

Trening av foreldreferdigheter og barn med kombinasjonen ADHD og alvorlige atferdsproblemer



Av Gunnar Bjørnebekk,
professor II, forsker 1,
Atferdssenteret,
Institutt for pedagogikk,
Universitetet i Oslo



Terje Ogden,
professor II,
forskningsdirektør,
Atferdssenteret,
Psykologisk Institutt,
Universitetet i Oslo



John Kjøbli,
forsker 1,
Atferdssenteret

PMTO (Parent Management Training Oregon) er et treningsprogram for foreldrene til barn med atferdsproblemer. I Norge er programmet implementert i alle landets fylker. Det er et intervensjonsprogram som er utviklet for å trene foreldrene i sentrale foreldreferdigheter som kan forebygge, redusere eller stoppe atferdsvansker hos barn og unge. Familiene får trening i fem sentrale foreldreferdigheter: Positiv involvering, oppmuntring av nye ferdigheter, milde negative konsekvenser (grensesetting), problemløsning og tilsyn/oppfølging. Foreldrene lærer å gi barnet tydelige beskjeder på en vennlig måte og til å oppmuntre barnet når det samarbeider. Hvis foreldrene opplever at tydelighet og oppmuntring ikke fører fram, lærer de å gi forutsigbare og milde konsekvenser når barnet ikke samarbeider. I Norge er PMTO-behandling tidligere utprøvd i familier med og uten minoritetsbakgrunn, som har barn med alvorlige atferdsproblemer.^{1,2}

En studie viser lovende resultater også for familier med barn som har diagnosen ADHD.

Barn som har både atferdsproblemer og diagnosen ADHD er i høyrisiko for senere i livet å få en antisosial

og kriminell løpebane. Det er også økt risiko for at de skal utvikle rusmisbruk, bli utsatt for alvorlige ulykker og havne utenfor arbeidslivet.³

Allerede tidlig i livet setter barn med ADHD foreldrenes ferdigheter på en hard prøve, med sin impulsivitet og problemene med vedvarende oppmerksomhet. Over tid øker det sannsynligheten for at de svarer med avvising, stadig sterkere reguleringstiltak, et lavere nivå av positiv involvering eller inkonsistent disiplin.⁴

Med alvorlige atferdsproblemer i tillegg, byr disse barna på særlige utfordringer for foreldrene. Foreldretrening som er utformet for å endre atferdsproblemer hos barn, har medført moderate effektstørrelser umiddelbart etter behandlingen ($d = 0,42$). I inntil ett år etter avsluttet behandling er effektene fremdeles tilstede, men effektstørrelsene er små ($d = 0,21$).

Tilsvarende resultater er funnet i en metaanalyse som undersøkte effekten av foreldretrening når barnet har ADHD.⁵ En skulle dermed forvente at foreldretrening er et virksomt tiltak, enten i kombinasjon





med medikamentell behandling eller uten, i å bremse utviklingen av problematferd blant barn med kombinerte problemer.

Det har imidlertid pågått heftige diskusjoner i fagfeltet om familier med barn med kombinasjonen ADHD og atferdsproblemer profitterer på familietreningstil-tak.⁶ Noen har til og med forfektet at kombinasjonen atferdsproblemer og ADHD representerer en helt annen form for dysfunksjon enn hva diagnosene gjør hver for seg,⁷ og at de ikke responderer på behandling på tilsvarende måte.⁸

To litteraturgjennomganger konkluderer med at denne gruppen krever en mer intensiv form for behandling.^{9,10} Forskerne bak en metaanalyse som tok for seg 16 studier av foreldretrening for barn med ADHD, vurderte reduksjonen av ADHD-symptomer og atferdsproblemer som relativt lave (0,40 og 0,36)¹¹ sammenlignet med effekten av medisiner. Resultatene fra Lee og kollegaenes (2012) metaanalyse viser videre at ADHD og atferdsproblemgruppen fremviser mindre effekt av foreldretrening, enn barn med kun ADHD.

I Fabiano og medarbeidernes studie fra 2009 kom imidlertid ikke den komorbide gruppen dårligere ut enn barn som bare hadde atferdsproblemer (CD/ODD) eller ADHD. I en gjennomgang av resultatene fra fem randomiserte kontrollstudier hverken modererte eller predikerte oppmerksomhetsproblemer utfallet av foreldretreningen.¹² Resultatene har dermed vært sprikende. Dette ble også bekreftet i en systematisk gjennomgang av tolv metaanalyser, hvor resultatene varierte fra en metaanalyse som viste sterk positiv effekt (0,75) til en annen som viste negativ effekt (-0,32).¹³

Formålet med den foreliggende studien var å undersøke om utbyttet av PMTO-behandling for familier hvor barnet har ADHD og alvorlige atferdsproblemer tilsvarer utbyttet for de uten. Videre ønsket vi å studere om gruppen med ADHD er ulik den uten ved inntaket til behandling, og om tilleggsbelastninger som depresjon hos mor, familiens inntekt og status som aleneforsørger har betydning for behandlingsutbyttet for denne gruppen.

256 familier

Studien omfatter 256 familier som mottok PMTO-behandling. I 97 av familiene (38 prosent) var det barn som også hadde diagnosen ADHD.

Ulike ved behandlingsstart


Barna som deltok i studien hadde en tilnærmet lik sosial bakgrunn, men barn med kombinerte problemer scoret høyere på oppmerksomhets- og sosiale problemer samt eksternalisering i foreldre- og lærervurderinger (CBCL,TRF). De scoret også lavere på lærervurderinger av sosiale ferdigheter og skolefaglig kompetanse, enn gruppen barn med atferdsproblemer uten ADHD.

PMTO-behandling

En PMTO-behandling innebærer ukentlige møter mellom PMTO-terapeuten og foreldrene, barnet kan også tidvis delta, samt en telefonsamtale mellom møtene. Målet er at foreldrene skal få fremmet sine foreldreferdigheter gjennom å lære seg funksjonelle strategier som oppmuntring, ros og grensesetting. Et behandlingsforløp kan bestå av mellom tyve og femti møter mellom terapeut og foreldre.

Like store endringer

Atferdsendring målt med foreldre- og lærervurderinger viste ingen forskjeller mellom gruppene, utover



det at barn med ADHD scorete lavere på endringen av sosial kompetanse (foreldrerapportert) sammenlignet med barn uten ADHD. Til tross for likt behandlingsutbytte fremviste barna med ADHD fortsatt et høyere nivå av oppmerksomhetsproblemer både i hjemmet og på skolen. De scorete også fortsatt lavere på sosial kompetanse enn barna uten ADHD etter avsluttet behandling.

Tilleggsbelastninger

Resultatene tyder på at i familier hvor barnet har ADHD, kan tilleggsbelastninger som lav inntekt og depresjon hos mor føre til at PMTO ikke virker like godt. ■

KONKLUSJON

I sum tyder funnene på at PMTO fører til tilsvarende endringer hos barn med atferdsvansker og ADHD, som hos de med kun atferdsvansker. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at i familier hvor barnet har ADHD, kan tilleggsbelastninger som lav inntekt og depresjon hos mor føre til redusert virkning av PMTO. Videre scorer fortsatt gruppen som også har ADHD høyere på oppmerksomhetsproblemer, og lavere på sosial kompetanse ved behandlingsslutt. Det bør derfor vurderes videre oppfølging av denne typen problematikk utover PMTO.

Artikkelen er basert på originalartikkelen: Bjørnebekk G, Kjøbli J, Ogden T. Children with conduct problems and co-occurring ADHD: Behavioral improvements following Parent Management Training. *Child & Family Behavior Therapy* 2015;37:1-19. DOI: 10.1080/07317107.2015.1000227.

Referanser

1. Ogden T, Amlund-Hagen K. Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;76:607-621.
2. Bjørknes R, Manger T. Can Parent Training Alter Parent Practice and Reduce Conduct Problems in Ethnic Minority Children? A Randomized Controlled Trial. *Prevention Science* 2013;14:52-63.
3. Walker J, Lahey B, Hynd G, Frame C. Comparison of specific patterns of antisocial behavior in children with conduct disorder with or without coexisting hyperactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;55:910-913.
4. Johnston C, Jassy JS. Attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional/conduct problems: Links to parent-child interactions. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2007;16:74-79.
5. Lee P, Niew W, Yang H, Chen VC, Lin K. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities* 2012;33:2040-2049.
6. Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, Weiss G, Fleiss K, Etcovitch JOY, Pollock S. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2004;43:802-811.
7. Hinshaw SP. *Attention deficits and hyperactivity in children*. Thousand Oaks, California: Sage, 1994.
8. Lynam DR. Early identification of the fledgling psychopath: Locating the psychopathic child in the current nomenclature. *Journal of Abnormal Psychology* 1998;107:566-575.
9. Gresham FM, Lane KL, Lambros KM. Comorbidity of conduct problems and ADHD: Identification of the "fledgling psychopaths". *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2000;8:83-93.
10. Ollendick TH, Jarrett MA, Grills-Taquechel A, Hovey LD, Wolff JC. Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review* 2008;28:1447-1471.
11. Corcoran J, Dattalo P. Parent involvement in treatment for ADHD: A meta-analysis of the published studies. *Research on Social Work Practice* 2006;16:561-570.
12. Beauchine TP, Webster-Stratton C, Reid MJ. 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* 2005;73:371-388.
13. Fabiano GA, Schatz NK, Aloe AM, Chacko A, Chronis-Tuscano A. A Systematic Review of Meta-Analyses of Psychosocial Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015;18(1):77-97.