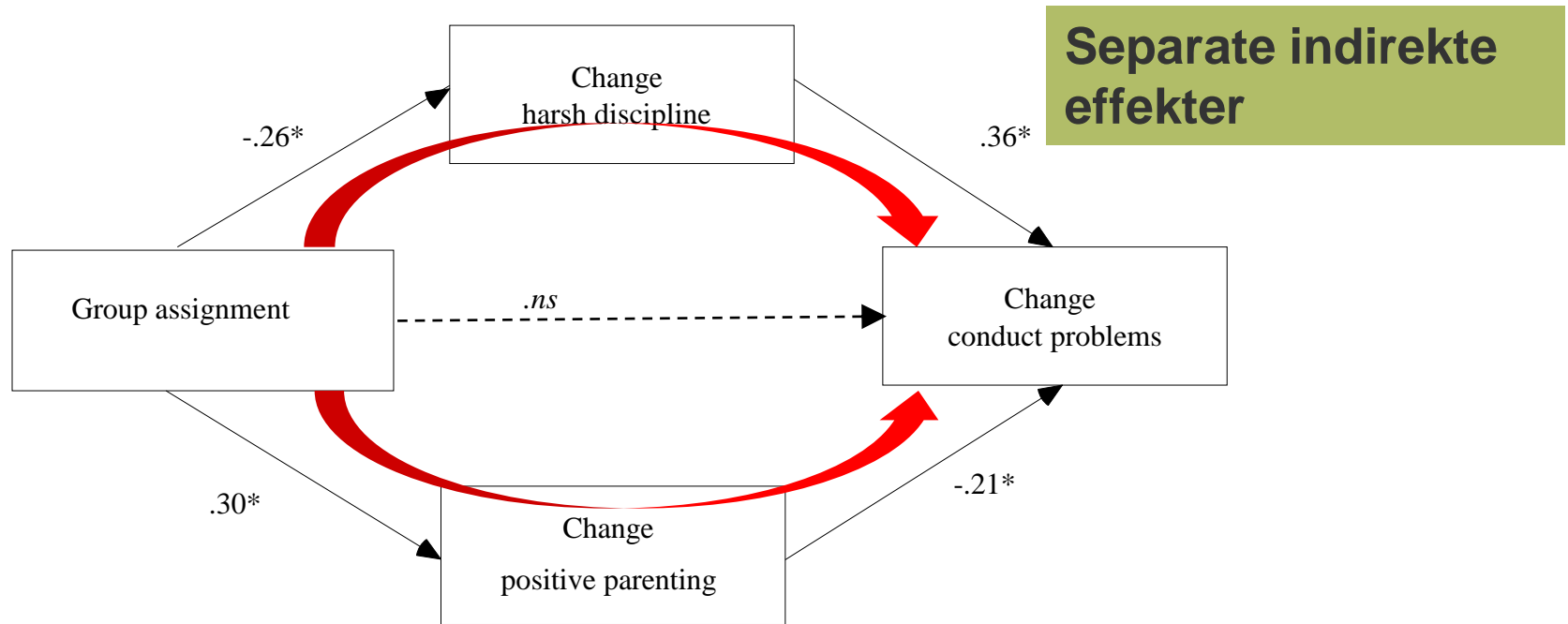


Figure 1. Mediation Model of Mothers Change in Harsh Discipline and Positive Parenting Predicting Change in Child Conduct Problems. $\chi^2(2, N = 96) = 2.13, p = .34, RMSEA = 0.03, CFI = .99, 90^{\text{th}}$ confidence interval = 0.00 - 0.20. *Significant at the 0.05 level. Group assignment: Intervention = 1, Control = 0. Change score = post - pre.

Mediators in BPT

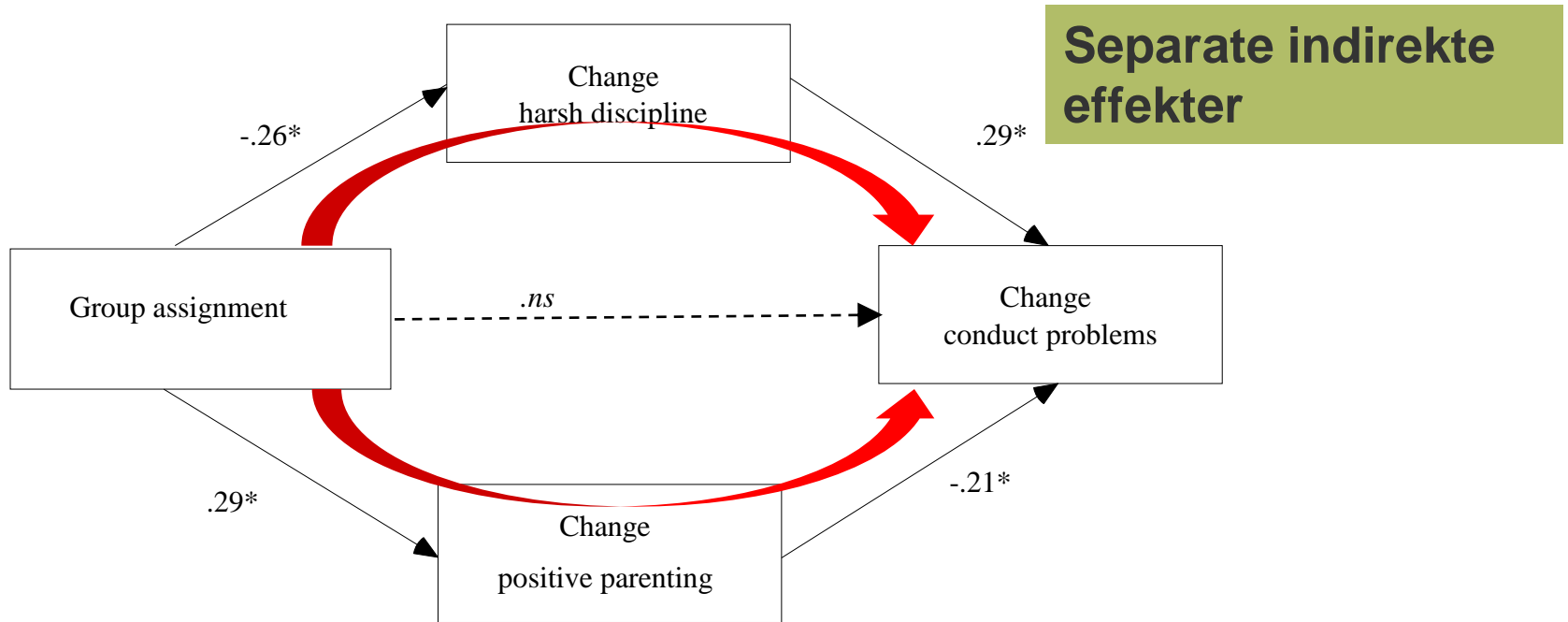


Figure 1. Mediation Model of Change in Harsh Discipline and Positive Parenting Predicting Change in Child Conduct Problems. $\chi^2(216) = 3.38$ $p = .18$, RMSEA = .06, CFI = .98, *Significant at the 0.01 level. Group assignment: Intervention = 1, Control = 0. Change score = post – pre.

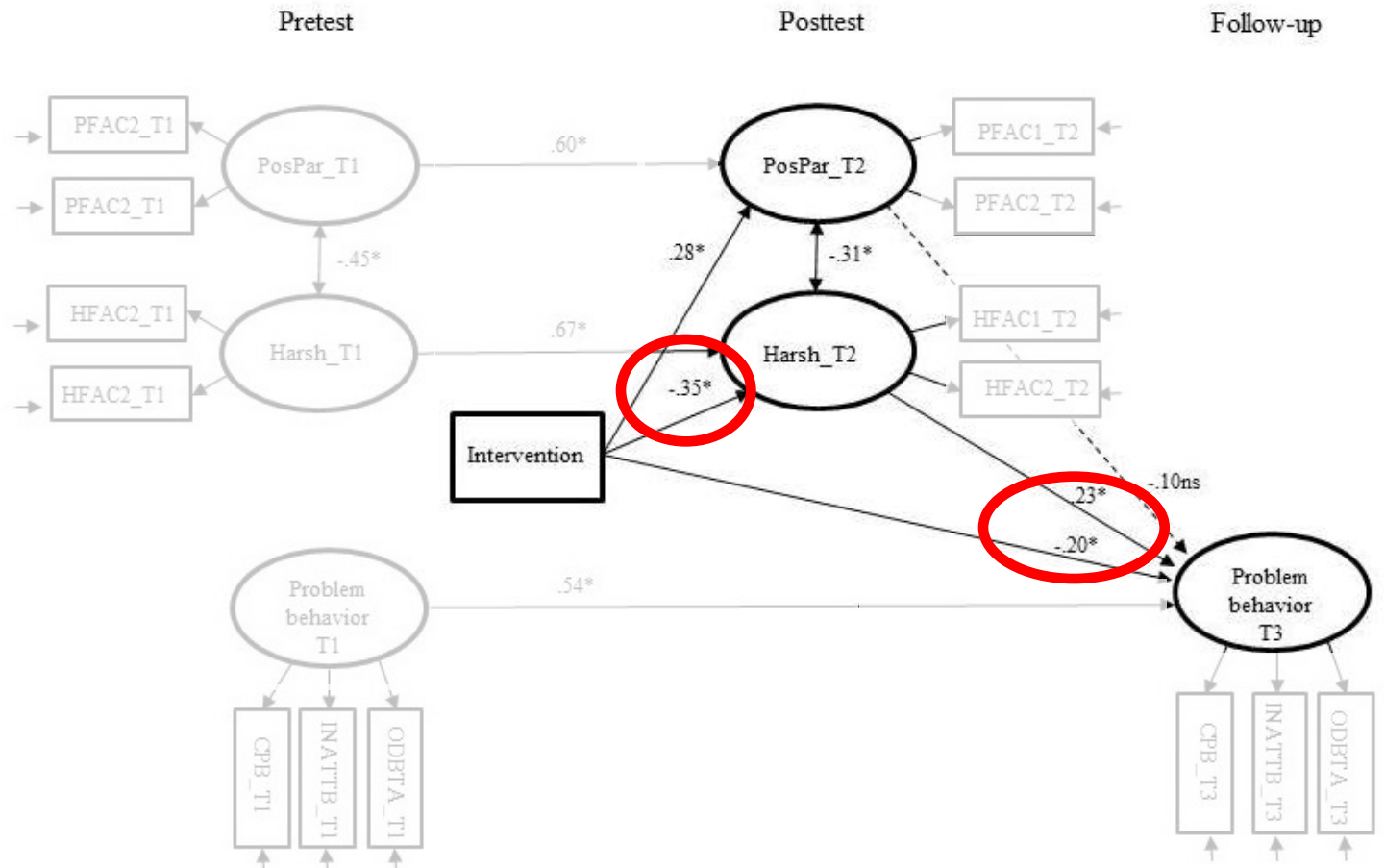
Så hva betyr så dette?



Foreldre-
opplæring



Effekten via redusert streng disiplin etter halvt år



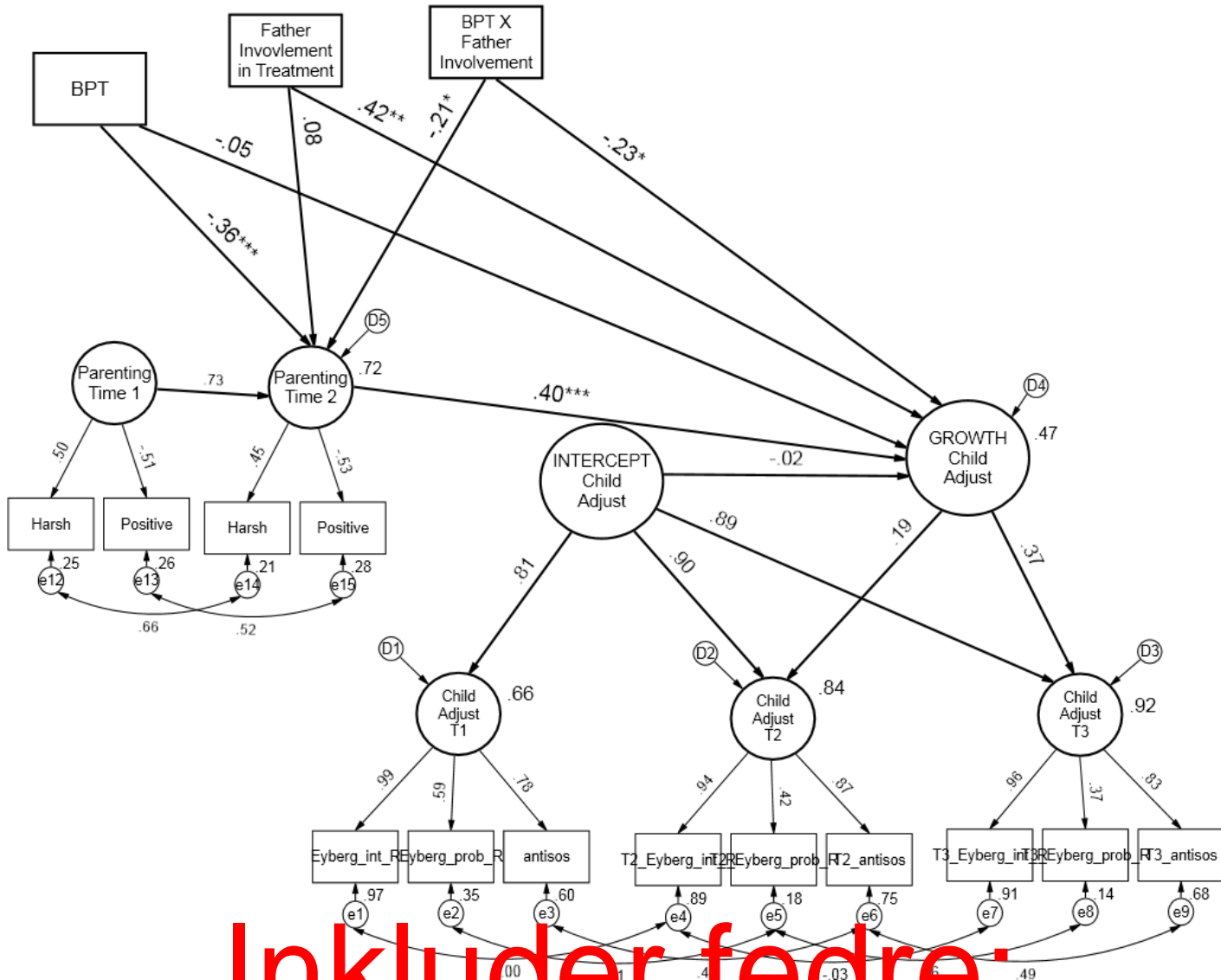
Sammenfatning mediatorer

- I begge studier ved avsluttet foreldreopplæring:
 - Effekten på atferdsvansker går via streng disiplinering og positive foreldreferdigheter
- Bekrefter funn fra tidligere studier i USA
- I foreldrerådgivning halvt år etter:
 - Kun reduksjon av streng grensesetting som medierte

Sammenfatning mediatorer

- Økte positive foreldreferdigheter viktige for å:
 - skape umiddelbar endring hos barna
 - hjelpe foreldre å unngå for streng grensesetting
- Redusert for streng grensesetting viktig for å:
 - skape umiddelbar endring...
 - og opprettholde effekten på atferdsvansker

Følg manualen:

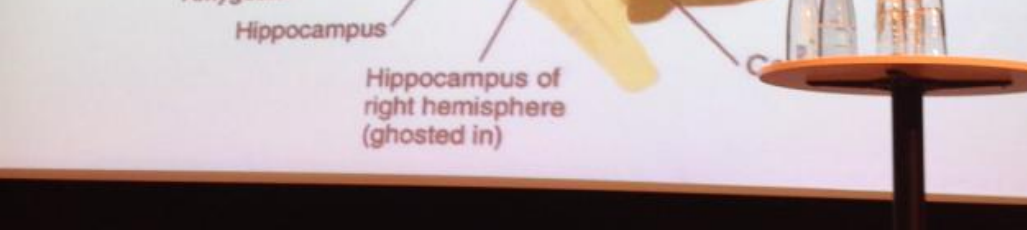


Inkluder fedre:

Vedlikehold av effekter over tid

- I vår studie av foreldrerådgivning og PMTO minker effektene over tid
- Det samme viser funnene fra en meta-analyse (Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006)
- For å imøtekomme dette: tannlegetilnærming (Kazdin, 1997)
 - Regelmessig monitorering av barnas atferd
 - Tilby ekstra hjelp ved behov
- Family Check-Up har inkorporert årlig oppfølging (2-17 år)





Er det noen ganger for sent?

- Vi vet at den prenatale fasen og de tre første leveårene er meget viktige i barns liv
 - Risikofaktorer ved familien (rus, depresjon, fattigdom osv)
 - Lav sensitivitet hos mor
 - Utrygg tilknytning
- Noen av de som ikke profiterer på foreldreopplæring kunne ha trengt hjelp tidligere
- Det finnes evidensbaserte tiltak for sped- og småbarn
- Nurse Family Partnerships (NFP)
- Attachment and Biobehavioral Catch-Up (ABC)
- Family Check-Up (FCU)
- Problemet er at de ikke er implementert i Norge



Hvorfor så mye fokus på implementering?

- Fordi evidensbaserte tiltak uten kvalitetssikring har vist seg å ha null til negativ effekt (Barnoski & Aos, 2004)
- Hvis vi trener opp horder av terapeuter og praktikere uten:
 - a) å kjenne effekten av tiltakene
 - b) kvalitetssikring (implementeringsstrategier)
- ...risikerer vi at hjelpen vi gir har null til negativ effekt
- Betyr hjelpen da en forskjell?



Implementering

- Rekruttering
 - Klinisk erfaring, teoretisk orientering og holdninger til evidens
- Opplæring
 - Passive kurs ikke nok
 - ”Learning by doing”
- Organisatorisk støtte
 - Veiledning
 - Tilrettelegging fra ledelse
- Klient variabler
 - Tiltaket må treffe målgruppen – fleksibelt nok
 - Sjekke utfallsvariabler - MATCH

(Beidas & Kendall, 2010; Fixsen et al., 2009)

Denne formen for foreldrerådgivning har vært i aktiv bruk rundt om i norske kommuner i mer enn sju år.

– Siden TIBIR-rådgivning bygger på velkjente og velutprøvde prinsipper innenfor PMTO, har man lenge ment at den er til god hjelp for de familiene som trenger det. Det utdannes kontinuerlig fagfolk over hele landet. Men hvem lykkes best? Og hvorfor?

Metodeintegritet er viktig

- Høy grad av metodeintegritet gir bedre utfall av foreldrerådgivning
- To studier av PMTO (en med data fra USA og en fra Norge) finner det samme
- Peker på viktigheten av kvalitetssikring og god implementering

Oppsummering

- Foreldreopplæring hjelper mange
- Vi kan hjelpe flere

- Vi trenger fleksible tiltak
- Evidens er en evigdans
 - Kunnskapen økes og endres
 - Foreldreopplæring må oppdateres i henhold til dette

- Vi har nådd langt, men mye er ugjort



Takk for oppmerksomheten!

