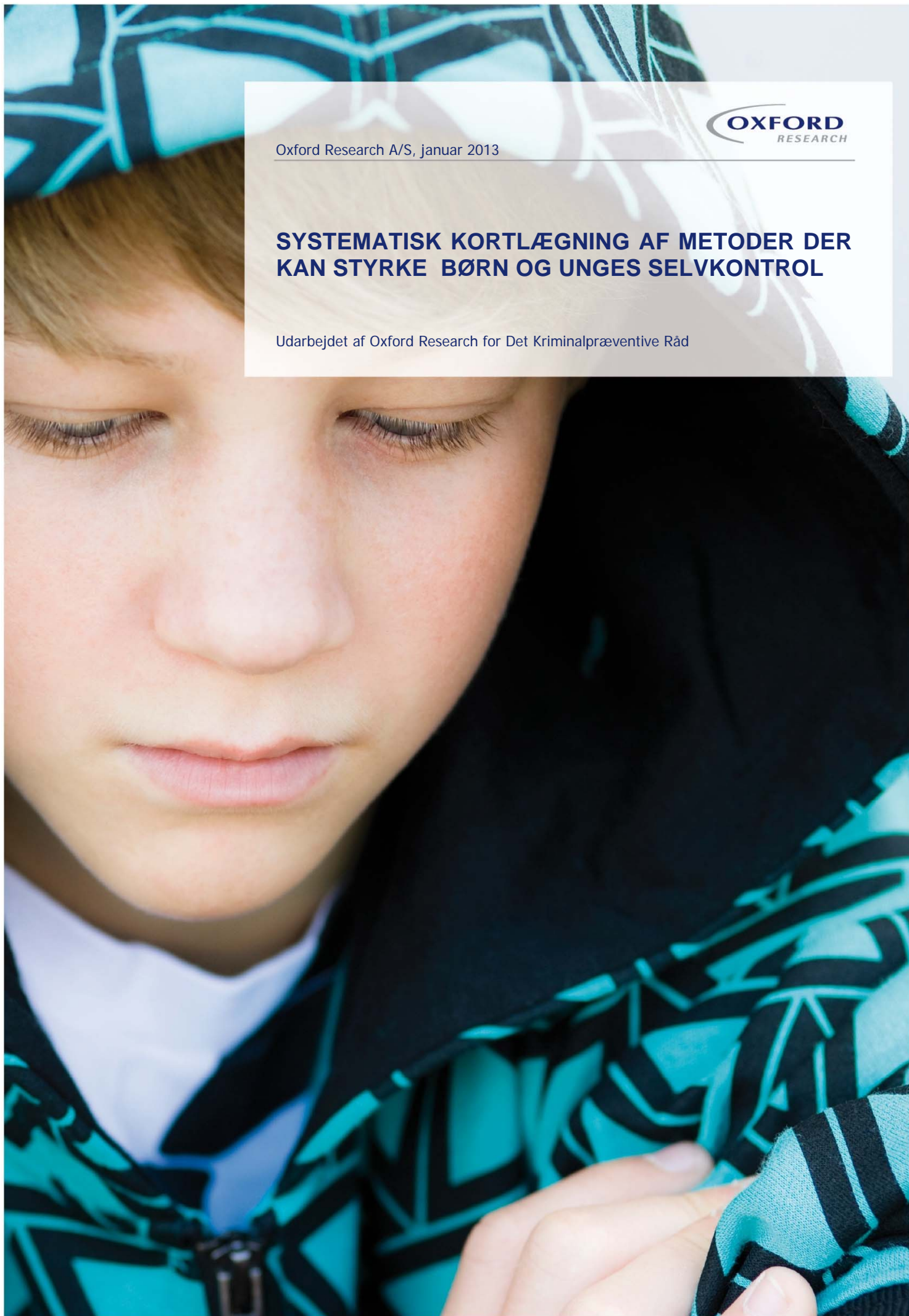


SYSTEMATISK KORTLÆGNING AF METODER DER KAN STYRKE BØRN OG UNGES SELVKONTROL

Udarbejdet af Oxford Research for Det Kriminalpræventive Råd



Forord

Oxford Research har for Det Kriminalpræventive Råd udarbejdet en systematisk kortlægning af metoder, der kan styrke børn og unges selvkontrol. Netop lav selvkontrol er blandt de mest veldokumenterede risikofaktorer, når det gælder børn og unges risiko for at havne i kriminalitet.

I rapporten beskrives og vurderes en lang række indsatser målrettet børn, unge og/eller deres forældre eller lærere, som på forskellig vis kan styrke selvkontrol hos børn og unge i alderen 7-17 år. Helt overordnet er budskabet positivt: der er dokumentation for, at selvkontrol kan trænes.

Det Kriminalpræventive Råd får således med denne rapport et velkvalificeret fundament for det videre arbejde med at mindske antallet af de mest kriminelle unge.

I forbindelse med udarbejdelse af kortlægningen har Oxford Research involveret professor Terje Ogden, Atferdssenteret i Norge. Endvidere har Det Kriminalpræventive Råd og Oxford Research afholdt et seminar for aktører, der arbejder i forskellige kontekster omkring børn og unge inden for både det almene område og specialområdet, hvor perspektiverne for anvendelse af kortlægningens resultater blev drøftet.

Oxford Research vil gerne udtrykke en stor tak til alle involverede.

Ligeledes skal der lyde en stor tak til Det Kriminalpræventive Råd for et godt og konstruktivt samarbejde om opgaven.

På vegne af Oxford Research

Nina Middelboe, chefanalytiker

Anne Mette Møller, analytiker

Indhold

Kapitel 1. Introduktion	9
1.1 Kortlægningens formål og fokus	9
1.1.1 Afgrænsning af lav selvkontrol	10
1.1.2 Særligt fokus på indsatser afprøvet i de skandinaviske lande	11
1.2 Fremgangsmåde	11
1.2.1 Søgestrategi	11
1.2.2 Kvalificering af søgestrategi og resultater	12
1.3 Overordnede resultater	12
1.3.1 Selvkontrol hos børn og unge kan styrkes på mange forskellige måder	13
1.3.2 Opsummering af resultater fordelt på indsatstyper	16
Kapitel 2. Forældretræningsprogrammer	21
2.1 Hvordan er forældretræning afprøvet?	21
2.1.1 Forældretræning i en skandinavisk/europæisk kontekst	24
2.1.2 Forældretræning målrettet forældre til børn med ADHD	26
2.1.3 Telefon- og internetbaseret forældretræning	27
2.2 Virker forældretræning over for lav selvkontrol?	28
Kapitel 3. Social færdighedstræning	31
3.1 Hvordan er social færdighedstræning afprøvet?	31
3.1.1 Social færdighedstræning målrettet børn og unge med adfærdsproblemer	33
3.1.2 Social færdighedstræning målrettet børn med ADHD og ODD	34
3.1.3 Social færdighedstræning målrettet dømt unge på institution	35
3.2 Virker social færdighedstræning over for lav selvkontrol?	35
Kapitel 4. Vredes- og aggressionshåndtering	37
4.1 Hvordan er vredes- og aggressionshåndtering afprøvet?	37
4.1.1 Vredes- og aggressionstræning målrettet til børn alene	38
4.1.2 Vredes- og aggressionstræning målrettet børn, forældre og/eller lærere	39
4.2 Virker vredes- og aggressionshåndtering over for lav selvkontrol?	40
Kapitel 5. Kognitiv adfærdsterapi	43
5.1 Hvordan er kognitiv adfærdsterapi afprøvet?	43
5.1.1 Kognitiv adfærdsterapi målrettet børn og unge med CD og ADHD	45
5.1.2 Kognitiv adfærdsterapi målrettet børn og unge med aggressiv adfærd	45
5.1.3 Kognitiv adfærdsterapi målrettet kriminelle unge	47
5.2 Virker kognitiv adfærdsterapi over for lav selvkontrol?	48

Kapitel 6. Familiebaserede indsatser	49
6.1 Hvordan er familiebaserede indsatser afprøvet?	49
6.1.1 Multisystemisk Terapi (MST)	51
6.1.2 Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)	52
6.1.3 Reciprocal Skills Training	52
6.1.4 Multiple Family Groups	53
6.2 Virker familiebaserede indsatser over for lav selvkontrol?.....	53
Kapitel 7. Multimodale indsatser i kombination med medicin.....	55
7.1 Hvordan er multimodale indsatser i kombination med medicin afprøvet? ...	55
7.1.1 Multimodal adfærdsterapi og medicin til børn med ADHD	57
7.1.2 Multimodal adfærdsterapi og medicin afprøvet under almindelige forhold	58
7.1.3 Multimodal adfærdsterapi og medicin til børn med ODD/CD.....	59
7.1.4 Multimodal Day Treatment Program (heldagsskole).....	59
7.2 Virker multimodal adfærdsterapi i kombination med medicin over for lav selvkontrol?	60
Kapitel 8. Skolebaserede indsatser	63
8.1.1 Hvordan er skolebaserede indsatser afprøvet?.....	63
8.1.2 First Step to Success	65
8.1.3 EBT – Evidence-Based Treatment	66
8.1.4 Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)	66
8.1.5 The collaboration model (Marte Meo og koordineringsmøder)	67
8.1.6 Fast Track	67
8.1.7 PTAR – Parent-Teacher Action Research	68
8.1.8 SHIP – Schools and Homes in Partnership	69
8.1.9 Multicomponent Program.....	69
8.1.10 STEAM/ Temper Taming.....	70
8.1.11 Multicomponent Competence Enhancement Intervention (MCEI) ...	70
8.1.12 School Survival – social-cognitive skills training.....	70
8.2 Virker skolebaserede indsatser over for lav selvkontrol?.....	71
Kapitel 9. Øvrige indsatstyper	73
9.1 Hvordan er de øvrige indsatstyper afprøvet?.....	73
9.1.1 Kostændringer målrettet børn med ADHD	74
9.1.2 Boot camps	74
9.1.3 Traditionel kampsportstræning.....	75
9.1.4 Projekt CHANCE – mentorprogram for 6-10-årige.....	75
9.2 Virker andre typer indsatser over for lav selvkontrol?	76
Kapitel 10. Metode og datagrundlag.....	77
10.1 Kriterier for inklusion og eksklusion.....	77

10.2 Fremgangsmåde	79
10.2.1 Kvalificering af søgestreng	79
10.2.2 Kilder	79
10.2.3 Screening og kodning	80
10.3 Datagrundlag	83
10.3.1 Karakteristika ved de kortlagte indsatser	84
Referencer	89

Kapitel 1. Introduktion

Et af Det Kriminalpræventive Råds strategiske mål er at reducere antallet af de mest kriminelle unge. Der har i det seneste årti været en klar tendens til øget lovløshed i den brede gruppe af unge. Dette skyldes overvejende et fald i antallet af "småkriminelle" unge, mens en restgruppe bestående af unge, der begår relativt alvorlig og relativt hyppig kriminalitet ikke i samme omfang har udviklet sig i positiv retning. Der er en lang række sociale forhold hos de mest kriminelle unge, der kan gøres til genstand for forebyggende arbejde. Fx har de væsentligt dårligere erfaringer med skolen og har haft en væsentligt mere konfliktfyldt familiebaggrund end den gennemsnitlige unge. Der er imidlertid meget forskning, der peger på, at de mest kriminelle unge ikke blot er socialt udsatte, men tillige er præget af mere individuelle risikofaktorer.

I forskningen opdeles risikofaktorer ofte i fire typer, som er knyttet til hhv. individet, familien, miljøet eller strukturelle forhold, og man ved i dag, at individuelle risikofaktorer vejer tungt i en samlet vurdering af sandsynligheden for, hvorvidt et barn eller ung senere vil havne i kriminalitet (Christoffersen et al. 2011). Blandt de individuelle risikofaktorer er lav selvkontrol en af de mest veldokumenterede og tilmed en faktor, som det faktisk er muligt at påvirke. En ny oversigt over dansk og international forsknings- og evalueringsviden om virksomme forebyggelsesindsatser fremhæver, at der *er* en påvist dokumenteret effekt af indsatser, som har sigte på at styrke børns selvkontrol (CFK 2012). Tilsvarende viser en ny Campbell forskningsoversigt, at selvkontrol-programmer til børn i alderen 3-10 år har stor effekt og således kan forebygge antisocial og kriminel adfærd (Piquero et al. 2010).

Sådanne indsatser er imidlertid ikke særlig udbredte i Danmark på nuværende tidspunkt (Saidj 2012). Det Kriminalpræventive Råd har på denne baggrund taget initiativ til at skabe overblik over forskningen i indsatser, der ser ud til at kunne styrke selvkontrol hos børn og unge i alderen 7-17 år. Den systematiske kortlægning af disse indsatser og metoder skal give input til Det Kriminalpræventive Råds kommende arbejde med at udarbejde vejledende principper for det kriminalitetsforebyggende arbejde på området og dermed på længere sigt bidrage til at imødekomme behovet for at kunne iværksætte relevante og virkningsfulde indsatser over for børn og unge, hvor lav selvkontrol anses for at være en central risikofaktor.

Formålet med nærværende systematiske kortlægning er således at give et solidt bud på, hvilke indsatser og typer af indsatser der lader til at have en *empirisk underbygget* effekt. Enkelte studier af indsatser kan til tider kan pege i forskellige retninger, og et samlet overblik over resultater på tværs af flere undersøgelser giver således et langt mere sikkert beslutningsgrundlag, idet enkeltstående positive eller negative resultater perspektiveres i det samlede billede. Samtidig er kortlægningen en måde at vække viden til live, som ellers kan ligge ubrugt hen, da det netop kan være svært at handle på grundlag af et enkelt studie (CFK 2012).

Det skal i den sammenhæng bemærkes, at der naturligvis findes en lang række andre indsatser end de, der indgår i kortlægningen, som også kan have en effekt over for lav selvkontrol, men hvor der ikke findes empirisk belæg for denne effekt. Indsatser er således kun inkluderet og beskrevet for så vidt, at der foreligger solide empiriske undersøgelser af deres virkning. Det betyder ikke, at andre indsatser ikke kan være virkningsfulde, blot at de ikke er undersøgt tilstrækkeligt på nuværende tidspunkt. Det er tilfældet for en stor del af de indsatser, som anvendes i Danmark, som derfor ikke vil være at finde i nærværende kortlægning.

1.1 Kortlægningens formål og fokus

Det overordnede undersøgelsesspørgsmål for de systematiske kortlægning kan formuleres som følger:

Hvilke metoder/indsatser ser ud til at virke over for børn og unge i alderen 7-17 år, som har problemer med lav selvkontrol, temperamentsfuldhed, impulsivitet eller lignende, og som dermed er i risiko for at udvikle kriminel adfærd eller som allerede har udviklet kriminel adfærd?

Oxford Research har i tæt samarbejde med Det Kriminalpræventive Råd opstillet en række kriterier for inklusion og eksklusion, som tjener til at afgrænse kortlægningens formål og fokus. Disse kriterier har fungeret som en gennemgående rettesnor i hele processen. Kriterierne er detaljeret beskrevet i kapitel 10, men gives her i kort form:

- **Målgruppe:** Der er søgt efter indsatser rettet mod børn og unge i alderen 7-17 år, som har problemer med lav selvkontrol, temperamentsfuldhed, impulsivitet eller lignende og dermed er i risiko for at begå kriminalitet eller allerede har begået kriminalitet.
- **Indsatstyper:** Kortlægningen omhandler indsatser af såvel psykologisk, social, pædagogisk og fysisk karakter, som er målrettet vanskeligheder i forhold til lav selvkontrol eller tilsvarende adfærdsproblemer, fx impulsivitet, temperamentsfuldhed, aggressivitet, hyperaktivitet eller antisocial adfærd. Der skal være målt på indsatsens effekt på en af disse faktorer hos målgruppen. Indsatser, som er universelle, idet de retter sig mod den brede gruppe af børn og unge, er ikke medtaget. Indsatser, som alene eller langt overvejende består af farmakologisk behandling, er ikke medtaget.
- **Forskningsdesign:** Studierne skal have en tilstrækkelig høj udsigelseskraft ift. hvorvidt en målt effekt kan tilskrives den givne indsats. Kortlægningen inkluderer således alene lodtrækningsforsøg (randomiserede kontrollerede forsøg) samt kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol (design, der renser for målbare faktorer). For indsatser, som er af prøvet i Skandinavien, er der i enkelte tilfælde også inkluderet øvrige typer forskningsdesign, jf. nedenfor.
- **Kvalitet:** Der er foretaget kvalitetsvurderinger af hvert enkelt studie, som i øvrigt har levet op til kriterierne, hvor det enkelte studie er blevet karakteriseret som af hhv. "høj", "medium" eller "lav" kvalitet. Kun studier, som ud fra en helhedsbetragtning i relation til kortlægningens fokus og formål er blevet vurderet til at være af medium eller høj kvalitet, er inkluderet i kortlægningen.
- **Tid:** Kortlægningen inkluderer alene studier, som er udgivet fra 1990 og frem.

1.1.1 Afgrænsning af lav selvkontrol

Kortlægningen tager udgangspunkt i lav selvkontrol som individuel risikofaktor samt lignende problemer såsom temperamentsfuldhed, impulsivitet eller lignende. Der findes imidlertid ikke en klinisk definition af "lav selvkontrol", hvorfor der i forbindelse med udarbejdelse af den konkrete søgestrategi er foretaget en afgrænsning af problemfeltet i samarbejde med Det Kriminalpræventive Råd. Indsatserne i kortlægningen retter sig således mod børn og unge med:

- Lav selvkontrol
- Udadreagerende adfærd
- Aggressiv eller voldelig adfærd
- Impulsivitet
- Temperamentsfuldhed
- Diagnosticerede udadreagerende adfærdsforstyrrelser som Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), Oppositional Defiant Disorder (ODD) og Conduct Disorder (CD), hvor lav selvkontrol, hyperaktivitet, udadreagerende adfærd eller lignende udgør en primær problemstilling.

Indsatser, som er rettet mod en specifik målgruppe, som ikke først og fremmest er karakteriseret ved at udvise lav selvkontrol, men hvor hyperaktivitet, aggression eller udadreagerende adfærd optræder som ét symptom blandt andre og dermed er et sekundært fokusområde for indsatsen, er ikke inkluderet. Eksempler er indsatser over for børn og unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, børn og unge med diagnoser som fx posttraumatisk stress (PTSD) eller indlæringsvanskeligheder samt særligt intelligente børn. Symptomerne her kan være udadreagerende adfærd, aggression eller lignende, men de kan lige så vel være angst eller indadvendthed, og indsatserne er således ikke direkte målrettet vanskeligheder med lav selvkontrol.

I forlængelse heraf bemærkes det, at indsatser som kan karakteriseres som universelle, idet de er målrettet den brede gruppe af børn og unge, heller ikke er medtaget. Som nævnt ovenfor er det et kriterium for inklu-

sion, at indsatsen skal være målrettet børn, der grundet vanskeligheder med lav selvkontrol kan siges at befinde sig i en risikogruppe eller allerede har udvist kriminel adfærd. Brede skolebaserede indsatser, som retter sig mod alle elever og har et generelt sigte på fx at forbedre det sociale miljø i skolen, modarbejde mobning eller lignende, er således ikke medtaget.

1.1.2 Særligt fokus på indsatser afprøvet i de skandinaviske lande

Der er i arbejdet med kortlægningen lagt særlig vægt på at identificere indsatser, som er afprøvet i de skandinaviske lande. Det er bl.a. sket via en grundig afsøgning af relevante skandinaviske hjemmesider, herunder Socialstyrelsen i Sverige og Kunnskapsenteret og Ungsinn i Norge, samt via sparring med Terje Ogden, som er forskningschef ved Atferdssenteret i Norge (jf. nedenfor). I de enkelte delanalyser er der ligeledes lagt vægt på at fremhæve, hvis en given indsats er afprøvet under almindelige forhold i de skandinaviske eller andre europæiske lande.

Dette er valgt, idet en indsats, som har vist sig effektiv i et klinisk kontrolleret forsøg, ikke nødvendigvis vil vise samme virkning, når den afprøves under normale omstændigheder, hvor mange andre faktorer kan få indflydelse på implementeringen og udførelsen af indsatsen. Inden for effektforskningen skelner man derfor på engelsk mellem "efficacy" og "effectiveness". Efficacy omhandler effekten af en indsats i et klinisk kontrolleret forsøg, mens effectiveness omhandler effekten af en indsats under almindelige forhold i "den virkelige verden" som modsætning til et kontrolleret forskningsmæssigt set-up. Ligeledes kan det generelt ikke antages, at programmer som har vist sig effektive i ét land, umiddelbart kan overføres til andre lande med samme virkning. Der kan fx være store forskelle på opdragelsespraksis mellem lande, ligesom forskellige kulturelle kontekster på andre måder kan tænkes at have indflydelse på relevansen og effekten af en given indsats (se fx Thorell 2009).

1.2 Fremgangsmåde

Kortlægningen kan betegnes som systematisk, idet litteratursøgningen såvel som den efterfølgende screening af resultaterne er sket på baggrund af en fastlagt søgestrategi og ud fra de på forhånd opstillede kriterier for inklusion og eksklusion.

1.2.1 Søgestrategi

På baggrund af kriterierne for inklusion og eksklusion er der udviklet en søgestreng, som er blevet kvalificeret gennem en række testsøgninger og herefter anvendt til søgning i en række videnskabelige databaser inden for sociologi, socialt arbejde, psykologi, pædagogik, kriminologi og sundhedsvidenskab (Sociological Abstracts, PsycINFO, ERIC, SocINDEX, Criminal Justice Abstracts og PubMed). Herudover er der også søgt efter relevante systematiske forskningsoversigter i The Cochrane Library og The Campbell Library.

Følgende hjemmesider er ligeledes blevet afsøgt systematisk for relevante undersøgelser:

- Cristin.no (Current Research Information System in Norway)
- Kunnskapsenteret.no
- [Evidence Library \(EPPI-Centre\)](http://EvidenceLibrary.org)
- Evidencebasedprograms.org (Coalition for Evidence-Based Policy)
- Forskningsdatabasen.dk
- [National Criminal Justice Reference Service \(NCJRS\)](http://NationalCriminalJusticeReferenceService.org)
- [NORART](http://NORART.no)(Norske og nordiske tidsskriftartikler via Norges Nasjonalbibliotek)
- [SFI](http://SFI.no) – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- [Social Science Research Network \(SSRN\)](http://SocialScienceResearchNetwork.org)
- Socialstyrelsen.se
- Ungsinn.no.

1.2.2 Kvalificering af søgestrategi og resultater

Terje Ogden, forskningschef for Atferdssenteret og professor på Institut for Psykologi på Oslo Universitet i Norge, har løbende bidraget til kvalificering af kortlægningen. Terje Ogden har publiceret adskillige artikler omhandlende evidensbaseret behandling af børn og unge med alvorlige adfærdsproblemer i kontekster relateret til skoler, børnevelfærd samt behandling af psykiske lidelser. Yderligere er Terje Ogden forfatter til adskillige bøger, som omhandler forebyggelse og behandling af adfærdsproblemer samt arbejdet med at udvikle og fremme børn og unges sociale kompetencer. Terje Ogden har således bidraget med såvel forskningsmæssige kompetencer som en bred indsigt i feltet.

Konkret har Terje Ogden i projektets opstart kommenteret på forslag til søgeord og hjemmesider i forbindelse med udvikling af søgestrategien. Efterfølgende er han blevet konsulteret om eventuelle manglende indsatser i det indsamlede materiale og har i den forbindelse bidraget med yderligere relevante primærstudier, som ikke var blevet identificeret i forbindelse med søgningen, ligesom han har bidraget til afklaring af tvivlsspørgsmål i forbindelse med screeningen af de identificerede studier. Terje Ogden har desuden kommenteret et første udkast af nærværende rapport med henblik på overordnet kvalitetssikring ift. struktur, sprog og forskningsfagligt indhold.

1.3 Overordnede resultater

Den systematiske litteratursøgning i ovennævnte videnskabelige databaser og hjemmesider resulterede i over 6.000 søgeresultater. Den indledende screening af titler og abstracts førte til, at cirka 350 studier i første omgang blev inkluderet. Efter at have fremskaffet fuldtekster, blev disse gjort til genstand for en nærmere gennemlæsning og vurdering af det enkelte studies relevans. Denne proces resulterede i, at en hel del studier blev frasorteret. En oversigt over eksklusionsprocessen (flowchart) samt de primære årsager til eksklusion findes i kapitel 10. Trods ihærdige forsøg har det ikke været muligt at fremskaffe fuldtekster for 13 af de potentielt relevante søgeresultater inden for kortlægningens tidsramme, hvorfor disse ikke indgår.

I alt indgår 84 artikler i kortlægningen, som beskriver resultater af 67 forskellige primærstudier af relevante indsatser.¹ De inkluderede artikler/studier er hver især blevet kodet og genbeskrevet i forhold til en lang række variable, som beskriver indholdet og rationale bag indsatsen, hvor indsatsen foregår, hvem der leverer den, hvordan den er undersøgt, karakteristika ved målgruppen, og hvilke effekter man har kunnet påvise, om nogen. Udvalgte karakteristika for de enkelte studier er præsenteret i tabelform i forbindelse med de tværgående analyser. Ud over de 84 artikler, som omhandler primærstudier, er der i forbindelse med kortlægningen også identificeret en række metaanalyser, som er inddraget som perspektivering af de tværgående analyser af primærstudierne i det omfang, det har været relevant.

Af de 67 forskellige primærstudier er knap to tredjedele (61 %) lodtrækningsforsøg (RCT), mens en tredjedel er matchede kontrolgruppeforsøg. Størstedelen af indsatserne er afprøvet i USA, men næsten en fjerdedel er afprøvet i Norge eller Sverige. 7 % er afprøvet i Canada og 5 % er afprøvet i Australien, mens 4 % er afprøvet i Holland. Enkeltstående indsatser er afprøvet i hhv. Danmark, Spanien, Tyskland, England, Israel og Tyrkiet. 69 % af de 84 artikler har ud fra en helhedsbetragtning fået kvalitetsvurderingen "Mellem", mens 31 % har fået kvalitetsvurderingen "Høj".² De studier, som er vurderet til at være af høj kvalitet, har i de tværgående analyser fungeret som pejlemærker for robustheden af den samlede vurdering, og det er noteret, hvorvidt der er overensstemmelse mellem resultaterne af studierne af høj kvalitet og den samlede opsummering af resultaterne. Øvrige karakteristika på tværs af de inkluderede studier præsenteres i kapitel 10.

I det følgende præsenteres overordnede resultater og konklusioner på tværs af de inkluderede studier.

¹ Nogle artikler omhandler forskellige resultater eller aspekter på baggrund af samme studie/indsats. Enkelte artikler præsenterer eksempelvis opfølgende målinger, som er foretaget et eller flere år efter indsatsens afslutning, mens andre undersøger, hvilke variable der virker som mediatorer for resultaterne, eller præsenterer resultater for bestemte undergrupper i den samlede stikprøve.

² Kvalitetsvurderingen er foretaget af hver enkelt artikel, også selvom de omhandler samme studie, idet der fx kan opstå kvalitetsproblemer ved opfølgende målinger, ligesom kvaliteten i afrapporteringen af samme studie kan variere mellem artikler. Se også kapitel 10.

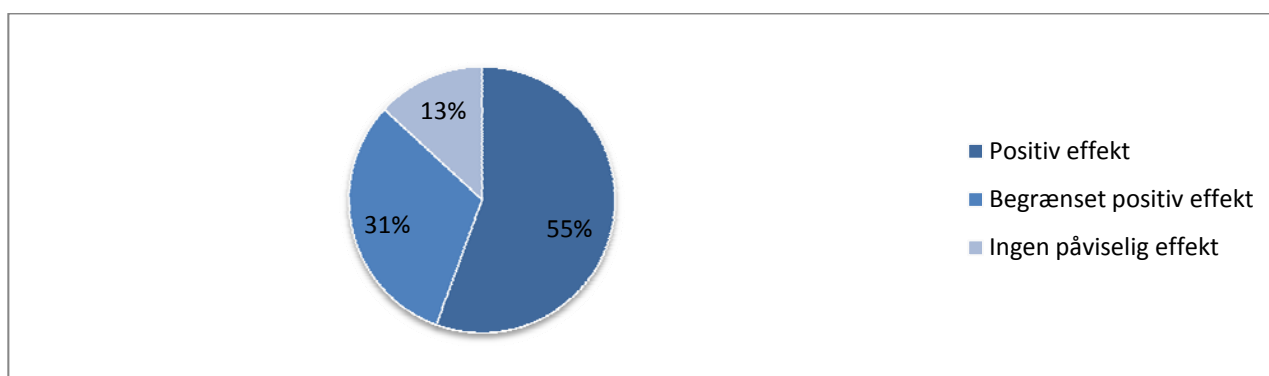
1.3.1 Selvkontrol hos børn og unge kan styrkes på mange forskellige måder

Den overordnede konklusion, som kan udledes af på baggrund af den systematiske kortlægning, er at *lav selvkontrol er en dynamisk individuel risikofaktor, som det er muligt at afhjælpe via eksisterende metoder og indsatser*. Kortlægningen viser desuden, at selvkontrol hos børn og unge kan styrkes på mange forskellige måder.

Alle inkluderede studier er blevet analyseret i forhold til, om de påviser en positiv effekt af den pågældende indsats i forhold til lav selvkontrol, udadreagerende adfærd, aggression eller tilsvarende relevante effektmål. Det skal her understreges, at der ikke er tale om en vurdering af indsatsens effekt i det hele taget, men alene dens effekt i forhold til lav selvkontrol, udadreagerende adfærd, hyperaktivitet eller lignende relevante effektmål. En indsats kan, der er kategoriseret som havende "Ingen påviselig effekt", kan således have andre positive effekter, som imidlertid ikke er fundet relevante i nærværende sammenhæng.

Som det fremgår af figur 1.1, viser lidt over halvdelen af de 67 inkluderede studier en positiv effekt. Med positiv effekt menes, at der opnås signifikante resultater på *alle eller næsten alle* relevante effektmål ift. lav selvkontrol. Lidt under en tredjedel har vist en begrænset positiv effekt ift. lav selvkontrol. Med en begrænset positiv effekt menes, at undersøgelsen af indsatsen viser blandede eller lovende men ikke overbevisende resultater, idet der fx kun er påvist positive effekter på *nogle* af de relevante effektmål, mens der ikke har kunnet påvises en positiv effekt på andre relevante effektmål, eller at den positive effekt kun er marginalt statistisk signifikant. I 13 % af studierne findes ikke en påviselig effekt af indsatsen ift. lav selvkontrol.

Figur 1.1 Studiernes fordeling på effekt ift. at styrke selvkontrol



N = 67 (Positiv effekt 37, Begrænset positiv effekt 21, Ingen påviselig effekt 9)

De kortlagte studier er hver især blevet kategoriseret i forskellige overordnede typer af indsatser ud fra deres primære greb. De overordnede kategorier, som findes i kortlægningen, er:

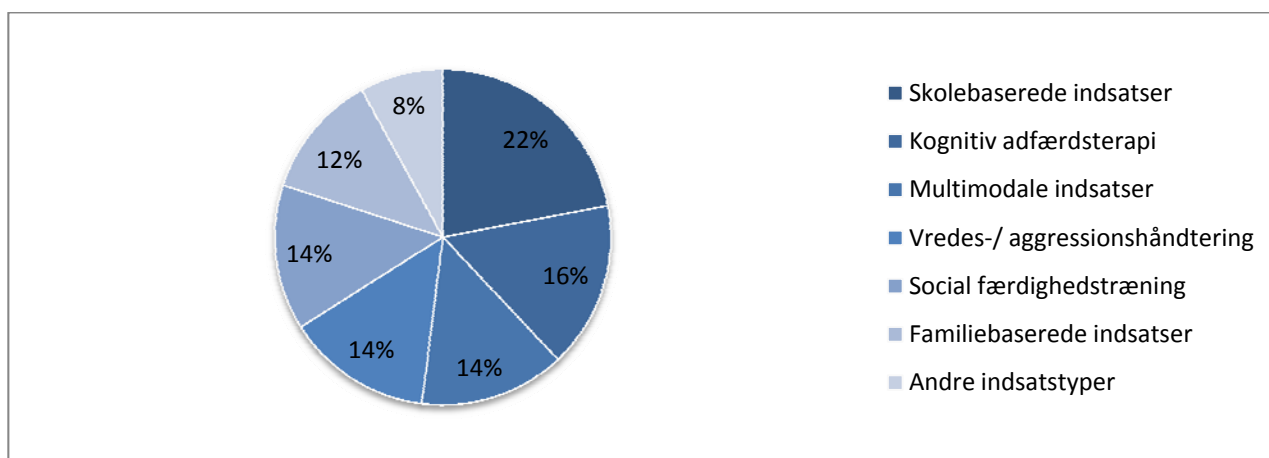
- Forældretræning
- Social færdighedstræning
- Vredes- og aggressionshåndtering
- Kognitiv adfærdsterapi
- Familiebaserede indsatser
- Multimodale indsatser i kombination med medicin
- Skolebaserede indsatser
- Øvrige indsatstyper.

Det bemærkes, at skillelinjerne mellem de forskellige indsatstyper ikke er skarpt definerede, ligesom der i nogle tilfælde er direkte overlap mellem de forskellige kategorier – eksempelvis kan vredes- og aggressionshåndtering ses som en underkategori af kognitiv adfærdsterapi, og indsatser, som består i social færdighedstræning, er ofte skolebaserede. Endelig indeholder en del af indsatserne flere forskellige komponenter

og kan således placeres i flere forskellige kategorier. Inddelingen af studierne er således søgt foretaget med udgangspunkt i deres *grundlæggende* rationale – en indsats, som først og fremmest består af social færdighedstræning, og som sekundært finder sted i skolen, er således kategoriseret under social færdighedstræning. Omvendt er indsatser, som både indeholder forældretræning og andre former for indsatser målrettet barnet, men hvor skolen på forskellig vis udgør et centralt omdrejningspunkt, kategoriseret som skolebaserede indsatser.

Figur 1.2 viser, hvordan de inkluderede studier fordeler sig på de forskellige typer af indsatser. Som det fremgår af figuren, omhandler næsten en fjerdedel af studierne forældretræning, mens 16 % omhandler skolebaserede indsatser. Multimodale indsatser i kombination med medicin, vredes- og aggressionshåndtering samt social færdighedstræning udgør hver 14 % af det samlede antal afprøvede indsatser, mens 12 % omhandler familiebaserede indsatser. 8 % omhandler andre typer af indsatser.

Figur 1.2 De kortlagte primærstudiers fordeling på indsatstyper



N = 67 (Forældretræning 17, Skolebaserede indsatser 11, Kognitiv adfærdsterapi 8, Multimodale indsatser 7, Vredes-/aggressionshåndtering 7, Social færdighedstræning 7, Familiebaserede indsatser 6, Andre indsatstyper 4)

Helt overordnet viser kortlægningen, at særligt forskellige former for forældretræning har en dokumenteret positiv virkning i forhold til lav selvkontrol hos børn op til 12-årsalderen, også i de skandinaviske lande. Eksempler på forældretræningsprogrammer, som findes i Skandinavien, er Parent Management Training Oregon (PMTO), De Utrolige År (DUÅ), COPE og Komet. Social færdighedstræning viser også lovende resultater i nogle former og over for nogle grupper, men der er endnu ikke påvist positive effekter af denne type indsats i de skandinaviske lande. Studier af vredes- og aggressionshåndtering, herunder Aggression Replacement Training (ART), har vist positive effekter i bl.a. Norge. Kognitiv adfærdsterapi viser ligeledes lovende resultater, særligt ift. børn, som er kendetegnet ved at udvise aggressiv adfærd kombineret med andre adfærdsforstyrrelser.

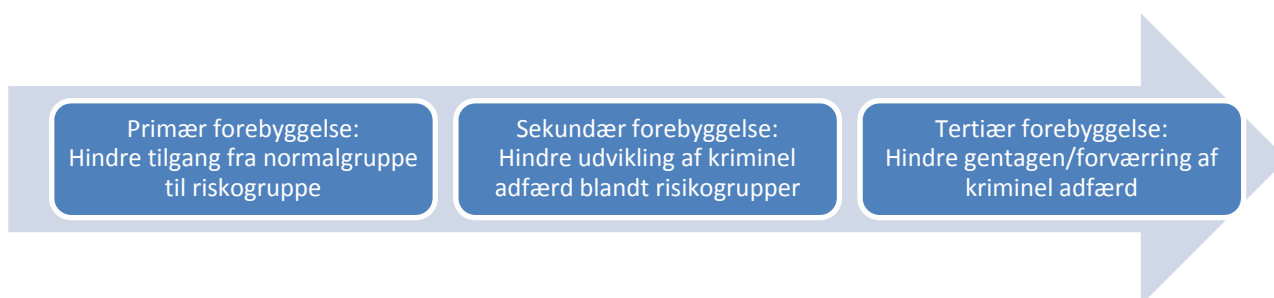
Familiebaserede indsatser ser overordnet ud til at have positive effekter for børn og unge med lav selvkontrol. Undtagelsen er Multisystemisk Terapi (MST), som er afprøvet med blandede resultater i de skandinaviske lande. Multimodale adfærdsterapeutiske indsatser kombineret med medicin har en dokumenteret positiv effekt på børn med ADHD. Studierne giver imidlertid ikke et entydigt billede af, hvorvidt de kombinerede indsatser generelt virker bedre end farmakologisk behandling alene. De skolebaserede indsatser er en broget flok, og der er ikke et tydeligt mønster ift., hvilke der virker bedst. En af de indsatser, som har vist gode effekter i en pilotundersøgelse, er det norske udviklede program "Positiv Adfærd i Læring og Samspil" (PALS), som aktuelt er ved at blive implementeret og evalueret på en række skoler i Danmark.

Den sidste kategori "Øvrige indsatstyper" dækker over kostomlægning for børn med ADHD, boot camps, kampsportstræning og et enkelt mentorprogram. Sidstnævnte viser ingen effekt ift. lav selvkontrol, mens der for hver af de øvrige indsatser er fundet et enkelt studie, som viser en positiv effekt. Datagrundlaget her er således spinkelt, og ingen af indsatserne er afprøvet i Skandinavien.

Fokus på sekundære forebyggelsesindsatser

Inden for arbejdet med forebyggelse af kriminalitet blandt børn og unge sonderer man ofte mellem primær forebyggelse, sekundær forebyggelse og tertiær forebyggelse. Den primære forebyggelse er rettet mod den brede gruppe af børn og unge og har til formål at reducere tilgangen til gruppen af børn og unge med øget risiko for at udvikle kriminel adfærd. Den sekundære forebyggelse er rettet mod grupper af børn og unge med risiko for at udvikle kriminalitetsadfærd eller individer, som har en begyndende kriminel adfærd. Den tertiære forebyggelse er målrettet børn og unge, som allerede har en kriminel adfærd, og har fokus på at stoppe denne udvikling og hindre yderligere kriminel adfærd (CFK 2012). I praksis er kategorierne delvist overlappende. De forskellige stadier er illustreret i figur 1.3.

Figur 1.3 Forebyggelsesstadier



Som det fremgår af ovenstående, har der som udgangspunkt været fokus på både sekundære og tertiære forebyggelsesindsatser, mens primære forebyggelsesindsatser ikke indgår i kortlægningens fokus. Det har imidlertid vist sig, at størstedelen af de indsatser, som er inkluderet i kortlægningen, er målrettet børn og unge, hvor lav selvkontrol eller lignende udgør en udtalt risikofaktor, men som endnu ikke har begået kriminalitet. Dermed befinder de kortlagte indsatser sig langt overvejende inden for den sekundære forebyggelse og er således målrettet børn og unge, som befinder sig i en risikogruppe, men endnu ikke har udviklet egentlig kriminel adfærd.

Der er i forbindelse med litteratursøgningen også identificeret en del indsatser, som kan betegnes som tertiære forebyggelsesindsatser, idet de er rettet mod unge, som allerede har begået kriminalitet. I undersøgelserne af disse indsatser måles der imidlertid ofte alene på effekten ift. recidiv (tilbagefald til kriminalitet) og ikke på indsatsens effekt ift. lav selvkontrol eller lignende, hvorfor de falder uden for kortlægningens formål og fokus.

Indsatserne primært afprøvet over for drenge

Indsatserne i kortlægningen er primært afprøvet over for drenge. Således er 90 % af indsatserne primært afprøvet over for drenge, mens kun 7 % er afprøvet over for en nogenlunde ligelig fordeling af drenge og piger. Ingen indsatser er primært afprøvet over for piger. Kortlægningen giver dermed først og fremmest viden om, hvilke indsatser der ser ud til at have en virkning ift. lav selvkontrol hos drenge, mens viden om indsatsernes effekt over for piger er stærkt begrænset.

Øvrige karakteristika på tværs af samtlige inkluderede studier, herunder deres fordeling på undersøgelsesdesign, kvalitetsvurdering, målgrupper og arenaer mv. er beskrevet i kapitel 10.

1.3.2 Opsummering af resultater fordelt på indsatsstyper

Nedenfor følger en oversigt over de overordnede resultater af kortlægningen fordelt på indsatsstyper, dvs. i hvilken grad de forskellige indsatsstyper har en dokumenteret positiv virkning ift. selvkontrol.

Oversigten er baseret på de dybdegående analyser af resultaterne inden for de forskellige indsatsstyper, som præsenteres i kapitel 2-9 og præsenteres i samme rækkefølge:

- Forældretræning
- Social færdighedstræning
- Vredes- og aggressionshåndtering
- Kognitiv adfærdsterapi
- Familiebaserede indsatser
- Multimodale indsatser i kombination med medicin
- Skolebaserede indsatser
- Øvrige indsatsstyper.

Som nævnt ovenfor, er skillelinjerne mellem de forskellige indsatsstyper ikke skarpt definerede, ligesom der i nogle tilfælde er overlap mellem de forskellige kategorier. Det betyder også, at resultaterne ift. de forskellige indsatsstyper både her og i de enkelte kapitler skal læses med forbehold for, at nogle af de inkluderede indsatser kunne have været placeret i andre kategorier, ligesom man kunne have valgt at inddele indsatserne efter andre overordnede kategorier. Andre valg vil selvsagt medføre, at de overordnede resultater forskubbes i forskellige retninger.

Ligeledes er der store forskelle på, hvor mange studier de forskellige delanalyser er baseret på, samt graden af ensartethed blandt indsatserne inden for samme kategori. Forældretræningsprogrammerne er relativt ensartede, mens de skolebaserede indsatser er meget forskellige både i forhold til indhold og varighed. Analysen af forældretræningsprogrammernes effekt i forhold til lav selvkontrol er således baseret på i alt 17 primærstudier, mens analysen af vredes- og aggressionshåndtering kun omfatter seks primærstudier.³

Dermed skal nedenstående ikke læses som en række håndfaste konklusioner om den relative effekt af de forskellige typer af indsatser, men som en solid og aktuel analyse af den eksisterende litteratur ud fra den valgte kategorisering, som kan danne kvalificeret grundlag for fremadrettede overvejelser over, i hvilke retninger det forebyggende arbejde med fordel kan udvikle sig i.

Tabel 1.1 Oversigt over de forskellige indsatsstypers virkning over for lav selvkontrol

Forældretræning

Forældretræning ser generelt ud til at have en positiv virkning over for børn med lav selvkontrol. Af de 17 primærstudier af forældretræning, som indgår i kortlægningen, viser 13 positive effekter målt på udadrettede adfærd, hyperaktivitet eller lignende, mens 4 viser begrænset positive resultater. De studier, der er vurderet til at være af høj kvalitet, viser alle positive resultater. Der er ikke identificeret nogen studier, som omhandler børn/unge over 13 år, hvorfor det ikke er muligt at sige noget om effekten for denne aldersgruppe.

En del af de inkluderede indsatser er målrettet forældre til børn med ADHD – her er der i halvdelen af tilfældene kun begrænset positive resultater. Netop undersøgelserne af disse indsatser har dog et forholdsvist lavt antal deltagere, som gør det sværere at opnå statistisk signifikante resultater.

Der er ikke noget, der tyder på, at der er forskel på effekten, alt efter om indsatsen leveres individuelt eller i gruppe, ligesom det ikke ser ud til at have betydning for effekten, hvorvidt barnet sideløbende modtager en indsats eller ej. Også telefon- og internetbaseret "selvhjælps"-forældretræningsprogrammer viser positive effekter.

Flere af forældretræningsprogrammerne er afprøvet i Sverige og Norge under almindelige forhold (i mod-

³ jf. tabel-oversigten over inkluderede studier i indledningen til de respektive kapitler.

sætning til forskningsmæssigt kontrollerede forhold) og viser også her positive effekter.

Social færdighedstræning

Social færdighedstræning kan have en positiv eller delvis positiv effekt i forhold til vanskeligheder med lav selvkontrol, når indsatsen foregår i skoleregi, og/eller når indsatsen involverer børnenes forældre. Dog viser det eneste studie af skolebaseret social færdighedstræning i en skandinavisk kontekst, nemlig et studie af indsatsen KREPS, som er afprøvet i Norge, ingen påviselig effekt. Det gælder for to af de tre studier, som er vurderet til at være af høj kvalitet (heriblandt studiet af KREPS), at der ikke kan påvises en positiv effekt af indsatsen ift. lav selvkontrol. Dog viser det sidste studie af høj kvalitet en positiv effekt.

Social færdighedstræning ser også ud til at have en positiv effekt over for børn og unge, som er anbragt på en institution. Det er derimod ikke entydigt, at social færdighedstræning har en positiv effekt på børn, som er diagnosticeret med ADHD og ODD.

Det er ikke muligt at sige, hvorvidt social færdighedstræning virker bedre over for bestemte aldersgrupper eller køn, da resultaterne ift. aldersgrupper er blandede, og indsatsen primært er afprøvet på drenge.

Kun en enkelt af de kortlagte indsatser inden for social færdighedstræning er afprøvet i de skandinaviske lande, og her er der som nævnt ikke påvist nogen effekt af indsatsen. Det er således fortsat uvist, om denne type indsats kan have en positiv virkning her.

Vredes- og aggressionshåndtering

Vredes- og aggressionshåndtering ser ud til i de fleste tilfælde at have en positiv effekt ift. lav selvkontrol. De indsatser, der alene er målrettet børn med aggressivitetproblemer, finder alle positive effekter. Det gælder bl.a. Aggression Replacement Training eller ART, som er afprøvet i Norge med positive resultater.

Effekten af de indsatser, der både involverer børn og forældre og/eller lærere, er i to tilfælde positiv. Et enkelt studie finder dog kun en begrænset positiv effekt, mens et andet ikke kan påvise en effekt. Dette kunne tyde på, at indsatser med fokus på vredes- og aggressionshåndtering, som er specifikt målrettet barnet, kan være mere virkningsfulde, end indsatser med et mere inkluderende set-up.

Aldersmæssigt spænder studierne fra 9-17 år, og der er ikke belæg for at konkludere, at vredes- og aggressionshåndtering virker bedre over for nogle aldersgrupper end andre. Det er heller ikke muligt at konkludere, om indsatserne har en bedre effekt på et bestemt køn, idet vredes- og aggressionshåndtering ikke i tilstrækkelig grad er afprøvet over for piger. Indsatserne i kortlægningen er primært målrettet til børn uden diagnoser. Der er således heller ikke muligt at vurdere, om vredes- og aggressionshåndtering er mere eller mindre effektivt i forhold til børn med bestemte diagnoser.

Det bemærkes, at alle studier i denne kategori er vurderet til at være af "mellem" kvalitet. Der er således behov for yderligere studier af høj kvalitet af vredes- og aggressionshåndtering.

Kognitiv adfærdsterapi

Kognitiv adfærdsterapi ser ud til i mange tilfælde at have en positiv effekt på børn, der har problemer med lav selvkontrol. De kognitive indsatser, der er målrettet børn med en diagnose som ADHD eller CD, ser dog ud til kun at have en begrænset positiv effekt.

Særligt ser kognitiv adfærdsterapi ud til at have en positiv effekt på børn, som er kendetegnet ved at udvise aggressiv adfærd kombineret med andre adfærdsforstyrrelser. Et af studierne i kortlægningen viser dog, at et program, som er målrettet behandling af angst, ser ud til at have lige så stor effekt over for aggressiv adfærd, som et kombineret program, der både adresserer angst og aggressiv adfærd. Tilsvarende er der ikke noget, der tyder på, at kognitiv adfærdsterapi kombineret med træning i vredeskontrol har en bedre effekt end ren kognitiv terapi på børn, der både har aggressiv adfærd og andre adfærdsforstyrrelser.

Kognitiv adfærdsterapi målrettet kriminelle unge er afprøvet med blandede resultater. Ét studie finder således en markant positiv effekt af en kognitiv indsats over for unge, der er dømt for vold, også når der kontrolleres for betydningen af at få professionel opmærksomhed og gruppebehandling i sig selv. De unge bliver signifikant bedre til at løse sociale problemer, får bearbejdet deres opfattelse af, at aggressiv adfærd er positivt og legitimt, og reducerer deres aggressive og impulsive adfærd. Et andet studie af en kognitiv indsats i forbindelse med prøveløsladelse af unge peger imidlertid på, at den kognitive adfærdsterapi kom-

bineret med vredeskontrol ikke har bedre effekt end de samtaler, de unge sædvanligvis får tilbudt i forbindelse med deres prøveløsladelse. Det bemærkes imidlertid, at førstnævnte studie, som altså finder en markant positiv effekt, som det eneste i kategorien er blevet vurderet til at være af høj kvalitet, mens de øvrige har fået kvalitetsvurderingen "mellem".

Ingen af de inkluderede indsatser er afprøvet i de skandinaviske lande. En enkelt er dog afprøvet i Spanien.

Familiebaserede indsatser

Familiebaserede indsatser ser overordnet ud til at have positive effekter for børn og unge med lav selvkontrol. Undtagelsen er Multisystemisk Terapi (MST). MST er afprøvet med blandede resultater i Norge og Sverige. Der er ligeledes foretaget en resultatevaluering af MST i Danmark.

Der er fundet en begrænset positiv effekt af MST i Norge, idet MST er marginalt mere effektivt end den sædvanlige behandling til at mindske udadreagerende adfærd. To år efter indsatsens begyndelse viser studiet, at MST ifølge de unges lærere er mere effektivt ift. at reducere udadreagerende adfærd, sammenlignet med den sædvanlige indsats, som tilbydes kontrolgruppen. Både lærere og forældre vurderer 2 år efter indsatsen, at de unge i MST gruppen formindsker deres problematiske adfærd. I et studie, hvor endnu en indsatsgruppe igangsættes, bibeholdes de positive effekter af MST på udadreagerende adfærd, og den anden MST-gruppe har en signifikant bedre score ift. udadreagerende adfærd, end den første gruppe.

Der er derimod ikke fundet signifikante forskelle mellem den gruppe unge, der har deltaget i MST i Sverige, og den gruppe unge, der har modtaget sædvanlig behandling. Studiet viser generelt et fald i psykiatriske problemer og antisocial adfærd blandt deltagerne på tværs af behandlingerne, men i modsætning til i Norge måles der ingen signifikante forskelle mellem indsatsgruppen og den gruppe, der får sædvanlig behandling. Det samme gør sig gældende ved den opfølgende måling to år efter indsatsen.

Den danske resultatevaluering viser umiddelbart en positiv signifikant effekt på drenges udadreagerende adfærd, men ingen effekt på pigernes udadreagerende adfærd. Her er dog tale om en før- og eftermåling uden sammenligning med en kontrolgruppe. Studiet vurderes imidlertid ligesom det norske at være af høj kvalitet, mens det svenske vurderes at være af "mellem" kvalitet bl.a. pga. problemer med bortfald.

Den plejefamiliebaserede indsats Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) er i modsætning til MST afprøvet med positive resultater i Sverige, hvor MTFC ser ud til at virke en smule bedre end den sædvanlige behandling ift. at reducere udadreagerende adfærd. Både MST og MTFC er målrettet unge med alvorlige adfærdsproblemer.

De to sidste typer familiebaserede indsatser, Reciprocal Skills Training og Multiple Family Groups, som er målrettet børn op til 12 års-alderen med adfærdsvanskeligheder, ser begge ud til at have en positiv effekt. Disse er dog ikke afprøvet i de skandinaviske lande.

Multimodale indsatser i kombination med medicin

De kortlagte studier viser alle, at kombinerede indsatser bestående af multimodal adfærdsterapi (typisk forældretræning, social færdighedstræning til børnene samt brug af Daily Report Card i skolen) og farmakologisk behandling kan have en positiv effekt ift. problemer med lav selvkontrol, hyperaktivitet og impulsivitet hos børn op til 12-års-alderen, som er diagnosticeret med ADHD eller ODD/CD.

Studierne giver imidlertid ikke et entydigt billede af, hvorvidt de kombinerede indsatser generelt virker bedre end farmakologisk behandling alene. To studier, herunder det såkaldte MTA-studie, der som det eneste er vurderet til at være af høj kvalitet, viser en tendens til, at en kombineret indsats har større effekt end hhv. multimodal adfærdsterapi eller medicinering alene. Et tredje studie, hvor indsatsen løbende tilpasses ift. deltagernes individuelle udvikling, finder ingen forskel på en multimodal indsats med og uden medicinering, men dog en tendens til, at effekten er større, når indsatsen også inkluderer medicinering. De to sidste studier, som sammenligner effekten af kombinerede indsatser med effekten af farmakologisk behandling alene, finder heller ingen signifikante forskelle på de to typer af indsatser og dermed intet belæg for, at en kombineret indsats virker bedre end medicinering alene. I sidstnævnte tilfælde er der dog tegn på, at en kombineret indsats kan være med til at mindske forbruget af medicin på længere sigt.

To studier peger på, multimodal adfærdsterapi alene ser ud til at være lige så effektivt som indsatser, der inkluderer medicinering, over for børn, som både har ADHD og angst.

De to sidste former for multimodal adfærdsterapi, som indgår i kortlægningen, er målrettet børn med ODD/CD eller ADD/ODD og viser hhv. en begrænset positiv og en positiv effekt. Det bemærkes, at der i begge studier indgår medicinering af børnene, men at der ikke eksplicit er kontrolleret for betydningen heraf.

To af indsatserne er afprøvet i hhv. Tyskland og Holland. Der indgår ingen skandinaviske studier af multimodale indsatser i kortlægningen.

Skolebaserede indsatser

Skolebaserede indsatser ser overordnet ud til at have en positiv eller delvist positiv effekt over for lav selvkontrol. I to tilfælde findes der ingen påviselige effekter ift. forbedring af børns selvkontrol. De skolebaserede indsatser er en "broget flok", og der ses ikke umiddelbart et klart mønster i, hvilke der ser ud til at virke bedst. De har alle skolen som omdrejningspunkt og involverer både børn og lærere og/eller forældre. De fire indsatser, der måles til at have en klar positiv effekt, er alle målrettede børn i de første tre-fem skoleår og involverer alle både forældre og lærere.

De indsatser, hvor dele eller hele målgruppen har ADHD, har en positiv effekt eller en begrænset positiv effekt på adfærd, der er relateret til selvkontrol. Flere af de skolebaserede indsatser ser også ud til at have gode virkninger ift. at mindste risikoen for at udvikle ADHD, CD eller ODD. I den længstvarende indsats, som følger børnene fra 1.-10. klasse, viser dette sig særligt ift. børn med høj risiko for at udvikle problemadfærd og/eller kriminel adfærd. Der er imidlertid ikke umiddelbart noget der tyder på, at indsatsernes længde har indflydelse på deres effekt.

Også for de skolebaserede indsatser gælder det, at der er en overvægt af drenge i de inkluderede studier, dog er der i enkelte tilfælde en næsten ligelig fordeling mellem drenge og piger. Kortlægningen giver dermed ikke grundlag for at vurdere, hvorvidt der er en sammenhæng mellem effekten af de skolebaserede indsatser og barnets køn.

Det bemærkes, at de studier, som ud fra en helhedsbetragtning vurderes at være af høj kvalitet, alle viser positive eller delvist positive resultater, mens de studier, hvor der ikke måles nogle signifikante effekter på forbedringen af børns selvkontrol, omvendt har nogle svagheder i deres undersøgelsesdesign. En af de indsatser, som har vist gode effekter i en pilotundersøgelse af høj kvalitet, er det norske udviklede program "Positiv Adfærd i Læring og Samspil" (PALS). En mere omfattende evaluering af PALS i Norge er undervejs.

Øvrige indsatstyper

"Øvrige indsatstyper" dækker over så forskellige indsatser som kostændringer målrettet børn med ADHD, militærlignede boot camps målrettet unge med aggressiv adfærd og indlæringsproblemer samt en indsats, som består i kampsportstræning for drenge, som vurderes at have en høj risiko for at begå vold og kriminalitet. Endelig omfatter kategorien også et mentorprogram for børn i alderen 6-10 år med risikoadfærd kaldet CHANCE. Indsatserne er således vidt forskellige, ligesom de også er målrettet meget forskellige grupper af børn og unge.

Indsatserne viser meget forskellige resultater i forhold til lav selvkontrol. Kostomlægninger kan potentielt være et virkningsfuldt alternativ eller supplement til farmakologiske og psykosociale indsatser for børn med ADHD, men skal tilpasses det enkelte barn, da der ikke ser ud til at være et generelt mønster i, hvilke fødevarer der kan være problematiske. Boot camps ser ud til umiddelbart at kunne bidrage til at mindske udadreagerende adfærd hos unge, men effekten opretholdes ikke over tid. Samtidig viser en systematisk forskningsoversigt fra Campbell, at boot camps ingen effekt har i forhold til at hindre tilbagefald til kriminalitet. Dette anses for væsentligt at bemærke, også selvom forskningsoversigten principielt falder uden for kortlægningens fokus, idet der ikke er set på effekter ift. lav selvkontrol. Træning i traditionel kampsport kombineret med meditations- og vejtrækningsøvelser viser positive effekter, som dog først er signifikante, når resultaterne for to tidsforskudte indsatsgrupper lægges sammen. Der er ikke påvist effekter af mentorprogrammet CHANCE ift. lav selvkontrol.

Fælles for indsatserne er, at der for hver af dem kun indgår et enkelt studie af deres effekt i kortlægningen, og at de alle, med undtagelse af studiet af boot camps, er vurderet til at være af "mellem" kvalitet. Herudover er ingen af dem afprøvet i Danmark eller andre skandinaviske lande. Der er således uvist, om de vil vise sig tilsvarende virkningsfulde over for lav selvkontrol ved gentagne undersøgelser i andre kontek-

ster. Der er desuden blandt nordiske forskere og fagfolk en vis skepsis at spore over for både kostoplægninger, kampsportstræning og boot camps i arbejdet med at styrke selvkontrol hos børn og unge.

Kapitel 2. Forældretræningsprogrammer

Dette kapitel præsenterer 19 artikler, som omhandler 17 forskellige studier af forældretræningsprogrammer. Den grundlæggende tanke i forældretræningsprogrammerne er, at forældrene er de primære "forandrings-agenter" i forhold til børn med adfærdsvanskeligheder, og det overordnede formål med forældretræning er således at lære forældrene effektive og positive opdragelsesteknikker med det formål at bryde negative adfærdsmønstre og fremme positiv adfærd hos barnet. Programmerne bygger bl.a. på adfærdspsykologi, social læringsteori og økologiske teorier og har fokus på de mønstre, som over tid udvikler sig i interaktionen mellem børn og forældre, og som i nogle familier udvikler sig uhensigtsmæssigt og kan få en tvangsmæssig og selvforstærkende karakter (se fx Ogden & Hagen 2008, Ercan et al. 2005, Hoath & Sanders 2002). Forældretræning anses generelt for at være en af de mest lovende former for indsatser over for adfærdsvanskeligheder hos børn og unge og er relativt udbredt også i de skandinaviske lande (fx Ogden & Hagen 2008, Kling et al. 2006, Larsson et al. 2009, Fossum et al. 2009, Axberg et al. 2007, Enebrink et al. 2012, Östberg & Rydell 2012).

Konkret fokus og teknikker varierer fra program til program. De fleste programmer indeholder dog nogle eller alle af følgende elementer: Træning i at kommunikere og give klare beskeder, monitorering af barnets adfærd, metoder til konsekvent og systematisk opmuntre ønsket adfærd gennem bevidst brug af opmærksomhed, ros og belønninger samt mindske uønsket adfærd gennem fravær af opmærksomhed og forskellige sanktioner, som er tilpasset det enkelte barn. Endelig har programmerne fokus på problemløsning samt at øge forældrenes egen følelse af at være kompetente i opdragelsen af deres barn og mindske stress. Undervisningen består af bl.a. videoeksempler, gruppedrøftelser, rollespil, hjemmeopgaver og feedback (ibid.).

Forældretræningsprogrammerne har forskellige former: Nogle leveres individuelt, andre i grupper. Nogle programmer er tilpasset specifikke målgrupper som fx forældre til børn med ADHD, mens andre kombinerer forældretræningen med særskilte indsatser over for barnet, fx kognitiv adfærdsterapi eller social færdighedstræning eller sideløbende træning af lærere. Endelig er nogle af programmerne afprøvet i selvhjælpsudgaver. I det følgende beskrives, hvordan forældretræning som indsats er afprøvet på forskellig vis over for forældre til børn med lav selvkontrol eller tilsvarende vanskeligheder.

2.1 Hvordan er forældretræning afprøvet?

Tabel 2.1 viser en oversigt over de i alt 19 artikler, som omhandler 17 forskellige studier af forældretræning.

Tabel 2.1 Oversigt over studier af forældretræningsprogrammer

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Mål-gruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Parent Management Training Oregon (PMTO) Ogden & Hagen 2008 Hagen et al. 2011*	RCT Høj *Mellem	Forældre til børn med alvorlige adfærdsvanskeligheder	4-12	80 % drenge 20 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko-log/terapeut	Individuel	Ikke angivet	Positiv effekt *Begrænset positiv effekt ved opfølgning
Brief Parent Training	RCT	Forældre til	3-12	68 % drenge	Ikke oplyst	Andet	Anden fagper-	Individuel	Ikke angivet	Positiv effekt

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
(BPT) Kjøbli & Ogden 2012	Høj	børn med begyndende problemadfærd		32 % piger			son			
Komet/Korta Komet Kling et al. 2006	RCT Høj	Forældre til børn med middelstore eller store adfærds vanskeligheder	3-10	60 % drenge 40 % piger	Ingen diagnose	Andet	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	2 mdr. 3 uger	Positiv effekt
Community Parent Education Program (COPE) Thorell 2009	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Forældre til børn med ADHD og/eller ODD eller som selv ønsker at deltage i COPE	3-12	51-96 % drenge 4-49 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Andet	Anden fagperson	Gruppe	2,5 mdr.	Positiv effekt
De Utrolige År (DUÅ), Norge Larsson et al. 2009 Fossum et al. 2009	RCT Høj	Forældre til børn med ODD og/eller CD	4-8	80 % drenge 20 % piger	ODD/CD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	3-3½ mdr.	Positiv effekt
De Utrolige År (DUÅ), Sverige Axberg & Broberg 2012	RCT Mellem	Forældre til børn med adfærds vanskeligheder	4-8	84 % drenge 16 % piger	ODD/CD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	3-3½ mdr.	Positiv effekt
De Utrolige År (DUÅ), Sverige Axberg et al. 2007	Før- og eftermåling Mellem	Forældre til børn med adfærds vanskeligheder	3-9	67 % drenge 33 % piger	Ikke oplyst	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	3½ mdr.	Positiv effekt
Prevention Program for Externalizing	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol	Forældre til børn med	3-10	79 % drenge 21 %	Ikke oplyst	Andet	Anden fagperson	Gruppe	3 mdr.	Positiv effekt

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Problem Behaviour (PEP) Hautmann et al. 2009	kontrol Mellem	udadreagerende problemadfærd		piger						
Triple P: Positive Parenting Program (ADHD-specific Enhanced Group Triple P (Level 5)) Hoath & Sanders 2002	RCT Mellem	Forældre til børn med ADHD	5-9	80 % drenge 20 % piger	ADHD/ ADD	Kombination	Psyko- log/ terapeut	Både indivi- duel og gruppe	3 mdr.	Begræn- set positiv effekt
Behavioural Parent Training van den Hoofdakker et al. 2010	RCT Mellem	Forældre til børn med ADHD	4-12	81 % drenge 19 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (am- bulant tera- pi/beh and- ling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	5 mdr.	Positiv effekt
Strategies for Everyday Life (tilpasset version af Barkley's Defiant Children) Östberg & Rydell 2012	RCT Mellem	Forældre og lærere til børn i alderen 7-10 år med neuro-psykiatriske problemer (ADHD og/eller ODD)	7-10	86 % drenge 14 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (am- bulant tera- pi/beh and- ling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	2½ mdr.	Positiv effekt
Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP) Chacko et al. 2009	RCT Mellem	Enlige mødre til børn med ADHD	5-12	77 % drenge 23 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (am- bulant tera- pi/beh and- ling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	2,25 mdr.	Begræn- set positiv effekt
Coaching Our Acting-out Children: Heightening Essential Skills (COACHES) Fabiano et al. 2012	RCT Mellem	Fædre til børn med ADHD	6-12	89 % drenge 11 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (am- bulant tera- pi/beh and- ling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	2 mdr.	Begræn- set positiv effekt

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Forældretræning kombineret med farmakologisk behandling Ercan et al. 2005	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Forældre til børn med ADHD+ ODD eller ADHD+ CD	7-13	63 % drenge 37 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psykiolog/terapeut	Gruppe	5 mdr.	Begrænset positiv effekt
Internetbaseret version af Kommet Enebrink et al. 2012	RCT Mellem	Forældre til børn med adfærdsvanskeligheder	3-12	58 % drenge 42 % piger	ODD/CD	Hjem/familie	Andet	Individuel	2½ mdr.	Positiv effekt
Telefonbaseret selvhjælpversion af Barkley's Defiant Children Carr Swift et al. 2009	RCT Mellem	Forældre til børn med adfærdsvanskeligheder	2-12	86 % drenge 14 % piger	Ingen diagnose	Hjem/familie	Anden fagperson	Individuel	3 mdr.	Positiv effekt
Parenting the Active Child / Strongest Families McGrath et al. 2011	RCT Mellem	Forældre til børn med ADHD	8-12	66 % drenge 34 % piger	ADHD/ADD	Hjem/familie	Andet	Individuel	3 mdr.	Positiv effekt

2.1.1 Forældretræning i en skandinavisk/europæisk kontekst

Forældretræningsprogrammer bliver stadig mere udbredt i de skandinaviske lande. I kortlægningen indgår en række programmer, som er afprøvet i hhv. Norge og Sverige under almindelige (i modsætning til forskningsmæssigt kontrollerede) forhold, samt et enkelt som er afprøvet under almindelige forhold i Tyskland.

Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) er afprøvet i Norge (Ogden & Hagen 2008). Undersøgelsen er det første lodtrækningsforsøg med PMTO uden for USA, og den første afprøvning af PMTO under almindelige forhold. Familierne har selv henvendt sig til de lokale myndigheder og er efterfølgende blevet henvist til behandling, ganske som det normalt foregår i Norge. De i alt 97 familier, som indgår i undersøgelsen, blev tilfældigt tilbudt enten PMTO eller den behandling, som den pågældende myndighed normalt ville tilbyde, fx Marte Meo eller forskellige former for adfærdsterapi. PMTO er rettet mod forældrene og består i individuelle sessioner, som forestås af en certificeret PMTO-terapeut. Mødrene har i gennemsnit modtaget 26 timer, fædrene 14 timer. Undersøgelsen viser, at PMTO har en signifikant større positiv effekt ift. udadreagerende adfærd og sociale færdigheder, særligt over for børn under 8 år, sammenlignet med de øvrige tilbud. Der er desuden belæg for, at resultaterne i nogen grad overføres fra hjemmet til skolen. Et opfølgende studie (Hagen et al. 2011) viser, at de positive effekter kun i beskednen grad bibeholdes efter 1 år, men at de fortsat kan spores både hjemme og i skolen.

I Norge har man ligeledes afprøvet **Brief Parent Training (BPT)**, som er en kortvarig forældretræningsindsats baseret på PMTO og social læringsteori og en del af den omfattende model **Tidlig Indsats for Barn i Risiko (TIBIR)** (Kjøbli & Ogden 2012). BPT består af 3-5 sessioner og leveres af almindelige ansatte på børne-ungeområdet, fx psykologer, lærere og socialrådgivere i forvaltninger, skoler og dagtilbud, som har modtaget en kort oplæring og certificering. Et kortvarigt alternativ kan betyde, at flere familier kan få hjælp tidligere, og at indsatsen virker mindre stigmatiserende og mindre trættende på forældrene, ligesom den er billigere og mindre ressourcekrævende. Undersøgelsen af BPT viser, at indsatsen har små til moderate positive effekter målt på forældrenes vurdering af omfanget og intensiteten af barnets problemadfærd og udadreagerende adfærd.

Komet står for KOMmunikationsMETod og er et svensk udviklet forældretræningsprogram baseret på de samme principper som De Utrolige År og PMTO, men tilpasset svenske forhold (Kling et al. 2006). Komet er afprøvet under almindelige forhold i et lodtrækningsforsøg, som sammenligner hhv. en almindelig og en kort version af Komet med en kontrolgruppe på venteliste. Den almindelige version af Komet består af 11 x 2½ times ugentlige sessioner, mens Korta Komet er et komprimeret endagskursus. Undersøgelsen viser, at den almindelige version af Komet har store positive effekter ift. adfærdsproblemer og moderate positive effekter ift. sociale kompetencer, mens den korte version har små til moderate positive effekter på disse forhold. En opfølgende måling efter 10 måneder viser, at effekterne ikke bare opretholdes men øges over tid. Ved eftermålingen var andelen af børn, som opfyldte den kliniske definition på adfærdsvanskeligheder, næsten halveret i Komet-gruppen og faldet med cirka 20 % i Korta Komet-gruppen, mens andelen i kontrolgruppen var uændret.

The Community Parent Education Program (COPE) er et canadisk program, som også er afprøvet i Sverige i et kontrolleret forsøg med fire grupper: en klinisk indsatsgruppe, to ikke-kliniske indsatsgrupper med hhv. høj og lav grad af problemadfærd samt en kontrolgruppe på venteliste (Thorell 2009). COPE adskiller sig fra andre forældretræningsprogrammer ved at være mindre didaktisk og mere deltagerstyret, ligesom undervisningen foregår i større grupper a 25-30 forældre, som dog arbejder i mindre grupper underveds. Der er 12 sessioner i alt. Effektmålingen af COPE i Sverige viser, at COPE, leveret under almindelige forhold til forældre med børn med en relativt høj grad af problemadfærd, har en stor positiv effekt på hyperaktivitet/impulsivitet og en moderat positiv effekt på adfærdsproblemer målt som symptomer på ODD. Undersøgelsen finder dog ingen signifikante effekter af programmet hos den kliniske indsatsgruppe, hvilket muligvis kan skyldes, at der her er tale om en mere alvorlig grad af problemadfærd hos børnene.

Programmet **The Incredible Years (IY)** eller på dansk **De Utrolige År (DUÅ)** er udviklet i USA, men er afprøvet og implementeret i en række andre lande, herunder Norge og Sverige (Larsson et al. 2009, Fossum et al. 2009, Axberg et al. 2007, Axberg & Broberg 2012). Et lodtrækningsforsøg med DUÅ i Norge sammenligner det 12-14 uger lange forældretræningsprogram Basic Incredible Years Parenting Program med en kombination af forældreprogrammet og et 18 uger langt gruppeforløb til børnene kaldet Dinosaurskolen (Incredible Years Dinosaur School Program). Forældretræningen har fokus på positiv og effektiv disciplin, stresshåndtering og metoder til at styrke barnets sociale kompetencer, mens børneindsatsen har fokus på sociale færdigheder, konfliktløsning og samarbejde med andre børn. Undersøgelsen viser moderate positive effekter målt på omfanget og intensiteten af børnenes adfærdsproblemer samt aggression. Ved en opfølgende måling efter 1 år havde omkring 2/3 af børnene ikke længere en ODD-diagnose, mod 100 % ved indsatsens begyndelse. Undersøgelsen viser dog også, at der kun er lille forskel på effekterne af den kombinerede indsats sammenlignet med forældretræning alene, hvilket stemmer overens med resultaterne af tidligere amerikanske studier, som er gennemført af udvikleren af programmet (Larsson et al. 2009). I forbindelse med den norske undersøgelse har man også set nærmere på, hvad der har betydning for effekten af programmet: Indsatsen ser således ud til at give dårligere resultater, hvis barnet er pige, har en ADHD-diagnose eller moderen har et højt niveau af stress (Fossum et al. 2009).

Forældretræningsdelen af DUÅ er ligeledes afprøvet under normale forhold i Sverige i et lodtrækningsforsøg, som viser store positive effekter på både omfanget og intensiteten af børnenes problemadfærd (Axberg & Broberg 2012). 71 % af børnene i indsatsgruppen udviste klinisk signifikante forbedringer af deres problemadfærd efter indsatsen mod 33 % blandt de, der stod på venteliste. Et tidligere studie af DUÅ i Sverige, som dog ikke inkluderede en kontrolgruppe, viser ligeledes positive effekter på børnenes udadreagerende adfærd og grad af hyperaktivitet/impulsivitet (Axberg et al. 2007).

I kortlægningen indgår også forældretræning i forbindelse med programmet **Prevention Program for Externalizing Problem Behaviour (PEP)**, som er afprøvet i Tyskland under almindelige forhold (Hautmann et al. 2009). Indsatsen forestås af erfarne fagpersoner ansat i forskellige rådgivnings- og behandlings-tilbud, som har modtaget 2 dages oplæring i PEP. Den leveres til grupper af 4-8 forældre og består af 6 obligatoriske sessioner + 6 tillægssessioner af 1½-2 timers varighed. Undersøgelsen er kvasi-eksperimentel og sammenligner udviklingen hos en gruppe børn i en 3 måneders venteperiode før indsatsen med udviklingen under indsatsperioden. Der påvises en moderat positiv effekt af indsatsen, idet der måles en større reduktion i børnenes symptomer umiddelbart efter indsatsen, sammenlignet med den naturlige udvikling i venteperioden. Resultaterne bibeholdes efter 1 år.

Endelig har man i Sverige afprøvet forældretræning kombineret med lærertræning (Behavioural Teacher Training) over for børn med ADHD (Östberg & Rydell 2012). Resultaterne heraf beskrives nedenfor.

2.1.2 Forældretræning målrettet forældre til børn med ADHD

Flere studier måler effekten af forældretræningsprogrammer, som er specifikt tilpasset forældre til børn med ADHD. Det gælder eksempelvis det australske program **Triple P – Positive Parenting Program** (Hoath & Sanders 2002). Triple P er et omfattende program med mange forskellige niveauer og både individuel og gruppebaseret behandling, som på forskellig vis kan tilpasses de enkelte familiers behov. I det studie, som indgår i nærværende kortlægning, er der tale om en forbedret version og gruppebaseret version af standard Triple P-behandlingen (Enhanced Group Triple P, niveau 5), som er specifikt tilpasset og afprøvet over for forældre til børn i alderen 5-9 år med ADHD. Indsatsen består i 5 gruppesessioner (i alt 8 timer), hjemmearbejde og 4 individuelle telefonkonsultationer. Der indgår kun 21 familier i undersøgelsen, hhv. 10 i indsatsgruppen og 11 i kontrolgruppen, hvorfor undersøgelsens udsigelseskraft er begrænset. Undersøgelsen viser dog en signifikant positiv effekt af behandlingen, målt på intensiteten af børnenes problemadfærd. Effekten findes fortsat 3 måneder efter afsluttet behandling. Der sker ligeledes en reduktion af omfanget af børnenes problemadfærd, men her er der ingen signifikant forskel på indsatsgruppen og kontrolgruppen, som står på venteliste. Der er ingen andre signifikante effekter af indsatsen, sammenlignet med kontrolgruppen, hvilket kan skyldes det lave antal deltagere.

Forældretræning målrettet forældre til børn med ADHD er også afprøvet i Holland under almindelige forhold (van den Hoofdakker et al. 2010). Her bestod indsatsen af forældretræning (**Behavioural Parent Training**) i form af 12 x 2 timers sessioner med 6 deltagere og 2 psykologer som supplement til sædvanlig behandling. Indsatsen blev sammenlignet med en kontrolgruppe, som alene modtog sædvanlig behandling i form af almindelig rådgivning og kriserådgivning ansigt-til-ansigt eller via tlf. Den hollandske undersøgelse viste, at indsatsen havde en signifikant positiv effekt ift. at mindske børnenes udadreagerende adfærd. Indsatsgruppen udviste også en reduktion i ADHD-symptomer, som dog ikke var signifikant sammenlignet med kontrolgruppen. Undersøgelsen viste også, at forældretræning som supplement til sædvanlig behandling virker særligt godt over for børn, som højst har én diagnose ud over ADHD, i modsætning til børn med flere diagnoser ud over ADHD, og at børnenes IQ ikke har signifikant betydning for effekten.

I Sverige har man som nævnt afprøvet effekten af forældretræning kombineret med lærertræning over for børn med ADHD i programmet **Strategies for Everyday Life** (Östberg & Rydell 2012). Indsatsen er en let tilpasset version af Barkley's Defiant Children (se også Carr Swift et al. 2009), som er tilpasset svenske forhold. Forældre deltager i 10 ugentlige sessioner a 2,5 time, mens klasselærere og/eller hjælpelærere deltager i 8 uger. Hver gruppe ledes af to erfarne gruppeledere og består af forældre/lærere til 8 børn. Undersøgelsen viser, at forældretræningen i sig selv har en positiv effekt på forældrenes oplevelse af børnenes ADHD- og ODD-symptomer, og at der sker en signifikant reduktion af antallet af børn, som efterfølgende lever op til kriterierne for hhv. en ADHD- og en ODD-diagnose. Lærerne oplever ligeledes en signifikant reduktion i ODD-symptomer. Lærere, som ved indsatsens begyndelse oplevede store problemer med barnets adfærd, rapporterer om en større effekt end de lærere, som i mindre grad oplevede barnets adfærd som problematisk forud for indsatsen. Herudover viser undersøgelsen, at effekterne ikke er større, men er mere omfattende – dvs. viser sig på flere måder – for de børn, hvor både forældre og barnets lærer sideløbende har deltaget i indsatsen.

Forældretræning over for ADHD findes også i udgaver målrettet særlige grupper af forældre, som man ved er i risiko for et begrænset udbytte af traditionel forældretræning. Det gælder fx en undersøgelse af effekten af en forbedret version af traditionel forældretræning kaldet **Strategies to Enhance Positive Parenting (STEPP)**, som er målrettet specifikt til enlige mødre til børn med ADHD og imødekommer en række barrierer såsom mangelfuld forståelse af barnet og behandlingen, manglende social opbakning og praktiske barrierer (Chacko et al. 2009). Behandlingen består af 9 x 2½ times gruppesessioner, og børnene deltager sideløbende i et socialt færdighedstræningsprogram, hvor mødrene kan iagttage en behandler anvende opdragelsesteknikkerne i praksis og få direkte feedback på deres egen indsats. STEPP er afprøvet i et lodtrækningsforsøg, hvor 115 mødre blev tilfældigt fordelt på tre grupper, som modtog enten almindelig forældretræning, STEPP eller stod på venteliste. Undersøgelsen viser, at begge typer forældretræning havde moderat positive effekter ift. ODD-symptomer og samlet funktionsevne hos børnene sammenlignet med kontrolgruppen. STEPP var ligeledes mere effektivt end almindelig forældretræning på disse effektmål. Der var imidlertid ingen signifikante effekter ift. ADHD-symptomer, hverken for forældretræning ift. venteliste-kontrolgruppen, eller for STEPP ift. almindelig forældretræning. Forældretræningen medførte heller ikke en signifikant "normalisering" af børnene i klinisk forstand, og de positive effekter kunne ikke længere påvises 3 måneder efter afsluttet behandling.

Et andet studie (Fabiano et al. 2012) omhandler specifikt fædre til børn med ADHD, idet fædre generelt er underrepræsenterede ift. mødre, når det gælder forældretræning. Navnet på den afprøvede indsats er **Coaching Our Acting-Out Children: Heightening Essential Skills (COACHES)**. Her modtager fædrene 8 x 1 times manualbaseret undervisning, mens deres børn spiller fodbold, efterfulgt af 1 times fodboldkamp, hvor fædrene skal øve de tillærte teknikker ved at agere trænere for deres børn. Fædrene rapporterer efterfølgende en moderat reduktion i intensiteten af barnets problemadfærd. Der er dog ingen signifikant ændring i omfanget af problemadfærden, og mødrene oplever ingen signifikante ændringer.

I kortlægningen indgår også et studie, som undersøger effekten af **forældretræning kombineret med farmakologisk behandling** af børn med ADHD/ODD eller ADHD/CD, og sammenligner med effekten af farmakologisk behandling alene (Ercan et al. 2005). Indsatsen er afprøvet på en hospitalsklinik i Tyrkiet. Den farmakologiske behandling består i methylphenidate og løbende justering af dosis, mens den kombinerede behandling herudover også inkluderer et forældretræningsprogram. Forældretræning tilbydes efter den første måned og består i 4 ugentlige møder i træk og herefter et månedligt møde i 4 måneder. Indsatsen er baseret på andre kendte forældreprogrammer, bl.a. Barkley's Defiant Children. Hver gruppe består af 10-15 forældre. I undersøgelsen måles børnenes udvikling via forældre- og lærer-rapporteringer inden for fire forskellige domæner: Hyperaktivitet/impulsivitet, uopmærksomhed, trodsighed og adfærd. Resultaterne viser en moderat-stor positiv effekt af behandlingen i begge grupper, men der er ingen signifikant forskel på effekten i de to grupper. Dermed ser der altså ikke ud til at være en signifikant effekt af forældretræning alene, idet den positive effekt umiddelbart ser ud til at kunne henføres til den farmakologiske behandling. Dog angiver forældrene, som har modtaget forældretræning, større positive effekter hos børnene, sammenlignet med børnenes lærere og forældrene til børn, som kun har modtaget farmakologisk behandling, hvilket indikerer, at forældretræning alligevel kan have en lille positiv effekt.

2.1.3 Telefon- og internetbaseret forældretræning

Ikke alle forældre til børn med adfærdsvanskeligheder har mulighed for at deltage i et forældretræningsprogram. Det kan skyldes praktiske barrierer som skæve arbejdstider, lange ventelister, at de bor langt væk fra et relevant tilbud eller frygt for stigmatisering (Enebrink et al. 2012, Carr Swiff et al. 2009, MacGrath et al. 2011). Nogle af de kortlagte studier omhandler således "selvhjælpsprogrammer", hvor forældrene selv gennemfører forløbet via en håndbog eller internettet med telefonisk support fra en behandlingsklinik.

I Sverige har man afprøvet en **internetbaseret version af Komet** (Enebrink et al. 2012). Det oprindelige Komet-program er tilpasset til en selvhjælpsudgave bestående af 7 sessioner a cirka 1,5 time, som forældrene selv gennemfører via internettet i løbet af 10 uger. Programmet er således kortere end de oprindelige 11 sessioner og har primært fokus på positiv opdragelse og kommunikation, mens håndtering af problemadfærd og sanktioner fylder mindre. Sessionerne indeholder videoklip, tekst og illustrationer. Forældrene udfylder efter hver session en multiple choice test, som giver umiddelbart svar på, om indholdet er forstået.

Derudover skal forældrene skrive dagbog og løse en række hjemmeopgaver. En ansat på klinikken giver feedback på hjemmeopgaver og fremgang og står til rådighed for spørgsmål, men yder ikke egentlig behandling. Forældrene har i gennemsnit modtaget 5 timer og 10 minutters konsultation over telefonen. Derudover findes et lukket internet-debatforum for samtlige deltagende forældre. Programmet er afprøvet i et lodtrækningsforsøg, som viser store positive effekter på omfanget og intensiteten af børnenes problemadfærd, sammenlignet med en kontrolgruppe på venteliste. 76 % af børnene i indsatsgruppen havde forbedret deres adfærd fra et patologisk til et normalt niveau mod 35 % i kontrolgruppen.

Lignende programmer er afprøvet i Australien (Carr Swift et al. 2009) og Canada (McGrath et al. 2011). Disse er dog ikke internetbaserede, men tager udgangspunkt i en håndbog, som forældrene selv arbejder sig igennem og modtager telefonisk rådgivning undervejs. I den australske undersøgelse er der tale om en selvhjælpsversion af forældretræningsprogrammet **Defiant Children**. Forældrene modtager en håndbog og en arbejdsbog samt yderligere materialer som fx belønningssystemer og har mulighed for at ringe til en rådgiver to gange ugentligt (tilgængelighed 3-6 timer/uge). Rådgiveren tilbyder ikke individuel adfærdsmæssig rådgivning, men henviser til bogen ved dilemmaer. Hvis forældrene ikke selv tager kontakt, bliver de kontak- tet telefonisk hver 14. dag. De telefoniske konsultationer varede hver omkring 20 min, og forældrene fik i gennemsnit ca. 2 timers rådgivning i løbet af indsatsen. Programmet er afprøvet i et lodtrækningsforsøg. Der er tale om et pilotstudie med et begrænset antal deltagere, men resultaterne er positive, idet der måles en signifikant reduktion i både intensiteten og omfanget af barnets problemadfærd for indsatsgruppen, og gennemsnitsscoren i indsatsgruppen falder til under den kliniske grænse for problemadfærd, mens der ikke sker nogen væsentlige ændringer i kontrolgruppen.

Den canadiske undersøgelse er et lodtrækningsforsøg med telefonbaserede indsatser målrettet tre forskellige grupper af børn, heriblandt børn med ADHD-diagnoser. Indsatsen hedder **Parenting the Active Child** og er en del af Strongest Families behandlingssystem. Indholdet i indsatsen er hentet fra COPE og består af 12 sessioner med fokus på positive opdragelsesteknikker, belønningssystemer og problemløsning. Forældrene får udleveret let-læselige håndbøger og videoeksemplere og understøttes i brugen heraf gennem en ugentlig rådgivningssamtale med en ikke-professionel coach, som har modtaget en kort oplæring, og hvis primære opgave er opmuntring og hjælp til problemløsning ud fra manualen. Resultaterne af lodtrækningsforsøget viser, at børnene i indsatsgruppen efter 8 måneder har 2,18 gange større sandsynlighed end børn i kontrolgruppen (som ikke modtog nogen særlig indsats) for at være diagnose-fri. Efter 1 år er sandsynligheden for at være diagnose-fri 2,74 gange større for børn i indsatsgruppen ift. børn i kontrolgruppen.

2.2 Virker forældretræning over for lav selvkontrol?

Kortlægningen viser, at forældretræning generelt ser ud til at have en positiv virkning over for børn op til 13 år med lav selvkontrol. Der er ikke identificeret nogen studier, som omhandler børn/unge over 13 år. Af de 17 studier af forældretræning, som indgår i kortlægningen, viser 13 positive effekter målt på udadreagerende adfærd, hyperaktivitet eller lignende, mens fire viser begrænset positive resultater. Det bemærkes, at de fire studier, som ud fra en helhedsbetragtning er af høj kvalitet, alle viser positive resultater.

De positive effekter af forældretræning, som påvises i de kortlagte primærstudier, understøttes af en række metaanalyser, herunder en helt ny Campbell systematisk forskningsoversigt, som ligeledes viser positive effekter af hhv. forældretræning sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi til barnet (McCart et al. 2006), forældretræning generelt (Lundahl et al. 2006) og gruppebaseret forældretræning (Furlong et al. 2012). Effekttørrelserne er overvejende moderate i både primærstudier og metaanalyser. Samtidig peger de studier, hvor der er lavet opfølgende målinger på, at effekten af forældretræning i nogen grad opretholdes over tid, om end der ofte er tale om beskedne effektstørrelser (Hagen et al. 2011, Hoath & Sanders 2002, Chacko et al. 2009, Hautmann et al. 2011, Lundahl et al. 2006). Campbell forskningsoversigten vurderer, at forældretræning er en omkostningseffektiv indsats (Furlong et al. 2012).

Som det fremgår af ovenstående, er de fire studier, som viser en begrænset positiv effekt, rettet mod forældre til børn med ADHD. Kun tre af de i alt seks studier, hvor målgruppen er børn med ADHD, viser positive resultater. Der er altså i mindre grad evidens for, at forældretræning er effektivt over for netop denne målgruppe. Det stemmer overens med resultaterne af en anden ny Campbell systematisk forskningsoversigt, som netop undersøger effekten af forældretræning over for børn med ADHD, og ikke finder signifikant posi-

tive resultater (Zwi et al. 2011). Det bemærkes dog, at manglen på signifikante positive effekter kan hænge sammen med svagheder ved de inkluderede studier, idet flere fx har et begrænset deltagerantal.

Ud fra resultaterne af kortlægningen er der ikke noget, der tyder på, at gruppebaseret forældretræning generelt er mere eller mindre effektivt end individuel forældretræning. Flere studier peger dog på, at det er vigtigt at målrette forældretræningen alt efter målgruppen af forældre, graden af alvorlighed af barnets problemer, tilstedeværelsen af en eller flere co-diagnoser etc. (fx Fabiano et al. 2012, Chacko et al. 2009, Ercan et al. 2005, Thorell 2009, Hoath & Sanders 2002).

I forlængelse heraf peger resultaterne af kortlægningen på, at telefon- eller internetbaserede selvhjælpsprogrammer kan være relevante over for nogle grupper af forældre, hvor der fx er praktiske barrierer for deltagelsen, og hvor der ikke er tale om meget alvorlige problemer hos barnet. Disse programmer virker lovende og udgør en fleksibel og i mange tilfælde økonomisk hensigtsmæssig løsning (Carr Swift et al. 2009, Enebrink et al. 2012, McGrath et al. 2011, Lundahl et al. 2006).

Endelig ser det ikke ud til at gøre nogen særlig forskel for effekten af forældretræningen, om der sideløbende finder en indsats sted direkte over for barnet (Larsson et al. 2009, Lundahl et al. 2006), mens det, at barnets lærer sideløbende deltager i tilsvarende træning, ser ud til at forstærke effekten (Östberg & Rydell 2012).

Kapitel 3. Social færdighedstræning

Dette kapitel præsenterer syv studier, som omhandler social færdighedstræning i flere forskellige former. Grundideen bag social færdighedstræning er, at børn og unge, der har problemer med lav selvkontrol, udadreagerende og/eller aggressiv adfærd eller har problemer med relationer til venner og kammerater, mangler de sociale færdigheder, der skal til at indgå i relationer med andre, og derfor har brug for at udvikle og træne disse områder (Pepler et al 1995; Frankel et al. 1997). Forskning viser desuden, at børn og unge med aggressiv adfærd ligeledes mangler færdigheder i forhold til at løse problemer. Derfor indgår dette til tider også i indsatser, der træner sociale færdigheder (Pepler et al. 1995). Social færdighedstræning omfatter typisk temaer som konflikt- og problemhåndtering, håndtering af vrede og aggression, konsekvenstænkning og – håndtering, konfrontationer, konversationsteknikker, forhandling, gruppedeltagelse, netværksdannelse, drillerier og lytteøvelser (Frankel et al. 1997; Pepler et al. 1995; Hawkins et al. 1991; Antshel & Remer 2003).

Social færdighedstræning bruges til forskellige målgrupper, fx til børn og unge med aggressiv adfærd eller andre adfærdsproblemer, og til børn og unge med ADHD. Nogle indsatser involverer alene børn og unge med adfærdsproblemer, mens andre både involverer børn og unge med problemadfærd, deres forældre, lærere/skole og kammerater. Forældrene involveres i social færdighedstræning af deres børn, idet det er forventeligt, at det vil have en positiv indflydelse på børnenes adfærdsproblemer, pga. den store rolle forældrene spiller i børnenes opvækst (Frankel et al. 1997; Antshel & Remer 2003). Skolebaseret social færdighedstræning implementeres ofte enten i specialklasser eller til børn i regulære skoleklasser, ofte uden for den normale undervisning (Pepler et al. 1995, Mager et al. 2005, Manger et al. 2003).

Alle de inkluderede indsatser består af gruppeterapi, og det er den mest anvendte indsatsform til at træne børn og unges sociale færdigheder (Antshel & Remer 2003). Gruppebaserede indsatser giver mulighed for, at børnene kan lære om sociale færdigheder og træne med hinanden (ibid.). Social færdighedstræning i grupper består typisk af undervisning i sociale færdigheder, træning af sociale færdigheder, rollespil, coaching, modellering og diskussioner (Pepler et al 1995; Frankel 1997; Hawkins et al. 1991; Antshel & Remer 2003).

Der indgår ingen skandinaviske studier af social færdighedstræning i kortlægningen.⁴

3.1 Hvordan er social færdighedstræning afprøvet?

Tabel 3.1 viser en oversigt over de i alt syv primærstudier, som omhandler social færdighedstræning. Tre af studierne omhandler skolebaseret social færdighedstræning.

⁴ I forbindelse med udarbejdelsen af kortlægningen er der identificeret et socialt færdighedstræningsprogram kaldet Second Step, der både er afprøvet i USA og Norge. Programmet vurderes imidlertid irrelevant for denne forskningsoversigt, da der er tale om en universel skolebaseret indsats, jf. kriterierne for inklusion i kapitel 1 og 10. Studierne er beskrevet i hhv. Grossman, Neckerman, Koepsell, Liu, Asher, Beland (1997) "Effectiveness of a Violence Prevention Curriculum Among Children in Elementary School: A Randomized Controlled Trial" *Journal of the American Medical Association* vol. 277 p. 1605–11 samt Holsen; Smith & Frey (2008) "Outcomes of the social competence program Second Step in Norwegian elementary schools" *School Psychology International*, vol. 29, 1, p. 71-88).

Tabel 3.1 Oversigt over social færdighedstræning

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
ESSGP (Earls court Social Skills Group Program) Pepler et al. 1995	RCT Mellem	Børn med aggressive adfærds problemer.	6-12	85 % drenge 15 % piger	Ingen diagnose	Skole og hjem	Ikke oplyst	Gruppe	4 mdr.	Begrænset positiv effekt
Living Skills Prince et al. 2010	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Høj	Børn med problemer med aggression, forstyrrende adfærd og et dårligt forhold til skolen	7-12	61 % drenge 36 % piger 3 % uoplyst	Ingen diagnose	Skole	Anden fagperson	Gruppe	6 mdr.	Positiv effekt
Social Competence Promotion Program Mager et al. 2005	RCT Mellem	Børn med eksternaliserende adfærd	11-18	63 % drenge 37 % piger	Ingen diagnose	Skole	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	3-4 mdr.	Begrænset positiv effekt
KREPS (Kreativ Problemløsning i Skolen) Manger et al. 2003	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Høj	Unge med adfærds problemer i skolen	14-16	52 % drenge 48 % piger	Ingen diagnose	Skole	Lærer	Individuel	12 mdr.	Ingen påviselig effekt
Social færdighedstræning Frankel et al. 1997	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med problemer med at få venner	7-13	77 % drenge 23 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	3 mdr.	Positiv effekt
Social færdighedstræning Antshel & Remer 2003	RCT Høj	Børn med ADHD	8-12	75 % drenge 25 % piger	ADHD og/eller ODD/CD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko- log/ terapeut	Gruppe	2 mdr.	Ingen påviselig effekt
Social færdighedstræning Hawkins et al. 1991	RCT Mellem	Beboere på en ungdomsinstitution. Alle er dømt.	11-18	73 % drenge 27 % piger	Ikke specificeret	Institution	Anden fag person	Gruppe	2½ mdr.	Positiv effekt

3.1.1 Social færdighedstræning målrettet børn og unge med adfærdsproblemer

Fem af de sociale færdighedstræningsprogrammer har børn med adfærdsproblemer som målgruppe. To af disse, **Earlscourt Social Skills Group Program (ESSGP)** og **Social Competence Promotion Program**, har begge fokus på børn og unge, der har problemer med aggressiv og udadreagerende adfærd (Pepler et al 1995; Mager et al 2005). En tredje indsats kaldet **The Living Skills Program** er målrettet børn som både har problemer med aggressiv, udadreagerende og impulsiv adfærd, uopmærksomhed og et dårligt forhold til skolen (Prince et al. 2010). Programmet **Kreativ Problemløsning i Skolen (KREPS)** er afprøvet i Norge over for unge med adfærdsproblemer i alderen 14-16 år (Manger et al. 2003). Det sidste af de fem studier har fokus på børn, der har problemer med at få og beholde venner eller som har problemer med relationer til deres kammerater (Frankel et al 1997).

ESSGP er afprøvet i et studie af børn mellem 6 og 12 år. Indsatsen finder sted med skolen som omdrejningspunkt og er kendetegnet ved at omfatte social færdighedstræning både til børn, deres forældre, lærere og kammerater. Deltagerne bliver inddelt i grupper af syv. Indsatsen består af 2 x 75 minutters gruppesessioner pr. uge i 12-15 uger⁵. Sessionerne består af læring af sociale færdigheder, herunder modellering, rollespil, præstationsfeedback, positiv forstærkning og kortlægning. Der måles en positiv effekt på lærernes vurdering af børnenes udadreagerende adfærd, både efter indsatsen og i opfølgningerne efter 3 og 9 måneder. Derimod måles der ingen signifikant effekt på forældrenes vurdering af børnenes udadreagerende adfærd (Pepler et al 1995).

The Living Skills Program er målrettet samme aldersgruppe og er baseret på en ide om, at børn med problematisk social adfærd kan forbedre deres sociale færdigheder via gruppeprocesser, der lærer deltagerne prosocial adfærd. Rationalet er funderet i flere forskningsresultater, der viser, at træning af børnenes sociale færdigheder kan forbedre deltagerens kommunikationsevner, deres forhold til klassekammerater og til skolen generelt. Indsatsen foregår i skoletiden, men varetages af eksterne fagfolk og løber over 6 måneder. Sessionerne er af 45-60 minutters varighed og foregår i grupper på 6-8 deltagere. I indsatsen fokuseres der på at skabe et trygt gruppemiljø med normer, der understøtter positiv interaktion blandt deltagerne. Dernæst konsolideres gruppenormerne og den ønskede adfærd gennem positive eksempler på god adfærd og via verbal eller materiel belønning (fx ros eller slik). Slutteligt læres prosocialadfærd i gruppen ved fx at lære at rose og modtage ros i gruppen. Effekten af The Living Skills Program er positiv. Indsatsgruppen viser en signifikant forbedring i lærernes vurdering af deltagerens adfærd fx observerede vredesudbrud, mens der hos kontrolgruppen registreredes signifikant dårligere adfærd. For begge grupper kunne der måles en signifikant forbedring i deltagerens evne til at kontrollere temperament, ifølge lærerne. Forbedringen er dog større i indsatsgruppen end i kontrolgruppen.

Social Competence Promotion Program finder ligeledes sted i skolen, men forskelligt fra ESSGP og Living Skills omfatter studiet børn mellem 11 og 18 år. Indsatsen består af 70-90 minutter lange gruppesessioner en gang om ugen i 9-12 uger⁶. Gruppessionerne består af 2 delelementer: Dels er der social færdighedstræning, der består af direkte instruktioner, strukturerede diskussioner, lege, arbejdsopgaver, og rollespil. Den har til formål at lære deltagerne at have en systematisk tilgang til håndtering af sociale problemer som dril, gruppepres og uenighed med lærere, forældre og kammerater. I gruppesessionerne er der ligeledes en struktureret adfærdsregulering, hvor deltagerne skal følge en række regler om deltagelse: Give komplimenter til andre, lade være med at afbryde, ikke være respektløse over for andre og følge de givne instruktioner. Deltagerne bliver verbalt belønnede og irettesat, og bliver belønnede økonomisk for deres deltagelse. I evalueringen af programmet måles det, om der er forskel på udbyttet af social færdighedstræning, hvis grupperne udelukkende består af børn med adfærdsproblemer, og hvis grupperne både består af børn med og uden adfærdsproblemer. På kort sigt opnår de unge, der deltager i grupper, der udelukkende består af unge med adfærdsproblemer, en moderat signifikant effekt, sammenlignet med de unge, der deltager i grupper af unge både med og uden adfærdsproblemer. Det gælder både ift. læreres og forældres vurdering af udadreagerende adfærd. Der måles desuden en stor signifikant effekt af indsatsen i grupperne, der kun har unge med adfærdsproblemer, på lærernes og forældrenes vurdering af de unges udadreagerende ad-

⁵ Indsatsen strækker sig over 5 år og længden bliver ændret undervejs.

⁶ Indsatslængden varierer pga. de unges forskellige skoleskemaer.

færd. I grupperne, der både har unge med og uden adfærdsproblemer, måles der en moderat signifikant effekt i forældrenes vurdering af de unges eksternaliserende adfærd. Omvendt ses der en tendens til, at de unge, der deltager i grupper, hvor der både er unge med og uden adfærdsproblemer, opnår bedre resultater på længere sigt, selvom der ved den opfølgende måling ikke ses signifikante forskelle mellem de to indsatsgrupper (Mager et al 2005).

KREPS er et socialt færdighedstræningsprogram, som er oversat til norsk fra et canadisk program kaldet Reasoning and Re-acting. Programmet bygger på principper for kognitiv psykologi og foregår ligesom de ovennævnte på skolen, men uden for normal undervisningstid. Indsatsen består af ugentlige gruppesessioner à 3 timers varighed i løbet af et helt skoleår (ca. 70 timer i alt, 4-10 elever i hver gruppe). Sessionerne varetages af lærere, der trænes specielt til at gennemføre programmet. Der lægges i indsatsen vægt på at tillære eleverne individuelle evner til problemløsning, selvkontrol (herunder at tackle følelser, særligt vrede), værdivalg, selvhævdelse, empati, kreativ og kritisk tænkning. Hovedvægten er på kognitive metoder, hvor viden og oplysning om de forskellige temaer i programmet kombineres med gruppediskussioner og brug af rollespil. Den sociale færdighedstræning søger således at give eleverne større kognitiv opmærksomhed på provokerende situationer og de uproductive reaktioner, disse situationer kan føre til. Desuden lærer eleverne en fortløbende problemløsningsstrategi. Der er ved et kontrolgrufforsøg i Norge ikke påvist nogen signifikante effekter af KREPS i forhold til elevernes selvkontrol. Det påpeges af forfatterne, at det muligvis kan skyldes det faktum, at denne type programmer har større effekt på unge med særligt vanskelige problemer, hvilket det ikke har været muligt at undersøge ud fra det indsamlede datamateriale (Manger et al. 2003).

I den sidste indsats er målgruppen som nævnt børn med problemer med sociale relationer til venner og kammerater. Indsatsen finder i modsætning til de andre steder på en klinik, hvor deltagerne er inddelt i 16 små grupper med 6-9 i hver gruppe. Både børn og forældre deltager sideløbende i gruppesessioner à 1 times varighed. Børnenes gruppesessioner er opdelt i fire dele, hvor børnene fortæller om resultaterne af deres hjemmearbejde, får undervisning, adfærdsmæssige øvelser samt coaching, styret leg, og til sidst samles med deres forældre og aftaler hjemmearbejde. Forældrenes sessioner er ligeledes inddelt i fire dele, hvor lederen gennemgår forældre-barn præstationerne på tidligere socialiseringshjemmearbejde, forældrene læser udleverede hand-outs og har mulighed for at stille spørgsmål, de præsenteres for næste uges hjemmearbejde og endelig samles forældrene med deres børn. Forældrevurderinger af børnenes selvkontrol viser, at indsatsen har en positiv effekt. Lærervurderinger af børnenes aggressive adfærd viser ligeledes at indsatsen har en positiv effekt, mens indsatsen ikke viser nogen effekt på børnenes hyperaktive adfærd (Frankel 1997).

3.1.2 Social færdighedstræning målrettet børn med ADHD og ODD

I to af indsatserne udgør børn med ADHD og ODD hele eller en stor del af deltagerne i indsatsen (Frankel et al 1997; Antshel & Remer 2003). I den ene indsats er målgruppen børn fra 8 til 12 år med forskellige typer af ADHD (Antshel & Remer 2003), mens den anden tidligere omtalte indsats har fokus på børn mellem 7 og 13 år, der har problemer med at få og beholde venner, og børn der har problemer med forholdet til deres kammerater - heraf har ca. to tredjedele af deltagerne en ADHD og/eller en ODD diagnose (Frankel et al 1997).

I indsatsen, hvor målgruppen er børn med ADHD, inddeles deltagerne i 15 grupper af 8 deltagere. 5 af grupperne har deltagere med heterogene diagnoser, mens 5 af grupperne har deltagere med homogene diagnoser. Derudover er der 5 kontrolgrupper. Indsatsgrupperne modtager 8 x 90 minutters gruppesessioner (1 gang om ugen i 8 uger). Gruppesessionerne ledes altid af de samme to terapeuter. Indholdet består af modellering af sociale færdigheder, rollespil og coaching inden for emnerne samarbejde med jævnaldrende, problemløsning, genkendelse og kontrol af vrede, selvsikkerhed, samtale og accept af konsekvenser. Imidlertid viser hverken børnenes vurdering af selvkontrol eller forældrenes vurdering af børnenes selvkontrol, at indsatsen har en effekt, når der sammenlignes med kontrolgrupperne (Antshel & Remer 2003).

Som beskrevet i afsnittet ovenfor, finder indsatsen, hvor en stor del af børnene har ADHD, sted i 16 små grupper (6-9 individer i hver gruppe, gennemsnitligt 8 i hver gruppe). Både børn og forældre deltager samtidigt i sessioner af à 1 times varighed (se afsnittet ovenfor for nærmere detaljer om indholdet). Forældrevurderinger af børnenes selvkontrol viser, at indsatsen har en positiv effekt. Lærervurderinger af børnenes ag-

gressive adfærd viser ligeledes at indsatsen har en positiv effekt, mens indsatsen ikke viser nogen effekt på lærernes vurderinger af børnenes hyperaktive adfærd (Frankel 1997).

3.1.3 Social færdighedstræning målrettet dømte unge på institution

I en af indsatserne i kortlægningen over social færdighedstræning er målgruppen dømte unge mellem 13 og 18 år, der bor på en ungdomsinstitution (Hawkins et al 1991). Formålet med indsatsen er, at de unge ved at deltage i den sociale færdighedstræning skal opnå bedre sociale evner og dermed forhindres i kriminelle tilbagefald når de sættes ud fra institutionen.

Indsatsen består af kognitiv adfærdsterapi i grupper leveret af en socialarbejder 2 gange om ugen à 2 timers varighed gennem 10 uger. I grupperne lærer de unge om følgervirkningstænkning, selvkontrol, at undgå problemer, social netværksdannelse, problemløsning, forhandling og om at afvise af stoffer og alkohol. Træningsteknikkerne består af instruktion, modellering, rollespil, feedback, gruppediskussioner og hjemmearbejde. Undersøgelsen viser, at indsatsen har en positiv effekt på de unges selvkontrol og på deres sociale adfærd og evne til at løse problemer.

3.2 Virker social færdighedstræning over for lav selvkontrol?

Kortlægningen viser, at social færdighedstræning i nogle former og målrettet bestemte grupper ser ud til at have en positiv effekt over i forhold til vanskeligheder med lav selvkontrol. Omvendt viser den også, at social færdighedstræning i nogle tilfælde har begrænsede eller ingen påviselige effekter. Det bemærkes, at det i to af de tre studier, som er vurderet at være af høj kvalitet, ikke har været muligt at påvise en effekt af den sociale færdighedstræning ift. lav selvkontrol.

I forhold til formen af den sociale færdighedstræning viser de to studier, hvor både børn og forældre er involverede i den sociale færdighedstræning, henholdsvis en positiv effekt (Frankel 1997) og en begrænset positiv effekt (Pepler 1995).

To af de fire indsatser, som finder sted på børnenes skole, viser en begrænset positiv effekt (Mager et al 2005; Pepler et al 1995), mens én viser en positiv effekt (Prince et al. 2010). I alle disse studier vurderer lærere, at børnene i indsatsgruppen efterfølgende udviser en mindre grad af udadreagerende adfærd. For Social Competence Promotion Program gælder forbedringen imidlertid alene for den indsatsgruppe, hvor alle børnene har adfærdsproblemer. Forbedringen gælder derimod ikke for den indsatsgruppe, hvor børn med adfærdsproblemer "blandes" med normal fungerende børn. Der foretages også forældrevurderinger af børnenes udadreagerende adfærd, men mens børnene i begge indsatsgrupper i Social Competence Promotion Program har en signifikant reduktion af deres udadreagerende adfærd ifølge deres forældre, er der ifølge forældrevurderingerne ingen signifikante forbedringer på de børn, der deltager i ESSGP (Mager et al 2005; Pepler et al 1995). Undersøgelsen af den sidste indsats, som også finder sted på skolen og er afprøvet i Norge over for unge med adfærdsproblemer, viser ingen effekt (Manger et al. 2003).

I forhold til forskellige karakteristika ved målgrupperne ses der en positiv effekt af social færdighedstræning målrettet unge på institution (Hawkins 1991). Det er derimod ikke entydigt, at social færdighedstræning har en positiv effekt på børn, som er diagnosticeret med ADHD og ODD, idet ét studie, der omfatter børn med ADHD og ODD og deres forældre, har positiv effekt (Frankel 1997), mens et andet studie, hvor målgruppen er børn med ADHD, ikke har nogen påviselig effekt (Antshel & Remer 2003). Dette kan indikere, at social færdighedstræning, der både involverer børn og forældre, har en positiv effekt over for børn med ADHD. På den anden side konkluderes det i et Cochrane review, at social færdighedstræning ikke kan siges at have en positiv effekt på børn og unge med ADHD (Storebø et al 2011). Det skal dog bemærkes, at der i Cochrane review'et ikke skelnes mellem social færdighedstræning, der kun involverer børn, og social færdighedstræning, der både involverer børn og forældre.

Ser man på målgruppernes alder, er der ikke noget, der tyder på, at social færdighedstræning virker bedre på en bestemt aldersgruppe. Kortlægningen af social færdighedstræning omfatter effektmålinger rettet mod

børn eller unge. De studier, der involverer unge, har henholdsvis en positiv effekt og en begrænset positiv effekt. Omvendt er det ikke alle studierne rettet mod børn, der har en positiv eller påviselig effekt.

Kortlægningen omfatter primært studier, hvor der indgår ca. 75 % drenge og ca. 25 % piger. På dette grundlag er det ikke muligt at konkludere, om social færdighedstræning har bedre effekt på et bestemt køn.

I tre af studierne i kortlægningen foretages der opfølgende målinger efter indsatsens afslutning. Det ene studie viser, at de positive effekter på børnenes selvkontrol blev vedligeholdt både 3 og 9 måneder efter indsatsens afslutning (Pepler et al. 1995). I det andet studie oplyses der ingen signifikante opfølgende målinger for indsatsgrupperne (Mager et al. 2005). I det tredje studie kunne ikke måles nogen påviselige effekter hverken efter indsatsen eller i den opfølgende måling (Antshel & Remer 2003).

Det bemærkes, at der i kortlægningen også indgår en undersøgelse, hvor effekten af social færdighedstræning sammenlignes med effekten af kognitiv adfærdsterapi (van Manen et al. 2004). Undersøgelsen, som er beskrevet nærmere i kapitel 5, viser, at det kognitive program har en signifikant bedre effekt end den sociale færdighedstræning, både i forhold til børnenes selvkontrol, styring af impulser og aggressiv adfærd.

Kun en enkelt af de kortlagte indsatser inden for social færdighedstræning er afprøvet i de skandinaviske lande, nemlig KREPS, som er afprøvet i Norge. Her er der imidlertid som nævnt ikke påvist nogen effekt af indsatsen, og det er således fortsat uvist, om denne type indsats kan have en positiv virkning her.

Kapitel 4. Vredes- og aggressionshåndtering

Dette kapitel præsenterer seks forskellige studier, som undersøger effekten af forskellige former for vredes- og aggressionshåndtering målrettet aggressive børn. Vredes- og aggressionshåndtering tager udgangspunkt i, at problemer med vrede og aggression er en væsentlig komponent i børns antisociale adfærd og en specifik risiko i forhold til, om barnet på sigt udvikler kriminel adfærd, dårlige relationer til kammerater, stofmisbrug og dropper ud af skolen. Forskning viser, at aggressive børn har specifikke kognitive vanskeligheder, hvilket blandt andet kommer til udtryk i, at de har svært ved at afkode sociale situationer (Whitfield 1999; Shechtman & Ifargan 2009). De fleste vredes- og aggressionshåndteringsprogrammer baserer sig på kognitiv adfærdstræning, men omhandler specifikt teknikker til at genkende og kontrollere vrede og aggression.

Aggressiv adfærd observeres ofte i skolesammenhænge i form af fysiske eller verbale vredesudbrud. Størstedelen af indsatserne i kortlægningen er således skolebaserede og/eller institutionsbaserede, og indsatserne er målrettet til børn uden en specifik diagnose. Nogle af indsatserne fokuserer udelukkende på behandling af børnene, hvor de lærer teknikker til at kontrollere deres vredesudbrud, og får viden om, hvad der kan være årsag til deres reaktioner. I andre studier er der en bredere involvering, hvor også forældre eller lærere indgår i indsatsen. Forældrene undervises i, hvad deres barn gennemgår i børneindsatsen, samt hvordan de kan understøtte prosocial adfærd hos deres barn. Lærerne instrueres typisk i konflikthåndtering på klasseniveau og positiv forældreinvolvering.

4.1 Hvordan er vredes- og aggressionshåndtering afprøvet?

Tabel 4.1 viser en oversigt over de i alt syv artikler, som omhandler vredes- og aggressionshåndtering. Seks artikler præsenterer resultater af primærstudier, mens en enkelt præsenterer praksiserfaringer med ART fra Norge.

Tabel 4.1 Oversigt over vredes- og aggressionshåndtering

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Aggression Replacement Training (ART) Gundersen & Svartdal 2006	Før- og eftermåling Mellem	Børn med nogen grad eller alvorlig grad af adfærdsp problemer	11-17	75 % drenge 25 % piger	Ingen diagnose	Skole Speci-alskole, institu-tion	Lærere	Gruppe	2½ mdr.	Positiv effekt
Aggression Replacement Training (ART) Gundersen & Svartdal 2010	Kontrol-gruppe-forsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med nogen eller alvorlig grad af adfærdsp problemer	11 (gns.)	60 % drenge 40 % piger	Ingen diagnose	Skole, institu-tion	Lærere	Gruppe	2½ mdr.	Positiv effekt

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Aggression Replacement Training (ART) Helgesen 2005	Praksiserfaringer Ikke kvalitetsvurderet	Drenge med aggressiv adfærd	10-12	Kun drenge	3 har diagnose	Skole/udd.	Pædagogisk psykologisk rådgivere	Gruppe	Ikke oplyst	Positiv effekt
Anger Control Training Whitfield 1999	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Unge drenge med CD	13-17	100 % drenge	CD	Skole	Skole-socialrådgiver	Individuel	Individuel længde	Positiv effekt
"Classroom intervention" og "Counseling intervention" Shechtman & Ifargan 2009	RCT Mellem	Meget aggressive børn	9-13	80 % drenge 20 % piger	Ingen diagnose	Skole	Skolepsykolog	Gruppe	4 mdr.	Positiv effekt
The Coping Power Program / Coping With the Middle School Transitions Lochman & Wells 2002	RCT Mellem	De 31 % mest aggressive børn	9-11	66 % drenge 34 % piger	Ingen diagnose	Skole	Skolepsykolog eller skole/familiebehandlere	Gruppe + individuel	16 mdr.	Begrænset positiv effekt
Lokalt udviklet vredes- og aggressionshåndtering Lipman et al. 2006	RCT Mellem	Børn med problemer i fht. vrede eller aggressiv adfærd.	7-11	81 % drenge 19 % piger	Ingen diagnose	Klinik + Hjem/familie	Pædagoger/psykologistuderende	Gruppe	3 mdr. 1 uge	Ingen påviselig effekt

4.1.1 Vredes- og aggressionstræning målrettet til børn alene

ART (Aggression Replacement Training) er en indsats, der forsøger at forbedre børns sociale færdigheder, hos børn som Indsatsen består af tre forskellige dele, der træner hhv. kontrol over *vredesudbrud*, *sociale færdigheder* og udvikling af *moralske refleksioner*. I træningen vedrørende *vredesudbrud* trænes de unge i at genkende, hvad der fremprovokerer deres vredesudbrud, aggressionssignaler hos dem selv og i at beherske forskellige teknikker til at håndtere vrede. Træningen af *sociale færdigheder* består i at træne 50 specifikke færdigheder. Nogle er simple, såsom at kunne lytte til andre eller starte en samtale. Andre er mere komplekse og handler fx om at kunne håndtere gruppepres. I udviklingen af *moralske refleksioner* fokuseres der på at udvikle den unges refleksioner i forhold til sværere etiske og moralske dilemmaer, og at

træne dem i at håndtere situationer i deres eget liv i forhold til deres egne moralske værdier og holdninger (Gundersen & Svartdal 2006). ART består typisk af 30 sessioner i alt med 10 sessioner inden for hver af de tre dele. De forskellige dele trænes hver uge gennem hele indsatsperioden. Træningen varetages af to instruktører og forgår i grupper på mellem 4 og 8 deltagere. Hver session har en fast manual for, hvad der skal gennemgås. Ud over de omtalte tre faste dele af programmet, er der også plads til andre aktiviteter såsom forskellige lege eller hjemmearbejde (Gundersen & Svartdal 2010).

Gundersen og Svartdal har gennemført to studier af effekten af ART i Norge, i hhv. 2006 og 2010. I begge studier foregår indsatsen i 2 ½ måned og efter den manual, ART er bygget op efter. I begge tilfælde foregår indsatsen primært i skole- eller institutionsregi og indsatsen varetages af lærere, der er uddannede i ART. Studiet fra 2006 er en før- og eftermåling, mens studiet fra 2010 er baseret på lodtrækningsforsøg, hvor 140 børn blev tildelt enten ART-indsats eller fungerede som kontrolgruppe. Begge studier undersøger børn med lav grad, nogen grad eller alvorlig grad af adfærdsproblemer, men uden diagnose. Gennemsnitsalderen i studierne er hhv. 11 og 12,6 år. I begge studier findes der en positiv effekt af indsatsen. Der kan måles en generel forbedring i barnets sociale færdigheder, hos de børn der har deltaget i ART sammenlignet med børn som har modtaget sædvanlige tilbud fra deres skole eller institution. Dette gælder for forældrenes vurderinger af barnet i begge studier. I studiet fra 2006 vurderer lærerne også at børnene har forbedret deres sociale færdigheder sammenlignet med kontrolgruppen. Denne vurdering er ikke helt så entydig i studiet fra 2010. Studierne indeholder ingen opfølgende målinger af indsatsens effekt over længere tid.

En tredje artikel gengiver praksiserfaringer med ART i Norge, hvor en pædagogisk-psykologisk rådgiver har gennemgået et ART trænerkursus og efterfølgende har gennemført et forløb med fem drenge (Helgesen 2005). To drenge havde en børnepsykiatrisk diagnose, og en havde Aspergers. Forløbet var i alt på 30 timer og betød, at drengene skulle forlade deres klasseundervisning to gange om ugen. Indsatsen bestod bl.a. i, at drengene selv satte regler for, hvilken opførsel der var tilladt i ART-timerne. Drenge lærte også at genkende og identificere følelsen af vrede fx via fysiologiske signaler som varme i kinderne eller hjertebanken. Gennem "bubble talk" pegede barnet på sit eget hoved og tænkte højt, så de andre kunne få indblik i tanke-mønstre hos den pågældende. Skole og forældre blev informeret på møder, og forældrene blev orienteret om en åben telefonlinje til pædagogisk-psykologisk rådgivning to gange om ugen. Erfaringerne var positive, idet drengene selv mente at have lært, at det er muligt at kontrollere deres vredesudbrud, og også lært at slappe mere af, fx ved at tage dybe vejrtrækninger, når de blev vrede. Drengene gav ligeledes udtryk for, at ART burde være et fag i skolen, at der skulle have været flere regler, og at reglerne burde være gennemgået oftere. Både lærerne og forældrene var interesserede i, at skolerne fortsatte med ART.

I et studie fra USA afprøves en anden metode til vredeshåndtering over for drenge med aggressiv adfærd, som er diagnosticeret med CD (Whitfield 1999). Programmet **Anger Control Training** er et individuelt og manualbaseret kognitivt adfærdsprogram, som består af 12 sessioner. Programmet består både af fysiske øvelser og øvelser i selv-instruering såsom selvguidende tale-øvelser og teknikker til kontrol over egne tanker. Der indgår også diskussioner af hypotetiske aggressivitetssituationer. Undersøgelsen er gennemført som et matchet kontrolgruppeforsøg i forbindelse med behandling af en lille gruppe 13-17-årige drenge i det offentlige skolesystem. Undersøgelsen viser en signifikant forskel mellem kontrolgruppe og indsatsgruppe i fht. vredeshåndtering, hvor de unge i indsatsgruppen udviser større initiativ til at styre og undgå vredesudbrud. Samme billede gør sig gældende i fht. vredesudbrud, hvor antallet af udbrud hos indsatsgruppen er reduceret i forhold til kontrolgruppen.

4.1.2 Vredes- og aggressionstræning målrettet børn, forældre og/eller lærere

I Israel har man i et lodtrækningsforsøg afprøvet to forskellige indsatser overfor børn med alvorlige aggressionsproblemer (Shechtman & Ifargan, 2009). Studiet bygger på data fra 166 meget aggressive børn, med skolegang i en almindelig skole. Børnene er mellem 9 og 13 år. I studiet undersøges effekterne af en indsats på hhv. *klasseniveau* og en *gruppebaseret indsats* i forhold til en kontrolgruppe. Begge indsatser består af 12 sessioner over 4 måneder. Skolerådgiverne (School counsellor) får et 56 timers kursus inden indsatserne påbegyndes. Indsatsen på *klasseniveau* fokuserer på at ændre de sociale dynamikker i klassen som helhed. Børnene skal først identificere det sociale klima i klassen, fx hvorvidt de oplever at kunne udtrykke en ide uden at blive kritiseret, dernæst skal de tale om negative sociale dynamikker i klassen, fx gruppeopdeling.

Herefter skal de lave klasseregler, der adresserer de negative sociale dynamikker. I den *gruppebaserede indsats*, foregår behandlingen af de aggressive elever uden for deres normale klasse. Der etableres først en terapeutisk alliance mellem terapeuten (counsellor) og gruppen af de aggressive børn via forskellige aktiviteter og gennem gruppenormer. Dernæst skal børnene diskutere emner som relaterer sig til aggressiv adfærd fx, vrede, hvordan man kan kontrollere vrede, og ønsket om magt. Undersøgelsen viser en signifikant mindre aggressiv adfærd hos børnene i begge indsatsgrupper i forhold til kontrolgruppen. Mens der ikke iagttages nogen signifikant forskel mellem de to typer af indsats.

The Coping Power Program er afprøvet i USA (Lochman & Wells, 2002). Studiet sammenligner to forskellige indsats og en kontrolgruppe. I studiet identificeres 245 meget aggressive børn på 9-10 år. Disse bliver tilfældigt enten en indikeret indsats kaldet Coping Power, en universel indsats kaldet Coping With the Middle School Transitions (CMST), en kombination af både Coping Power og CMST eller en kontrolgruppe. Coping Power består af en børneindsats og en forældreindsats. *Børneindsatsen i Coping Power* løber over 16 måneder. Børnene modtager både en gruppebaseret indsats og en individuel indsats. Den individuelle indsats er af en halv times varighed, en til to gange om måneden. Gruppeindsatsen indeholder i alt 34 gruppesessioner med 5-8 deltagere, hvor en session er af 40-50 min. varighed. I den gruppebaserede indsats lærer de bl.a. forskellige strategier til at håndtere vredesudbrud. *Forældreindsatsen i Coping Power* består af 16 forældregruppessioner, hvor forældrene undervises i, hvordan de kan understøtte deres børns prosociale adfærd. Desuden instrueres de i, hvad børnene gennemgår i Børneindsatsen. Den universelle indsats (CMST) består af en lærerindsats og en forældreindsats. Lærerindsatsen består af 5 møder af to timers varighed, hvor en Coping Power instruktør bl.a. underviser lærerne i metoder, der kan give positiv forældreinvolvering i børnenes skolegang og konflikthåndtering i klassen. Forældreindsatsen består i alt af 4 sessioner med oplæg om forældrenes rolle bl.a. i forhold til støtte deres børn i håndtering af gruppepres. Studiet viser, at kombinationen af Coping Power og den universelle indsats gav en signifikant forbedring i fht. børnenes evner til at håndtere vredesudbrud sammenlignet med de enkelte indsats alene og kontrolgruppen.

Et canadisk lodtrækningsforsøg undersøger effekten af et 16 sessioners program, der består af tre dele: Forældre gruppesessioner, Børnegruppesessioner og Hjemmesessioner (Lipman et al. 2006). Den første del af indsatsen består af tre forældre/plejeforældre gruppesessioner. Her undervises forældre/plejeforældre i, hvad der er normale vredesudbrud for børn og i de strategier, der vil blive brugt overfor børnene i programmet, samt hvordan man kan anvende specielle adfærdsteknikker. Børnegruppesessionerne er en problemløsnings proces, der bygger på **kNOW Problem Pathway**. Her lærer børnene at kontrollere deres vredesudbrud, samt hvad der er årsagen til deres vredesudbrud. Gruppessionerne inkluderer rollespil, diskussion og hjemmeopgaver. Grupperne er på mellem 6 og 10 børn i alderen 7-11 år. Hjemmesessionerne foregår både samtidig med børnesessionerne og efter. De sætter fokus på den specifikke problemstilling, som familierne hver især oplever. Sessionerne ledes af en gruppeleder og i børne- og forældre/plejeforældre sessionerne er der tilknyttet en yderligere assistent. Studiet viser ingen påviselig effekt af at deltage i sessionerne frem for at deltage i almindelige tilbud. Det bemærkes, at børnene har haft mulighed for at indgå i andre behandlinger samtidig med undersøgelsens forløb. Det kan betyde at deltagerne i begge gruppe kan have draget nytte af andre behandlinger, hvilket kan sløre effekten af sessionerne i selve undersøgelsen.

4.2 Virker vredes- og aggressionshåndtering over for lav selvkontrol?

Fire studier af studierne af vredes- og aggressionshåndtering viser en positiv effekt af den undersøgte indsats, mens der i et studie findes en begrænset positiv, og det sidste studie ikke finder nogen påviselig effekt. Det bemærkes, at samtlige studier ud fra en helhedsbetragtning er vurderet til at være af "mellem" kvalitet. Der er således behov for yderligere studier af høj kvalitet af vredes- og aggressionshåndtering.

De indsats, der er direkte målrettet børn med aggressivtetsproblemer, finder alle positive effekter, som bl.a. viser sig i en forbedring af børnenes sociale færdigheder. Særligt bemærkes det, at ART har vist positive effekter i Norge.

Effekten af de indsats, der fokuserer på børn i kombination med forældre og/eller lærere viser hhv. en positiv effekt i forhold til at forbedre børnenes sociale færdigheder og en positiv effekt ift. at begrænse antallet af vredesudbrud hos de behandlede børn. I et enkelt tilfælde findes der dog ingen påviselig effekt, og i et andet tilfælde er effekten begrænset positiv. Dette kunne tyde på, at indsats med fokus på vredes- og

aggressionshåndtering, som er specifikt målrettet barnet, kan være mere virkningsfulde, end indsatser med et mere inkluderende set-up. Dette stemmer overens med en metaanalyse af skolebaserede indsatser over for vold og aggressiv adfærd, som viser, at indsatser, der kun fokuserer på børn, har en lille positiv effekt ift. at reducere voldelig adfærd, mens der ikke findes nogen effekt af indsatser, der involverer forældre, klassekammerater og/eller det omkringliggende samfund (Park-Higgerson et al. 2008).

Aldersmæssigt spænder studierne fra 9-17 år, og der er ikke umiddelbart belæg for at konkludere, at vredes- og aggressionshåndtering virker bedre over for nogle aldersgrupper end andre. Deltagerne i de undersøgte indsatser er både drenge og piger, dog med en overvægt af drenge. Derfor er det heller ikke muligt at konkludere, om indsatserne har en bedre effekt på et bestemt køn, idet indsatstypen ikke i tilstrækkelig grad er afprøvet over for piger. Indsatserne er primært målrettet til børn uden diagnoser, med undtagelse af et studie, der fokuserer på drenge, som er diagnosticeret med CD. Der er således heller ikke belæg for at sige, at vredes- og aggressionshåndtering er mere eller mindre effektivt i forhold til børn med bestemte diagnoser.

Kapitel 5. Kognitiv adfærdsterapi

Dette kapitel præsenterer otte forskellige artikler, som omhandler otte studier af kognitiv adfærdsterapi. Det grundlæggende rationale i kognitiv adfærdsterapi er, at adfærdsvanskeligheder og lav selvkontrol ofte skyldes manglende kognitive funktioner, og at man ved at træne kognitive færdigheder kan understøtte varige adfærdssændringer og dermed reducere uhensigtsmæssig adfærd (Etscheidt 1991). Ved at skabe forandringer i de kognitive mediatorer i hjernen, som fungerer som organiserende faktorer i forhold til aggressiv adfærd, kan man skabe grundlag for relativt varige adfærdssændringer (Guerra & Slaby 1990).

De kognitive adfærdsindsatser i forskningsoversigten fokuserer på at lære børn og unge færdigheder til at løse sociale problemer, der relaterer sig til deres dagligdagssituationer. Børn og unge lærer, hvordan de fx gennem selvinstruktion kan håndtere problematiske situationer, som de ellers har problemer med at håndtere, og som derfor ofte fører til grund af aggressiv eller anden problematisk adfærd. Indsatserne er overordnet set rettet imod tre forskellige målgrupper: Børn med en diagnosticeret adfærdsforstyrrelse i form af ADHD eller CD, børn og unge som har problemer med aggressiv adfærd med eller uden andre adfærdsforstyrrelser samt kriminelle unge.

Størstedelen af de kognitive adfærdsprogrammer er centreret omkring en model bestående af en række trin, som kan hjælpe med at løse de problemer, der opstår i dagligdagen. Modellen har typisk fem trin, som deltagerne træner og lærer at instruere sig selv i: 1) problemdefinition, der handler om at forstå problemet, og de krav, det stiller; 2) problemtilgang, der handler om at udlede en række mulige strategier til at håndtere problemet; 3) opmærksomhedsfokus, der handler om at skelne mellem vigtige og irrelevante stimuli, herunder at lære sine egne fysiske reaktioner at kende; 4) valg af svar eller reaktion, der handler om at vælge den rigtige reaktion i forhold til de ting, der tidligere er blevet overvejet og 5) selvevaluering, der omhandler vurderingen af, hvordan man valgte at håndtere problemet, og hvordan håndteringen eventuelt kan forbedres, næste gang der opstår et problem (Kendall et al. 1990, Fehlings et al. 1991, Etscheidt 1991, Miranda & Presentación 2000, Guerra & Slaby 1990, Kethineni & Braithwaite 2011).

5.1 Hvordan er kognitiv adfærdsterapi afprøvet?

Tabel 5.1 viser en oversigt over de otte artikler, som omhandler primærstudier af kognitiv adfærdsterapi.

Tabel 5.1 Oversigt over kognitiv adfærdsterapi

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Cognitive Behaviour Treatment Kendall et al. 1990	RCT Mellem	Børn med CD og evt. ODD eller ADHD	6-13	90 % drenge, 10 % piger	ODD/CD, evt. ADHD	Klinik	Psyko-log/terapeut	Individuel	2 x 4 mdr.	Begrænset positiv effekt
Cognitive-Behavioral Therapy Fehlings et al. 1991	RCT Mellem	Børn med ADHD	7-13	100 % drenge	ADHD	Klinik og hjem	Psyko-log/terapeut	Både individuel og gruppe	4 mdr.	Begrænset positiv effekt
The Cool Kids/kombineret	RCT Mellem	Børn med angst,	8-14	80 % drenge	Angst og evt. ODD, ADHD og	Klinik (ambulant)	Psyko-log/	Gruppe	3 mdr.	Positiv effekt

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
med ag-gressions-håndtering Levy et al. 2007		aggressiv adfærd og udadrettede adfærd		20 % piger	CD.	terapi/behandling)	terapeut			
Social cognitive intervention program + Social Skills Training Program van Manen et al. 2004	RCT Mellem	Aggressive drenge med CD, ODD eller ikke lignende forstyrrende adfærd.	9-13	100 % drenge	ODD/ CD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko-log/terapeut	Gruppe	3 mdr.	Positiv effekt
Cognitive-behavioral Training Program Etscheidt 1991	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Unge med adfærdsforsyndelser, der går på specialskole	12-18	80 % drenge 20 % piger	Ingen diagnose	Skole	Lærer	Gruppe	1 mdr.	Positiv effekt
Stop and Think Kognitiv terapi / kombineret med vredes-håndtering Miranda & Presentación 2000	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med ADHD, halvdel med og halvdel uden aggressiv adfærd	9-12	78 % drenge 22 % piger	ADHD	Klinik (ambulant terapi/behandling)	Psyko-log/terapeut	Gruppe	3 mdr.	Positiv effekt
Cognitive Mediation Training (CMT) Guerra & Slaby 1990	RCT Høj	Unge der er anbragt på institution pga. en forbrydelse af aggressiv karakter	15-18	50 % drenge 50 % piger	Ingen diagnose	Institution (fx anbringes sted, sikret institution)	Psyko-log/terapeut	Gruppe	4 mdr.	Positiv effekt
Jump Start Kethineni & Braithwaite 2011	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Unge prøveløsladte med medium/høj risiko for recidiv	11-18	73 % drenge 27 % piger	Ingen diagnose	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Ingen påviselig effekt

5.1.1 Kognitiv adfærdsterapi målrettet børn og unge med CD og ADHD

Forskningsoversigten indeholder tre indsatser, der er målrettet børn og unge med CD og ADHD.

Cognitive Behavior Treatment er målrettet børn med CD og evt. andre diagnoser såsom ODD eller ADHD. Behandlingen består af ca. 20 individuelle sessioner 1-2 gange om ugen over 4 måneder. Børnene modtager terapeutisk træning i verbal selvinstruktion, og bliver straffet eller belønnet for upassende eller passende adfærd. Selvinstruktionstræningen består i undervisning af børnene i den tidligere nævnte 5-trins model for problemløsning. I studiet af indsatsen afprøves den kognitive behandling over for en kontrolbehandling, der enten består af en støttende eller psykodynamisk indsats, idet terapeuterne har frie hænder til at udøve sessionerne i forhold til deres individuelle orientering og træning. 64 % klassificeres som psykodynamisk, mens 36 % giver individuel støttende terapi. Også her modtager børnene belønninger af terapeuten, fx for at komme hen til kontoret eller ikke at udvise destruktiv adfærd for en periode. Indsatsen er afprøvet i et crossover design, hvilket vil sige, at alle deltagerne modtager begge behandlingstyper. I det første semester modtager den ene halvdel af børnene kognitiv behandling, mens den anden modtager kontrolbehandlingen, og i det følgende semester bytter de. Resultaterne af studiet er ikke entydige, idet det tyder på, at de børn, der modtager kognitiv behandling i andet semester, har større udbytte af den end de børn, der modtager kognitiv behandling i første semester. Begge grupper børn forbedrer deres selvkontrol som følge af den kognitive behandling, selvom det tyder på, at forbedringen ikke vedligeholdes for den første gruppe. Begge grupper forbedrer deres eksternaliserende- og hyperaktive adfærd over tid, men det tyder ikke på, at den ene indsats virker bedre end den anden (Kendall et al 1990).

Cognitive Behavior Therapy (CBT) er målrettet drenge med ADHD. Børnene er tilfældigt fordelt til kognitiv adfærdsterapi (CBT) eller støttende terapi (kontrolgruppe). Behandlingen består af 12 x 60 minutters individuelle sessioner for børnene og otte 2-timers sessioner for familierne i deres hjem. Til at forstærke den kognitive adfærdsstrategi bruges et belønningssystem. Børnene lærer de tidligere beskrevne trin for problemløsning ved hjælp af modellering, rollespil, selvinstruktionstræning, cue kort, hjemmearbejde og forskellige teknikker til adfærdsregulering. Indsatsen er afprøvet over for en kontrolgruppe, hvor børnene modtager den samme grad af eksponering til terapeut og opgaver og det samme antal af belønninger som børn i CBT gruppen, men ikke bliver instruerede i kognitive strategier til adfærdsændring. Den kognitive terapi har en signifikant positiv effekt på børnenes hyperaktive adfærd. På den anden side måles der ingen signifikante effekter på børnenes selvkontrol, selvom en analyse, hvor dysfunktionelle familier (i alt 4) ikke indgår, viser, at kognitiv terapi har en signifikant positiv effekt på børnenes selvkontrol ifølge deres forældre. Dette indikerer, at udbyttet af kognitiv adfærdsterapi er større for børn i ikke-dysfunktionelle familier (Fehlings et al 1991).

5.1.2 Kognitiv adfærdsterapi målrettet børn og unge med aggressiv adfærd

I kortlægningen indgår der fire undersøgelser, hvor kognitiv adfærdsterapi anvendes til børn, som udviser aggressiv adfærd kombineret med andre adfærdsforstyrrelser.

Indsatsen **Combined Treatment for Anxiety and Aggression** er målrettet børn, som udviser aggressiv adfærd og samtidig lider af angst. Den er afprøvet ved at sammenligne effekten af indsatsen med effekten af kognitiv adfærdsterapi, der kun er målrettet angst. Baggrunden for at målrette indsatsen til børn med flere adfærdsforstyrrelser er, at de har en højere grad af funktionsnedsættelse og psykosocial modgang end børn med én diagnose (Levy et al. 2007). Begge behandlinger består af 9 sessioner fordelt over 11 uger med separate forældre- og børnegrupper, der varer 1 time per gang. I hver børnegruppe er der 3-6 børn på samme alder. Grupperne ledes af en erfaren klinisk psykolog. I gruppen, som alene behandles for angst, anvendes **The Cool Kids** angstbehandlingsprogram. Forældregrupperne fokuserer på uddannelse om angst og de færdigheder, børnene lærer, samt teknikker til adfærdsregulering. I gruppen, hvor behandlingen både er målrettet angst og aggressiv adfærd, integreres angstbehandlingsprogrammet med strategier, der er specifikt målrettet vrede og aggression. Fx lærer børnene at monitorere de fysiske fornemmelser, der associeres med både angst og vrede, og at anvende kognitive strategier og problemløsning i både angst- og vredeprovokerende situationer. De specifikke strategier til at håndtere vrede og aggression omfatter selvstyring, selvrefleksion og selvmonitorering, som trænes via snakke-højt-teknikker, problemløsning, adfærds-

regulering, målsætning og gruppeprocesser. I forældregrupperne fokuseres der på oplysning om aggression, og der er mere vægt på teknikker til adfærdsregulering end for forældrene i angstbehandlingsprogrammet. Begge indsatser har en positiv effekt på børnenes udadreagerende adfærd, der indikerer, at børnene i begge indsatsgrupper har fået mere selvkontrol som følge af behandlingen. Ligeledes møder hovedparten af børnene efter indsatsen ikke længere kriterier for en ODD-diagnose, men igen gælder det børnene i begge indsatsgrupper. Dette indikerer, at behandlingen, der kun er målrettet angst, har lige så stor effekt som behandlingen, der både er målrettet angst og aggression. Det bemærkes, at der ikke indgår en kontrolgruppe uden behandling, og der er således ikke kontrolleret for betydningen af en eventuel modning hos børnene over tid.

I et hollandsk studie undersøges det, om der er forskel på effekten af et socialt kognitivt indsatsprogram kaldet **Social Cognitive Intervention Program (SCIP)** og træning i sociale færdigheder via **Social Skills Training Program (SST)**. Undersøgelsen omfatter 97 drenge med aggressiv adfærd, som er diagnosticeret med CD, ODD eller lignende adfærdsforstyrrelser, der tilfældigt fordeles på de to indsatstyper, samt en kontrolgruppe på venteliste. Begge indsatsprogrammerne består af 11 ugentlige gruppesessioner af 70 minutters varighed. Der er fire børn i hver gruppe. Det kognitive program består af fire komponenter: 1) social informationsbearbejdning, 2) problemløsning, 3) sociale kognitive færdigheder og 4) færdigheder i selvkontrol. Børnene lærer undervejs bl.a. at anvende problemløsningsfærdigheder, at afkode og forstå interne og eksterne signaler, at sætte ord på følelser og at kontrollere deres vrede. Træningen i sociale færdigheder består af adfærdstræning, der er fokuseret på at lære børnene forskellige sociale færdigheder så de kan forbedre relationerne til deres kammerater. Der anvendes forskellige teknikker såsom modellering, rollespil, tilskyndelser og styrkelse. Hver behandling er fokuseret på en bestemt færdighed, fx at lytte eller genkende følelser. Terapeuterne anvender også et belønnings- og straffesystem med tokens. Ventelistekontrolgruppen får ingen behandling. Undersøgelsen viser, at det kognitive program har en signifikant bedre effekt end den sociale færdighedstræning, både i forhold til børnenes selvkontrol, styring af impulser og aggressiv adfærd (van Manen et al. 2004).

Cognitive Behavioral Training Program er en indsats målrettet unge, som er diagnosticeret med en kronisk adfærdsforstyrrelse, der indebærer aggressiv, impulsiv og udadreagerende adfærd (Etscheidt 1991). De unge går i specialskole, fordi de ikke er i stand til at fungere i et almindeligt, mindre restriktivt læringsmiljø. Indsatsen består af et kognitivt adfærdsterapeutisk træningsprogram, som er en tilpasset version af en indsats kaldet **The Anger Control Program**. Programmet understøtter eleverne i at ændre deres aggressive adfærd ved at ændre deres kognitive bearbejdning af begivenheder og foreslå alternative reaktioner. Programmet løber over tre uger, og består af 12 strukturerede lektioner af 30-40 minutter. Målene er a) at give opmærksomhed til selvet, b) at udforske elevernes reaktioner på kammeraters indflydelse, c) at identificere problematiske situationer, d) at generere alternative løsninger på problemer, e) at evaluere alternative løsninger, f) at øge fysiologisk opmærksomhed omkring vredesophidselse og g) at integrere teknikker for fysiologisk opmærksomhed, snakke-højt og løsninger på sociale problemer. De unge lærer at bruge en variant af den tidligere nævnte model for problemløsning, hvor der ligeledes er fokus på at de unge stopper op og tænker over situationen, før de reagerer. Indsatsen er afprøvet i et kontrolgruppeforsøg i USA, hvor to indsatsgrupper modtager den kognitive behandling, og den ene gruppe derudover belønnes for at bruge de færdigheder, der undervises i. Kontrolgruppen modtager ingen behandling. Begge indsatstyper har en signifikant positiv effekt på de unges aggressive adfærd og selvkontrol, når de sammenlignes med kontrolgruppen. Der er ingen signifikante forskelle i forbedringerne mellem de to indsatsgrupper, men der ses dog en ikke-signifikant tendens til, at den indsatsgruppe, der belønnes for god adfærd, viser større forbedringer end indsatsgruppen, der kun får kognitiv adfærdsterapi.

Stop and Think er en indsats med kognitiv adfærdstræning i selvkontrol. En let tilpasset version af indsatsen er blevet afprøvet i Spanien, hvor man har sammenlignet effekten af Stop and Think med effekten af en kombineret indsats, som også omfatter træning i vredeskontrol. Indsatserne er afprøvet på børn, som alle har ADHD, og hvor halvdelen herudover også udviser en høj grad af aggressiv adfærd – dette for at muliggøre en analyse af både indsatsernes effekt, og hvilken betydning aggressiv adfærd har for effekten (Miranda & Presentación 2000). Den **kognitive adfærdstræning i selvkontrol** består i kognitive adfærdsteknikker som fx selvinstruktion og modellering, der trænes ift. at løse forskellige former for problemer. Det vigtigste mål er at forbedre koncentration og refleksion hos barnet. Selvinstruktionen inkluderer den tidligere nævnte 5-trins model for problemløsning. Undervejs udfører børnene forskellige psykoedukative opgaver, interpersonelle problemløsningsopgaver, træning i at anvende selvinstruktioner og rollespil af specifikke ad-

færdsproblemer og problematiske situationer. I behandlingen indgår et belønnings- og straffesystem for at øge børnenes motivation til opgaverne og dermed opnå bedre præstationer og udbytte. Den **kombinerede indsats** bygger grundlæggende på de samme kognitive principper, men behandlingen er integreret med træning i vredeskontrol. Således indgår der også træning i vredeshåndtering, herunder identifikation af vredestejn, afslapningsøvelser, hæmning af vredesudtryk og praktiske rollespilsøvelser i at konfrontere stressede situationer. Både de aggressive og ikke-aggressive børn får et positivt udbytte af begge indsatstyper, idet der kan måles signifikante forbedringer på børnenes selvkontrol. De har ligeledes signifikant mindre hyperaktiv adfærd, aggressiv adfærd og ADHD-relateret adfærd. Det bemærkes, at der ikke er sammenlignet med en kontrolgruppe uden indsats, og der således ikke er kontrolleret for en eventuel modningseffekt.

5.1.3 Kognitiv adfærdsterapi målrettet kriminelle unge

I forskningsoversigten indgår to indsatser med kognitiv adfærdsterapi, der er målrettet kriminelle unge. Begge indsatser har fokus på vredeskontrol og problemløsningsfærdigheder.

Cognitive Mediation Training er målrettet unge, der har begået en forbrydelse af aggressiv karakter (Guerra & Slaby 1990). Programmet har til formål til at træne de sociale færdigheder, der er involveret i løsningen af sociale problemer, og adresserer herudover også de unges overbevisninger om, at aggression er en legitim reaktion på problemer. Indsatsen er afprøvet på unge kriminelle, der er anbragt på en sikret institution, og foregår i løbet af de unges skoledag (på institutionens skole). Grupperne, der består af 10-14 unge, mødes 1 time om ugen over 12 uger. I undersøgelsen indgår to indsatsgrupper og en kontrolgruppe. Den ene indsatsgruppe modtager Cognitive Mediation Training, mens den anden indsatsgruppe modtager opmærksomhedstræning (Attention Control) og dermed fungerer som kontrolgruppe med behandling. Den tredje gruppe er en kontrolgruppe uden behandling. CMT-programmet er designet til at 1) forbedre færdigheder i problemløsning, 2) ændre overbevisninger, der støtter brug af aggression som en legitim og effektiv aktivitet uden at overveje implikationer for sig selv eller andre og 3) udvikle kognitive selv-kontrol teknikker. Indholdet af de 12 sessioner er bygget op omkring en udvidet problemløsningsmodel med 8-trin, hvor der i tillæg til de andre trin indgår et trin til at stoppe op og tænke og et trin til refleksion over konflikten opståen. Træningsteknikkerne begrænses til instruktion og diskussion. Indsatsen til den anden indsatsgruppe består af træning i basale færdigheder som læseforståelse og grundlæggende matematik, og brugen af disse færdigheder (fx læse rubrikannoncer og planlægge et familiebudget). Formålet med indsatsen er primært at kontrollere for effekten af professionel opmærksomhed og gruppedeltagelse i sig selv i forhold til at vurdere effekten af CMT. CMT viser sig at have en signifikant positiv effekt på de unges sociale erkendelse, når der sammenlignes med indsats- og kontrolgrupperne, både når det gælder problemløsningsfærdigheder og overbevisninger, der støtter aggressiv adfærd. Det observeres desuden, at programmet har en signifikant positiv effekt på de unges aggressive adfærd, impulsivitet og ufleksibel adfærd (Guerra & Slaby 1990).

Jump Start er målrettet prøveløsladte unge med risiko for at begå ny kriminalitet (Kethineni & Braithwaite 2011). Vredeskontrol og interpersonelle problemløsningsfærdigheder har tidligere vist sig at have gode effekter ift. recidiv. I Jump Start-programmet kombineres dette med kognitiv adfærdsterapi, der ligeledes tidligere har vist positive resultater ift. at reducere recidiv. Effekten af Jump Start er undersøgt i et kontrolgrupppeforsøg med prøveløsladte unge. I indsatsgruppen lærer de unge, hvordan de kan omdirigere negativ adfærd og genkende og håndtere konfliktsituationer, samtidig med at de lærer problemløsningsfærdigheder, sociale færdigheder, kommunikationsfærdigheder samt om prosocial attitude og adfærd. Indlæringen sker ved hjælp af kognitiv adfærdstræning fokuseret på social læring, selvkontrol og "thinking error"-tilgange samt vredeskontrol og interpersonelle problemløsningsfærdigheder. Kontrolgruppen modtager ingen særlig behandling. Programmet har ingen påviselig effekt på de unges sociale færdigheder, idet der måles signifikante forbedringer for både indsats- og kontrolgrupperne, men ingen signifikante forskelle mellem de to grupper. De unge i kontrolgruppen deltager dog løbende i samtaler i forbindelse med deres prøveløsladelse, hvilket kan have en effekt i sig selv og dermed "sløre" effekten af den kognitive indsats. Det er således usikkert, om der er tale om en ren "tidseffekt", eller om der er en effekt af indsatsen, som blot ikke er større end udbyttet af de samtaler, som almindeligvis tilbydes.

5.2 Virker kognitiv adfærdsterapi over for lav selvkontrol?

Kognitiv adfærdsterapi ser ud til i mange tilfælde at have en positiv effekt på børn, der har problemer med lav selvkontrol. De kognitive indsatser, der er målrettet børn med en diagnose som ADHD eller CD, ser dog ud til kun at have en begrænset positiv effekt (Kendall et al 1990, Fehlings et al 1991).

Kognitiv adfærdsterapi ser imidlertid ud til at have en positiv effekt på børn, som er kendetegnet ved at udvise aggressiv adfærd kombineret med andre adfærdforstyrrelser (Miranda & Presentación 2000; van Manen et al 2004; Levy et al 2007, Etscheidt 1991). Et af studierne viser, at et program, som er målrettet behandling af angst, ser ud til at have lige så stor effekt over for aggressiv adfærd, som et kombineret program, der både adresserer angst og aggressiv adfærd (Levy et al 2007). Omvendt er der ikke noget, der tyder på, at kognitiv adfærdsterapi kombineret med træning i vredeskontrol har en bedre effekt end ren kognitiv terapi på børn, der både har aggressiv adfærd og andre adfærdforstyrrelser (Miranda & Presentación 2000; Levy et al 2007).

Kognitiv adfærdsterapi målrettet kriminelle unge er afprøvet med blandede resultater. Guerra & Slaby (1990) finder en markant positiv effekt af en kognitiv indsats over for unge, som har begået en forbrydelse af aggressiv karakter, også når der kontrolleres for betydningen af at få professionel opmærksomhed og gruppebehandling i sig selv. De unge bliver signifikant bedre til at løse sociale problemer, får bearbejdet deres opfattelse af, at aggressiv adfærd er positivt og legitimt, og reducerer deres aggressive og impulsive adfærd. På den anden side viser undersøgelsen af Jump Start programmet, som tilbydes unge i forbindelse med prøveløsladelse, at både indsatsgruppen og kontrolgruppen forbedrer deres sociale færdigheder i behandlingsrummet. Dette tyder på, at den kognitive adfærdsterapi kombineret med vredeskontrol ikke har bedre effekt på de unge end de samtaler, som sædvanligvis tilbydes i forbindelse med prøveløsladelse (Kethineni & Braithwaite 2011). Det bemærkes dog, at studiet af Guerra og Slaby (1990) som det eneste er blevet vurderet til at være af høj kvalitet, og her findes altså en positiv effekt.

Kapitel 6. Familiebaserede indsatser

Dette kapitel præsenterer i alt 11 artikler, som omhandler seks forskellige studier af effekten af familiebase-rede indsatser. Otte af de 11 artikler omhandler tre forskellige studier af Multisystemisk Terapi (MST) i hhv. Norge, Sverige og Danmark. De tre øvrige artikler omhandler studier af de tre andre familiebaserede indsatser: Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), Multiple Family Groups og Reciprocal Skills Training. Familiebaserede indsatser er blandt andet kendetegnet ved, at forældre og barn behandles sammen, og det centrale fokus er på at forbedre den unges adfærd ved at forbedre relationerne i familien. Herudover er der dog relativt store forskelle mellem de familiebaserede indsatser, som beskrives i dette kapitel.

Grundideen i MST er, at adfærdsændringer hos unge mennesker bedst kan understøttes ved at adressere systemiske faktorer så som skole, hjem, kammerater og lokalsamfund, der sammen med individuelle faktorer anses for at bidrage til den problematiske adfærd. MST er baseret på et social-økologisk perspektiv, som tilsiger, at adfærdsændringer hos unge er mere holdbare, når de sker ved at reorganisere de sociale omgivelser og ikke gennem individuel, gruppe- eller institutionsbaseret behandling (Ogden & Halliday-Boykins 2004). Da de forskellige faktorer er forskelligt relevante for de enkelte individer, er MST fleksibel og kan tilpasses den enkelte families behov. MST er meget udbredt og er bl.a. blevet anvendt i USA, Norge, Sverige og Danmark. Nærværende kortlægning omfatter kun studier af MST i skandinavisk kontekst.

MTFC er en plejefamiliebaseret indsats, som tager udgangspunkt i teorier om social læring og familiesystemisk teori. Programmet har to formål 1) at mindske antisocial adfærd 2) at øge pro-social adfærd. Med MTFC forsøger man ligesom i MST at sætte ind på alle de arenaer, som den unge befinder sig i. I programmet er der således et formaliseret samarbejde mellem terapeuterne, den unges biologiske forældre, plejeforældrene, skolen og den unges fritidsaktiviteter.

Udgangspunktet for Reciprocal Skills Training er ligeledes, at barnets udadreagerende adfærd ikke skal behandles isoleret, men skal ses i konteksten af processer i familien. Behandlingen fokuserer derfor på at ændre interaktionsmønstrene i hjemmet og retter sig mod barnet såvel som forældrene (Barret et al. 2000). Her adresseres således ikke andre arenaer ud over familien.

Multiple Family Groups sigter ligeledes på at afhjælpe børns adfærdsvanskeligheder ved at øge den positive kontakt og kommunikation mellem forældre og børn. Fokus er også her alene på familien som arena, men indsatsen har også til hensigt at styrke forældreevner og -netværk på tværs af familier, idet den leveres til flere familier ad gangen (McKay et al. 1999).

6.1 Hvordan er familiebaserede indsatser afprøvet?

Tabel 6.1 viser en oversigt over de i alt 11 artikler, som omhandler familiebaserede indsatser.⁷

⁷ I tillæg til de indsatser, der beskrives her, er der i forbindelse med litteratursøgningen også identificeret et studie af Funktionel Familierapi (FFT). FFT er et af de ældste familieprogrammer og har mange ligheder med strukturel og systemisk familierapi. FFT anvendes bl.a. i USA og Holland og er bl.a. afprøvet i Sverige. I Norge er der desuden for nyligt etableret fire FFT-teams, og det norske Afferdssenter påbegynder i 2013 et lodtrækningsforsøg, der skal klarlægge indsatsens virkning. Det svenske studie af FFT falder imidlertid uden for kortlægningens fokus, idet det omhandler indsatsens virkning ift. kriminalitet og recidiv frem for lav selvkontrol. Det svenske studie er beskrevet i: Hansson, Johansson, Drott-Englén & Benderix (2004) "Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis. Om behandling av ungdomskriminalitet utanför universitetsforskningen": *Nordisk Psykologi* vol. 56 iss. 4 p. 304-320.

Tabel 6.1 Oversigt over familiebaserede indsatser

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
MST, Norge Ogden & Halliday-Boykins 2004 Ogden & Hagen 2006 Ogden et al. 2007*	RCT Høj *Udvidelse af studiet med endnu en indsatsgruppe Mellem	Unge med alvorlige adfærdsp problemer	12-17	63 % drenge 37 % piger	Ingen diagnose	Skole, hjem og community	terapeut	Individuel	4-6 mdr.	Begrænset positiv effekt
MST, Sverige Sundell et al. 2006 Sundell et al. 2008 Löfholm et al. 2009a + 2009b	RCT Mellem	Unge med CD	12-17	61 % drenge 39 % piger	CD	Skole, hjem og community	terapeut	Individuel	5 mdr.	Ingen påviselig effekt
MST, Danmark Greve Thastum 2008	Før- og eftermåling Høj	Unge med problemadfærd såsom kriminalitet eller misbrug og/ eller anbringelse uden for hjemmet	13-16	61 % drenge 39 % piger	Ingen diagnose oplyst	Skole, hjem og community	terapeut	Individuel	5 mdr.	Begrænset positiv effekt
Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) Kyhle Westermark et al. 2011	RCT Høj	Unge diagnosticeret med CD	12-18	Både drenge og piger	CD	Hjem/familie Fritid/skole	Psykolog/terapeut	Individuel	10 mdr.	Positiv
Reciprocal Skills Training Barret et al. 2000	RCT Mellem	Børn med udadreagerende adfærd	7-12	79 % drenge 21 % piger	ODD og evt. ADHD	Klinik/hospital	Psykolog/terapeut	Gruppe	2½ mdr.	Positiv effekt
Multiple Family Groups McKay et al. 1999	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med adfærdsvanskeligheder	Gennemsnit 10 år	84 % dreng 16 % piger	ADHD, ODD, CD og andre	Klinik (ambulant terapi)	Psykolog/terapeut	Gruppe	4 mdr.	Positiv effekt

6.1.1 Multisystemisk Terapi (MST)

Multisystemisk Terapi eller MST er en intensiv hjem- og communitybaseret indsats, der er målrettet unge med alvorlig antisocial adfærd og andre alvorlige kliniske problemer (Ogden & Halliday-Boykins 2004). Indsatsen tager udgangspunkt i en række individuelle behandlingsmål, der fastsættes i begyndelsen af behandlingsforløbet. De individuelle behandlingsmål afgør valget af interventioner, fx strategisk familierapi, strukturel familierapi, forældretræning og kognitiv adfærdsterapi. Indsatsen varer typisk 4-6 måneder.

MST er afprøvet både i Norge, Sverige og Danmark under lidt forskellige forhold og med forskellige resultater. I **Norge** er MST afprøvet i et randomiseret forsøg af høj kvalitet med opfølgning efter 2 år samt i et studie, hvor endnu en indsatsgruppe sættes i behandling og sammenlignes med de tidligere indsats- og kontrolgrupper. MST indsatsen leveres af en række MST teams. Hvert team består af tre terapeuter og en klinisk supervisor. Terapeuterne er uddannede i socialt arbejde, psykologi eller tilsvarende, og nogle er endvidere uddannet i familierapi. Supervisorerne er autoriserede psykologer eller har en uddannelse i socialt arbejde. Hver terapeut tildeles 3-6 familier, som han/hun skal stå til rådighed for 24 timer i døgnet 7 dage om ugen. Interventionerne finder sted i familiernes hjem og lokalområde, fx i skolen. Interventionerne er fokuserede på at nå behandlingsmålene ved at forsøge at mobilisere ressourcerne i familien og lokalsamfundet. Selvom MST-teamene er ansvarlige for udfaldet af indsatsen, er det forventet, at familien dagligt eller ugentligt også yder en indsats. Efter indsatsen måles en marginalt signifikant effekt af MST ift. at reducere udadreagerende adfærd hos unge i indsatsgruppen, sammenlignet med kontrolgruppen (Ogden & Halliday-Boykins 2004). Ved den opfølgende måling to år efter indsatsens begyndelse viser studiet, at MST ifølge lærerrapporteringer fortsat har en positiv effekt ift. at reducere udadreagerende og problematisk adfærd i skolen (Ogden & Hagen 2006). I studiet, hvor endnu en indsatsgruppes igangsættes, bibeholdes de positive effekter af MST på udadreagerende adfærd, når der sammenlignes med kontrolgruppen, og den anden MST-gruppe udviser signifikant bedre resultater ift. udadreagerende adfærd end den første MST-gruppe.

I **Sverige** er MST afprøvet i et randomiseret forsøg på unge med adfærdsforstyrrelser (CD), der blev fulgt op 2 år efter indsatsens afslutning (Sundell et al. 2008; Löfholm et al. 2009a, 2009b). Indsatsen bliver som i den norske undersøgelse leveret af en række MST-teams. Hvert team består af 3-4 terapeuter og en klinisk supervisor. Terapeuterne er uddannede i socialt arbejde, psykologi eller lignende, og nogle har endvidere træning i familierapi eller kognitiv adfærdsterapi. Undervejs gennemføres en ugentlig ekspertkonsultation via telefon, kvartalsvise on-site "booster sessions" og halvårslige implementerings-reviews leveret af MST-konsulenten. Resultaterne viser, at der sker en reduktion af problemer med udadreagerende adfærd og forbedring af de unges sociale færdigheder, herunder selvkontrol, både for unge i MST-gruppen og for kontrolgruppen af unge, der modtager sædvanlig behandling. Ift. udadreagerende adfærd ses der umiddelbart efter indsatsen en større effekt i MST-gruppen, men ved den opfølgende måling efter 2 år er effekten større i gruppen, der modtager sædvanlig behandling. Samtidig er der en tendens til en større effekt i gruppen, der modtager sædvanlig behandling, end i MST-gruppen, når det gælder sociale færdigheder. Der måles dog ingen signifikante forskelle mellem MST-gruppen og gruppen, der modtager sædvanlig behandling, heller ikke ved den opfølgende måling to år efter indsatsen. Det bemærkes, at studiet i modsætning til det norske vurderes at være af "mellem" kvalitet. Fx er der et forholdsvist højt bortfald i den svenske undersøgelse, idet 24 af de 79 unge i MST-gruppen ikke har gennemført behandlingen, og heraf har 13 ikke modtaget nogen behandling overhovedet. I overensstemmelse med sædvanlig procedure indgår disse unge også i de statistiske analyser ("intent-to-treat"-analyse), hvorved den analyserede effekt også afspejler manglende implementering af behandlingen.

I **Danmark** er MST afprøvet i et studie af høj kvalitet, hvor indsatsgruppen bestående af 96 unge måles før og efter indsatsen samt ved en opfølgende måling seks måneder efter indsatsens afslutning. I undersøgelsen indgår unge med problemadfærd. Således har de unge i undersøgelsen i gennemsnit to ud af følgende fire problemer: 1) Den unge havde været døgnanbragt i løbet af de sidste seks måneder op til MST-henvisningen *eller* omfattet af konkret anbringelsesrisiko de sidste tre måneder op til henvisning; 2) Den unge havde enten ikke et skoletilbud/arbejde *eller* et ubegrundet fravær fra skole/arbejde på ugentlig basis i perioden op til MST-henvisningen, 3) Den unge havde begået kriminalitet i løbet af de sidste seks måneder op til MST-henvisningen, 4) De unge havde et betydende misbrug af rusmidler i perioden op til MST-henvisningen. Hver familie følges af et team af MST terapeut, der står til rådighed døgnet rundt. Terapeuterne er typisk uddannede psykologer, socialrådgivere, socialpædagoger eller pædagoger. Resultaterne af

undersøgelsen viser, at MST behandlingen har en signifikant positiv effekt på drengenes udadreagerende adfærd. Der måles således en moderat til stor positiv effekt ved den opfølgende måling seks måneder efter indsatsens afslutning. På den anden side tyder resultaterne på, at MST ikke har nogen effekt på pigernes udadreagerende adfærd (Greve & Thastum 2008).

6.1.2 Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)

Den plejefamiliebaserede indsats **Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC)** er afprøvet i Sverige (Kyhle Westermarck et al., 2011). Deltagerne i det svenske studie er 35 drenge og piger, som er diagnosticeret med CD og er i alderen 12-18 år. Deltagerne bliver tilfældigt tildelt enten MTFC eller "sædvanlig behandling" svarende til det, man normalt ville sætte ind med, fx en indsats i den unges hjemlige omgivelser.

MTFC er rettet mod plejefamilien såvel som den unges biologiske forældre. Indsatsen indledes med undervisning af plejefamilien i to dage med både teoretisk og praktisk introduktion til programmet. Herefter undervises plejefamilien en gang om måneden. Plejefamilien bruger et pointsystem over den unges adfærd og forsøger på den måde at lave et struktureret terapeutisk miljø for den unge. Plejefamilien bliver dagligt vejledt af MTFC-medarbejder, og de rapporterer dagligt den unges score på Parent Report Daily Checklist. De biologiske forældre deltager i familierapi og bliver også involveret i udarbejdelsen af en behandlingsplan for den unge. Forældrene kommer på besøg hos plejefamilien, hvor den unge er anbragt, for at demonstrere forældrenes del i behandlingen. Målet med MTFC er at forberede en genforening mellem den biologiske familie og den unge, når programmet er afsluttet. Indsatsen løber over 10 måneder.

Studiet finder en positiv effekt af indsatsen ift. at forbedre unges selvkontrol. Resultaterne viser, at gruppen af unge, der modtager MTFC-indsatsen, gennemsnitligt udviser en signifikant større reduktion i deres selvrapporterede udadreagerende adfærd, end gruppen der modtager almindelig behandling. Det samme gør sig gældende for den forælderreporterede udadreagerende adfærd, hvor der ligeledes findes en signifikant reduktion. Ift. at reducere udadreagerende adfærd ser MTFC altså ud til at virke en smule bedre end den sædvanlige behandling i Sverige. Forskellene mellem indsats- og kontrolgruppe er dog forholdsvis små, idet der i kontrolgruppen også sker en reduktion af de unges udadreagerende adfærd. Her er det vigtigt at bemærke, at kontrolgruppen modtager almindelig behandling og formentlig drager nytte heraf.

6.1.3 Reciprocal Skills Training

Reciprocal Skills Training (RST) er en familiebaseret indsats, hvis formål er at mindske eller helt fjerne børns udadreagerende adfærd ved at øge positive og gensidige kommunikationsfærdigheder blandt familiens medlemmer for herigennem at øge families positive interaktioner og dermed forhåbentlig dens sammenhold. Dette opnås ved hjælp af principper fra både kognitiv adfærdsteori og familierapi.

Indsatsen består af 10 sessioner à 10 timer samt hjemmearbejde. Gruppessionerne er bygget op som aktive workshops, hvor terapeuten først informerer, og forældre og børn efterfølgende arbejder sammen om en række aktiviteter. Forældrene arbejder ikke med deres egne børn, hvilket skal forhindre, at etablerede dårlige mønstre gentages, og samtidig har til hensigt at give både børn og forældre nye ideer. Temaerne, der tages op undervejs, er bl.a. lyttefærdigheder, samtaler, adfærd i familien og adfærdsstyring, genkendelse af følelser som fx vrede, styring af vrede, ros og belønninger, time-out øvelser og afslapningsøvelser for forældrene.

Indsatsen er afprøvet i Australien med positive resultater. I studiet sammenlignes det, om der er forskel på, om behandlingen gennemføres på en klinik og på et hospital, og der sammenlignes med en kontrolgruppe på venteliste. Resultaterne viser, at børnene i RST-grupperne har signifikant mindre udadreagerende adfærd end kontrolgruppen. Der er efter indsatsen ligeledes en signifikant lavere procentdel af børnene i RST-grupperne, der møder kriterierne for ODD og ADD.

6.1.4 Multiple Family Groups

Aggressiv adfærd er en af de hyppigste årsager til, at børn bliver henvist til ambulante mentale behandling. **Multiple Family Groups** er et alternativ til den mentale sundhedstjeneste, der søger at afhjælpe børns adfærdsvanskeligheder ved at fremme øget kontakt og kommunikation mellem forældre og børn og styrke forældreevne og -netværk på tværs af familier.

MFG består af 16 ugentlige gruppemøder, der styres af to terapeuter. Hver gruppe består af 6-8 familier forstået som den voksne forsøger og alle familiens børn. Indholdet fokuserer på at hjælpe familierne til at styrke fire aspekter af familiens måde at fungere på: regler, ansvar, relationer og respektfuld kommunikation. Disse emner er udvalgt, idet anden forskning viser, at netop disse faktorer kan forbedre børns adfærdsvanskeligheder. Hvert gruppemøde er bygget op omkring fem stadier: 1) skabe sociale netværk, 2) undervisning, 3) gruppediskussion, 4) individuelle øvelser for familien og 5) hjemmearbejde.

Indsatsen er afprøvet i USA med lovende resultater. I den empiriske analyse indgår kun de familier, der har gennemført enten Multiple Family Groups-behandlingen eller den behandling, kontrolgruppen tilbydes. Resultaterne viser, at Multiple Family Groups har en positiv effekt på børnenes adfærdsforstyrrelser, impulsive adfærd og hyperaktivitet, og at effekten er signifikant sammenlignet med kontrolgruppens resultater.

6.2 Virker familiebaserede indsatser over for lav selvkontrol?

Familiebaserede indsatser ser overordnet ud til at have positive effekter for børn og unge med lav selvkontrol. Undtagelsen er MST, som er afprøvet med blandede resultater i Norge, Sverige og Danmark.

Der er fundet en begrænset positiv effekt af **MST i Norge**, idet MST er marginalt mere effektivt end den sædvanlige behandling til at mindske udadreagerende adfærd (Ogden & Halliday-Boykins 2004). To år efter indsatsens begyndelse viser studiet, at MST ifølge de unges lærere er mere effektivt end kontrolgruppen til at reducere udadreagerende adfærd. Både lærere og forældre vurderer 2 år efter indsatsen, at de unge i MST gruppen formindsker deres problematiske adfærd (Ogden & Hagen 2006). I et studie, hvor endnu en indsatsgruppes igangsættes, bibeholdes de positive effekter af MST på udadreagerende adfærd, og den anden MST gruppe har en signifikant bedre score i udadreagerende adfærd end den første MST gruppe.

Resultatevalueringen af **MST i Danmark** viser en positiv signifikant effekt på drenges udadreagerende adfærd. På den anden side ser MST ikke ud til at have nogen effekt på pigernes udadreagerende adfærd. Det bemærkes af forfatterne, at bortfaldsanalysen indikerer, at behandlingsresultaterne muligvis undervurderes i analysen (Greve & Thastum 2008).

Der er derimod ikke fundet signifikante forskelle mellem den gruppe unge, der har deltaget i **MST i Sverige**, og den gruppe unge, der har modtaget sædvanlig behandling. Studiet viser generelt et fald i psykiatriske problemer og antisocial adfærd blandt deltagerne på tværs af behandlingerne, men i modsætning til i Norge måles der ingen signifikante forskelle mellem indsatsgruppen og den gruppe, der får sædvanlig behandling. Det samme gør sig gældende ved den opfølgende måling to år efter indsatsen (Sundell et al 2008; Löfholm et al 2009a, 2009b).

En af årsagerne til de forskellige resultater i Norge og Sverige kan være, at den norske MST-indsats blev implementeret nationalt med forankring i Ministeriet for Børn og Familier og var tilknyttet et forskerteam, som fulgte indsatsen nøje. Den svenske MST-indsats var derimod decentral og baseret på lokalt initiativ, og undersøgelsen, at MST flere steder ikke er blevet implementeret fuldt ud, hvilket kan have betydning for resultaterne (Sundell et al. 2008). En anden væsentlig faktor er indholdet den "sædvanlige behandling", som tilbydes kontrolgrupperne: Kun 18 % af deltagerne i kontrolgruppen i den svenske undersøgelse er anbragt på en institution, mens dette gør sig gældende for 50 % af deltagerne i kontrolgruppen i den norske undersøgelse. Da anbringelse på institution *kan* have en række utilsigtede negative virkninger, har kontrolgruppen i Sverige dermed muligvis udgjort en stærkere "konkurrent" til MST end kontrolgruppen i Norge (Sundell et al 2008). Endelig er der som nævnt nogle kvalitetsproblemer med det svenske studie, mens såvel det norske som det danske vurderes at være af høj kvalitet.

Det bemærkes desuden, at MST er blevet afprøvet med positive resultater i USA, sammenlignet med sædvanlig behandling, bl.a. ift. at nedbringe kriminel adfærd, vold, stofmisbrug og alvorlige følelsesmæssige forstyrrelser, ligesom MST har vist sig at forbedre familiære relationer. Der er imidlertid væsentlig forskel på, hvad der udgør sammenligningsgrundlaget i form af "sædvanlig behandling" i hhv. de skandinaviske lande og i USA, hvilket kan bidrage til at forklare den markante forskel i resultaterne. MST er ligeledes afprøvet i Canada, hvor der heller ikke er påvist positive effekter (Sundell et al. 2008). En systematisk Campbell forskningsoversigt om effekten af MST konkluderer i overensstemmelse hermed, at det på nuværende tidspunkt ikke er muligt at sige, hvorvidt MST har en positiv effekt (Littell et al. 2005).

Den plejefamiliebaserede indsats **MTFC**, som ligesom MST er målrettet unge med alvorlige adfærdsproblemer, er i modsætning til MST afprøvet med positive resultater i Sverige. MTFC ser således ud til at virke en smule bedre end den sædvanlige behandling ift. at reducere udadreagerende adfærd. Som beskrevet ovenfor er forskellene mellem indsats- og kontrolgruppe dog forholdsvis små, idet der i kontrolgruppen også sker en reduktion af de unges udadreagerende adfærd, formentlig som følge af den sædvanlige behandling.

De to sidste typer familiebaserede indsatser, **Reciprocal Skills Training** og **Multiple Family Groups**, som er målrettet børn op til 12-års-alderen, ser begge ud til at have en positiv effekt i forhold til problemer med lav selvkontrol. Multiple Family Groups har en positiv effekt på børnenes adfærdsforstyrrelser, impulsive adfærd og hyperaktivitet. Studiet af Reciprocal Skills Training indikerer, at denne behandling formindsker børns udadreagerende adfærd. I sidstnævnte studie er der efter indsatsen ligeledes en signifikant lavere procentdel af børnene i indsatsgruppen, der møder kriterierne for ODD og ADD. Studierne af disse to indsatser er imidlertid kun af "mellem" kvalitet, og indsatserne er heller ikke afprøvet i de skandinaviske lande. Det er således ikke til at vide, hvordan de vil klare sig, når der sammenlignes med den sædvanlige indsats her.

Kapitel 7. Multimodale indsatser i kombination med medicin

Dette kapitel præsenterer 12 artikler, som omhandler syv forskellige studier af forskellige former for multimodale indsatser, dvs. indsatser som er sammensat af flere forskellige former for psykosociale/adfærdsterapeutiske indsatser kombineret med farmakologisk behandling. Fire artikler omhandler forskellige aspekter af et omfattende studie fra USA kaldet MTA-studiet (Jensen 1999a, Jensen 1999b, Jensen et al. 2001, Arnold et al. 2004). MTA-studiet udgør også referencepunktet for flere af de øvrige studier, herunder et Hollandsk studie, som er beskrevet i tre forskellige artikler (van der Oord et al. 2007, 2008, 2012).

Fem af de i alt syv studier sammenligner effekten af ren farmakologisk behandling af børn med ADHD med multimodale indsatser bestående af farmakologisk behandling kombineret med fx forældretræning, terapi til barnet og uddannelse af barnets lærere. Medicinen består af det centralstimulerende lægemiddel methylphenidat (Ritalin) og i et enkelt tilfælde atomoxetine (Strattera).

Udgangspunktet for disse studier er, at såvel medicinering som forskellige former for adfærdsterapi har vist positive effekter over for børn med ADHD. Der er imidlertid behov for mere viden om hhv. den relative effekt af de to forskellige indsatstyper og kombinationen heraf – ikke mindst, fordi der endnu ikke er påvist positive langtidseffekter af farmakologisk behandling alene (van der Oord et al. 2012; Abikoff et al. 2004). Samtidig viser tidligere forskning, at medicin kan have en positiv effekt ift. at reducere negative interaktioner med jævnaldrende hos børn med ADHD, men i mindre grad bidrager til at fremme positiv social adfærd, hvilket adfærdsterapi i højere grad kan (Jensen 1999a). Ved at kombinere farmakologisk behandling med en multimodal indsats er det håbet, at børn med ADHD vil opnå bedre og længerevarende effekter af indsatsen og dermed reducere deres relativt højere risiko for senere at udvikle antisocial adfærd, stofmisbrug eller anden risikoadfærd (Abikoff et al. 2004).

Indsatserne over for børnene er enten baseret på social færdighedstræning eller kognitiv adfærdsterapi. Børnene trænes typisk i forskellige sociale færdigheder såsom samarbejde og god kommunikation. Børneindsatsen leveres enten i grupper eller individuelt. Forældrene trænes typisk i, hvordan de kan kommunikere tydeligt med deres barn, effektiv brug af time-out, samt hvordan de kan gøre brug af positiv opmærksomhed over for barnet, jf. kapitel 2 om forældretræningsprogrammer. Nogle indsatser inkluderer også lærerne, som fx instrueres i, hvordan de kan strukturere klasse miljøet i fht. børn med ADHD. Herudover indgår også brugen af et Daily Report Card, hvor lærerne rapporterer børnenes adfærd, og forældrene efterfølgende kan belønne en positiv ændring hos barnet.

De sidste to studier, som indgår i kapitlet, adskiller sig fra de øvrige, idet de begge omhandler multimodale/kombinerede indsatser, men ikke undersøger den relative effekt af multimodal adfærdsterapi og farmakologisk behandling. Det hænger bl.a. sammen med, at disse multimodale indsatser ikke (udelukkende) er målrettet børn med ADHD. Det ene studie omhandler således effekten af en multimodal indsats over for børn med ODD/CD, som også omfatter diagnosticering og farmakologisk behandling af ADHD, hvor det er relevant. Det andet studie omhandler en multimodal indsats i form af heldagsskole til børn med ADHD *eller* ODD, kombineret med familierapi og træning af lærere, hvor børnene ligeledes medicineres efter behov.

7.1 Hvordan er multimodale indsatser i kombination med medicin afprøvet?

Tabel 7.1 viser en oversigt over de i alt 12 artikler, som til sammen omhandler syv forskellige multimodale indsatser kombineret med farmakologisk behandling.

Tabel 7.1 Oversigt over multimodale indsatser i kombination med medicin

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Multimodal Treatment (MTA) Jensen et al. 1999a + 1999b + 2001 Arnold et al. 2004	RCT Høj	Børn med ADHD samt følgesygdomme	7-9,9	80 % drenge 20 % piger	ADHD/ADD	Klinik + Skole/Udd.	Psykolog/terapeut	Både individuel og gruppe	14 mdr.	Positiv effekt
Atomoxetine + Multimodal Behaviour Therapy Waxmonsky et al. 2010	RCT Mellem	Børn med ADHD og en IQ over 75	6-12	80 % drenge 20 % piger	ADHD	Klinik og skole/udd	Psykolog/terapeut	Gruppe	2 mdr.	Positiv effekt
Multimodal Psycho-social Treatment (MPT) Abikoff et al. 2004	RCT Mellem	Børn med ADHD	7-10	93 % drenge 7 % piger	ADHD/ADD	Klinik	Psykolog/terapeut	Både individuel og gruppe	12 mdr.	Begrænset positiv effekt
Adaptive multimodal treatment Döpfner et al. 2004	RCT Mellem	Børn med ADHD/Hyperkinetic Disorder og en IQ over 80	6-10	93 % drenge 7 % piger	ADHD/Hyperkinetic Disorder	Klinik	Psykolog/terapeut	Individuel	4 stadier à 6 uger (ikke alle når stadie 4)	Positiv effekt
Multimodal Therapy van der Oord et al. 2007 van der Oord et al. 2008 van der Oord et al. 2012	RCT Mellem	Børn med ADHD og en IQ over 75	8-12	Ikke oplyst (primært drenge)	ADHD/ADD	Klinik/skole udd	Psykolog/terapeut	Gruppe	2½ mdr.	Begrænset positiv effekt
Clinic- / Community-based Modular Treatment Kolko et al. 2009	RCT Mellem	Børn med ODD (80 %) eller CD (20 %)	6-11	85 % drenge 15 % piger	ODD/CD	Klinik eller Community (hjem/skole)	Psykolog/terapeut	Gruppe	3 mdr.	Begrænset positiv effekt
Multimodal Day Treatment Program Grizenko et al. 1993	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med ADHD eller ODD	5-12	Primært drenge	ADHD/ODD/CD	Hjem/familie + Skole/udd	Psykiatere/sygeplejersker/social arbejdere	Individuel og grupper	4½ mdr.	Positiv

7.1.1 Multimodal adfærdsterapi og medicin til børn med ADHD

I et omfattende amerikansk studie kaldet **Multimodal Treatment Study of Children With ADHD** (MTA-studiet) adresseres den relative effekt af hhv. medicinering, adfærdsterapi og kombinationen heraf ved at sammenligne fire forskellige indsatsstyper: 1) medicinering, 2) multimodal adfærdsterapi, 3) kombination af medicinering og multimodal adfærdsterapi, 4) almindelig lokalbaseret indsats (community care). Undersøgel-sesperioden løber over 14 måneder, hvilket er væsentligt længere end tidligere gennemførte studier, der typisk kun har målt effekten efter 2-4 måneder (Jensen et al. 1999a, 1999b, 2001, Arnold et al. 2004). Børnene i undersøgelsen er primært drenge i alderen 7-10 år, som alle er diagnosticeret med ADHD, og som tilfældigt er blevet tildelt en af de fire forskellige indsats. Medicineringen består af methylphenidate, mens den multimodale adfærdsterapi består af 1) 35 forældretræningssessioner, der træner forældrene i adfærdsteknikker over for børnene, samt hvordan de skal koordinere deres indsats i hjemmet med den indsats, børnene modtager i skolen, 2) 10-16 individuelle lærerkonsultationer, der træner lærerne i strategier, der kan forbedre positiv adfærd i klasselokalet samt 12 ugers (60 skoledage) støtte i at anvende Daily Report Card over for børnene med problemadfærd, 3) et 8 uger langt heldags-sommerskole program for børnene, hvor de trænes 5 dage om ugen, 9 timer per dag. Terapien foregår i grupper, og der arbejdes bl.a. med time out, problemløsning i grupper, social færdighedstræning og et pointsystem, der belønner positiv adfærd. Indsatserne varetages af uddannede terapeuter.

Der findes positiv effekt, idet den kombinerede indsats bestående af multimodal adfærdsterapi og medicinering samt indsatsen bestående af medicinering alene begge giver positive resultater. Disse indsatser giver en moderat effekt ift. at reducere hyperaktivitet og impulsivitet, sammenlignet med effekten af multimodal adfærdsterapi og den lokalbaserede indsats. Den kombinerede indsats viser dog en lidt større signifikant redu-cering af aggressiv adfærd samt forbedring af sociale færdigheder sammenlignet med de øvrige tre, hhv. lokalbaseret indsats eller medicinering eller multimodal adfærdsterapi alene. Forskellen mellem grupperne er dog lille. Dette gælder for både lærer- og forældreobservationer. Intensiteten og omfanget af den multimo-dale adfærdsterapi aftager imidlertid løbende over de 14 måneder, mens dosis i den farmakologiske behand-ling er højest ved afslutningen af det 14 måneder lange forløb. Derfor har man i et studie fra 2004 under-søgt data fra MTA-studiet, som er indsamlet efter 9 måneder, i stedet for data efter 14 måneder, som er afrapporteret i den første artikel (Arnold et al. 2004). Der findes imidlertid ingen signifikant forskel på resul-taterne efter hhv. 9 og 14 måneder. En anden artikel sætter fokus på, om enten baggrundsvariable (køn, alder, etnicitet, socioøkonomisk status, forældrenes uddannelsesniveaue, tidligere medicinering eller følge-sygdomme) eller betingelser ved selve undersøgelsen (fx møde-frekvens til behandlingerne) har en betyd-ning for effekten af de fire indsatser (Jensen 1999b). Det viser sig, at de børn, der også lider af angst, ifølge forældrene udviser færre ADHD-symptomer, hvis de enten modtager multimodal adfærdsterapi, medicine-ring eller kombineret behandling. Resultatet varierer fra det oprindelige MTA studie, da multimodal adfærdsterapi viser sig at være lige så effektiv som medicinering og kombineret indsats over for børn, som både har ADHD og angst.

Et andet studie fra USA har særligt fokus på at inkorporere skolen som en del af indsatsen over for børn med ADHD (Waxmonsky et al. 2010). Udgangspunktet er, at mange forældre primært søger hjælp til deres børn pga. problematisk adfærd i skolen. Derfor er det nødvendigt at lave en indsats, der kombinerer medicin og adfærdsterapi, som begge har vist sig effektive, med en skolebaseret indsats, og samtidig sætter foræl-drene i stand til at understøtte indsatsen i skolen. Elementerne er således meget lig den kombinerede ind-sats, som er undersøgt i MTA-studiet, om end den adfærdsterapeutiske del her er noget mindre i omfang og intensitet. Deltagerne er primært drenge i alderen 6-12 år, diagnosticeret med ADHD, og de bliver tilfældigt tildelt enten medicinsk behandling med atomoxetine eller en **kombination af atomoxetine og multimo-dal adfærdsterapi** (behavior therapy). Forældretræningen består af Community Oriented Parent Education program (COPE), som træner forældrene i at give børnene positiv opmærksomhed, når de gør noget godt, forbedre børnenes selvregulering, implementere husregler og effektiv brug af time out (jf. kapitel x om for-ældretræning). Træningen foregår i små grupper og afholdes ugentligt i 8 uger à 2 timers varighed. Børne-ne trænes ugentligt i sociale færdigheder såsom samarbejde, deltagelse og kommunikation i 8 uger à 2 ti-mers varighed. Lærerne introduceres til og trænes i at anvende Daily Report Card. Der er en positiv effekt af den kombinerede indsats, idet forældrene rapporterer, at den kombinerede behandling sammenlignet med medicin alene giver en signifikant stor effekt ift. at reducere børnenes problemadfærd. Ift. hyperaktivi-tet/impulsivitet er der en stor effekt af begge indsatser, og der er ikke signifikant forskel på de to grupper.

Ser man på lærernes vurderinger, er der imidlertid ikke nogen signifikant forskel mellem grupperne på disse effektmål. Dog viser et mål for lærernes vurdering af børnenes impuls kontrol en signifikant forskel og dermed en moderat effekt af den kombinerede indsats, idet børnene her vurderes at være bedre til at styre deres impulsreaktioner sammenlignet med gruppen, der modtager medicin.

Et tredje studie undersøger tilsvarende effekten af hhv. medicinsk behandling alene og medicinsk behandling kombineret med en multimodal psykosocial indsats, som har til hensigt at adressere de sociale udfordringer, som medicin ikke kan sætte ind overfor (Abikoff et al. 2004). I studiet indgår børn fra hhv. Canada og USA. Børnene er diagnosticeret med ADHD og er 7-9 år gamle. Børnene bliver tilfældigt tildelt behandling med hhv. medicin alene, medicin kombineret med multimodal psykosocial behandling (**Multimodal Psychosocial Treatment**) eller medicin kombineret med opmærksomhedskontrol (**Attention Control**). I studiet fremkommer der en begrænset positiv effekt, idet alle tre grupper forbedrer børnenes adfærd, og forbedringen findes fortsat ved en opfølgende måling efter 2 år. Der findes imidlertid ingen signifikante forskelle på effekten af den kombinerede behandling sammenlignet med medicinsk behandling alene – hverken ift. forældrenes vurdering af problematisk adfærd hos børnene, lærernes vurdering af børnenes hyperaktivitet og adfærdproblemer eller den kliniske (psykiatriske) vurdering af børnenes ADHD-symptomer.

7.1.2 Multimodal adfærdsterapi og medicin afprøvet under almindelige forhold

Et studie fra Tyskland tager udgangspunkt i en række forbehold over for resultaterne af det ovenfor beskrevne MTA-studie: For det første er MTA-studiet et klinisk forsøg og er dermed gennemført i et forskningsmæssigt set-up, som er svært at overføre til normal klinisk praksis. For det andet gives der i MTA-studiet en standardiseret indsats, hvor behandlingen i en normal klinik i højere grad løbende vil blive tilpasset det enkelte barns behov og udvikling (Döpfner et al. 2004). I det tyske studie afprøves derfor en adaptiv multimodal behandlingsstrategi (**Adaptive Multimodal Treatment**), som løbende tilpasses ift. barnets udvikling. Deltagerne er primært drenge på 6-10 år diagnosticeret med ADHD eller Hyperkinetic Disorder. Behandlingen foregår i fire stadier à 6 uger: (1) Alle modtager 6-8 ugers psykoedukation i sessioner af 45-60 min. Psykoedukationen retter sig mod barn, forældre og lærere og består i en fælles identifikation af specifikke problemsituationer i hjemmet og i skolen, hvorefter både forældre og lærere modtager rådgivning ift. at afhjælpe disse problematikker. (2) Derefter bliver børnene tilfældigt tildelt enten farmakologisk indsats (Methylphenidate) kombineret med psykoedukation eller kognitiv adfærdsterapi kombineret med psykoedukation. (3) Det vurderes om børnene drager nytte af den behandling, de er i. Hvis det ikke er tilfældet, bliver deres indsats suppleret med den behandling, de ikke får. Nogle børn får således både psykoedukation, medicin og kognitiv adfærdsterapi, mens andre ikke når igennem alle fire stadier, idet behandlingen stoppes, når der ikke længere kan identificeres nogen klinisk signifikant problemadfærd. Der er en begrænset positiv effekt, idet undersøgelsen viser, at både kognitiv adfærdsterapi og farmakologisk behandling kombineret med psykoedukation er effektiv ift. at styrke børnenes selvkontrol. Forældrene i begge grupper oplever en signifikant reduktion af børnenes symptomer på ADHD, deres udadreagerende adfærd og opmærksomhedsproblemer med store effektstørrelser. Men lærernes rapporteringer viser dog en tendens til en større effekt, når der indgår medicinsk behandling, end når indsatsen alene består af kognitiv adfærdsterapi kombineret med psykoedukation.

I et studie fra 2007 har man forsøgt at replicere fundene fra MTA-studiet i en anden kulturel kontekst, som også minder mere om den danske, nemlig Holland. Indsatsen er designet til at kunne anvendes under almindelige forhold, idet MTA-studiet bl.a. er blevet kritiseret for at anvende meget omfattende og intensive indsatser, som er svære at efterligne under almindelige forhold. Indsatsen i det hollandske studie består således af kortvarig intensiv multimodal adfærdsterapi (**Multimodal Therapy**) kombineret med medicinering (van der Oord et al. 2007). Deltagerne er primært drenge i alderen 8-12 år, som er diagnosticeret med ADHD, og som tilfældigt tildes en ren medicinsk indsats med methylphenidate eller en kombination af medicin og multimodal adfærdsterapi. Den multimodale indsats består af hhv. forældretræning, lærertræning og kognitiv adfærdsterapi for børnene. Forældretræningen består af 10 ugentlige gruppesessioner à 90 min (mod 35 sessioner i MTA-studiet) med fokus på at strukturere miljøet for ADHD-børn, udvise positiv opmærksomhed og effektiv kommunikation med barnet omkring dets adfærd. Børnene modtager kognitiv adfærdsterapi som består af 10 ugentlige gruppesessioner à 75 min. for 4-5 børn (mod 8 ugers heldags-sommerskole i MTA-studiet), hvor der bl.a. fokuseres på at træne problemløsningsteknikker og afslapnings-

metoder. I træningen indgår bl.a. rollespil og et belønningssystem for god adfærd. Lærerne trænes i at strukturere klasse miljøet og i brugen af Daily Report Card. Alle elementer i indsatsen er manualbaserede og varetages terapeuter.

Studiet viser en reduktion i problematisk adfærd hos begge grupper, både ift. lærernes og forældrenes vurdering af børnenes impulsivitet/hyperaktivitet. Samtidig viser både lærernes og forældrenes vurdering af børnenes sociale færdigheder, at disse er signifikant forbedret for begge indsatsgrupper. Der er en begrænset positiv effekt, idet der ikke er nogen signifikant forskel mellem de to grupper og dermed ikke noget, der tyder på, at den kombinerede indsats umiddelbart har større effekt end den medicinske behandling alene. I en artikel fra 2012 præsenteres opfølgende målinger hhv. 4½ år og 7½ år efter indsatsens afslutning. Efter 7½ år findes der fortsat en positiv effekt i form af en reduktion i hyperaktivitet/impulsivitet. Der kan fortsat ikke spores nogen signifikant forskel mellem den kombinerede indsats og den medicinske indsats alene. Dog viser det sig, at børn, der kun har modtaget medicinsk behandling, efter 7½ år bruger signifikant mere medicin end gruppen, der har modtaget en kombination af hhv. medicin og adfærdsterapi (van der Oord et al. 2012). I forbindelse med undersøgelsen har man også undersøgt, om specifikke karakteristika såsom angst, IQ-niveau, grad af ADHD-symptomer og forældrenes depressionsniveau har indflydelse på effekten af de forskellige indsatser (van der Oord al. 2008). Her ser man, at børn, som både har ADHD og angst, samt børn med ADHD og en høj IQ udviser større forbedringer end børn, som alene er diagnosticeret med ADHD og børn med en lav IQ. Denne tendens gælder for begge typer af indsatser.

7.1.3 Multimodal adfærdsterapi og medicin til børn med ODD/CD

De ovenfor beskrevne studier omhandler alle børn med ADHD og har fokus på at undersøge effekten af hhv. multimodal adfærdsterapi, medicinsk behandling og kombinationen heraf. Et studie fra USA omhandler en kombineret indsats, som ligeledes består af medicinsk behandling og multimodal adfærdsterapi. Studiet adskiller sig fra de øvrige, idet målgruppen er børn med ODD/CD, og der ikke foretages sammenligninger af forskellige former for indsatser, men af konteksten for indsatsen (Kolko et al. 2009). Studiet undersøger således, hvorvidt der har en betydning for effekten, om barnet modtager behandling i velkendte omgivelser såsom hjemme og i skolen (**Community-based Modular Treatment**) eller på en klinik (**Clinic-based Modular Treatment**). Forventningen er, at man i en lokalbaseret indsats i højere grad kan tage højde for kontekstuelle faktorer, som kan påvirke barnet, fx problematiske kammeratskaber og manglende støtte i eget netværk, end det er muligt i en klinik, og at effekten dermed vil være større.

Børnene i undersøgelsen er 6-11 år gamle, 80 % er diagnosticeret med ODD, og 20 % med CD. Indsatsen varer tre måneder og omfatter en indledningsvis diagnosticering af eventuel komorbid ADHD hos børnene, som medicineres i det omfang det er relevant. Indsatsen over for børnene består herudover i gruppebaseret instruktion i selvreguleringsfærdigheder. Indsatsen omfatter desuden et forældretræningsprogram, familierterapi med barn og forældre og akut krisehjælp til forældrene med henblik på at forbedre problematiske familiemønstre samt lærerkonsultationer med henblik på at identificere og forbedre problematisk adfærd i skolen. Der sammenlignes med en kontrolgruppe af børn uden diagnoser/adfærdsproblemer, som ikke modtager nogen indsats, for herved at kontrollere for almindelig "modning" over tid.

Studiet viser, at begge indsatsgrupper udviser signifikante forbedringer. Der er ikke signifikant forskel på effekten mellem de to grupper, og forbedringerne opretholdes for begge gruppers vedkommende over en 3-årig periode. Det konkluderes dermed, at den kombinerede indsats ser ud til at være effektiv ift. at styrke børns selvkontrol, uanset om behandlingen foregår på en klinik eller i barnets velkendte omgivelser. Da studiet ikke undersøger den relative effekt af hhv. medicin og de øvrige elementer i indsatsen, er det dog vanskeligt at sige, hvad der "driver" effekten.

7.1.4 Multimodal Day Treatment Program (heldagsskole)

Det sidste studie i dette kapitel omhandler en multimodal indsats i form af en heldagsskole til børn med ADHD og/eller ODD. Indsatsen er afprøvet i Canada og har til formål at reducere udadreagerende adfærd og forbedre prosocial adfærd. Udgangspunktet er, som for de øvrige studier i kapitlet, at mange studier viser

succesfulde resultater med hhv. medicinering, adfærdsterapi og/eller forældreterapi. Ofte viser det sig imidlertid problematisk at overføre de tillærte egenskaber fra en arena til en anden, fx fra hjem til skole, og der er således behov for at lave interventioner, der er målrettet alle aspekter af det sociale system, børnene indgår i. Heldagsskoleformen er valgt for at reducere risikoen for, at børnene dropper ud af behandlingen undervejs (Grizenko et al, 1993). Deltagerne er børn i alderen 5-12 år med hhv. ADHD eller ODD og er primært drenge. Deltagerne bliver sekventielt tildelt enten behandling eller venteliste.

Indsatsen over for børnene består af følgende: 1) 2½ times specialundervisning 2) 3 timers psykoterapi, der inkluderer individuel legeterapi, træning af sociale færdigheder, gruppeopgaver, psykodrama, kæledyr, kunst og gruppeterapi. Børnene inddeles i grupper efter alder med max 5 børn i en gruppe. Medicinering indgår også, hvor det er relevant for det enkelte barn. Indsatsen over for børnene varetages af psykiatere, sygeplejersker og socialarbejdere. Forældrene modtager sideløbende familierapi, mens lærerne trænes i specialundervisning. Det gennemgående fokus er på at få barnet til at udtrykke sine følelser verbalt i stedet for fysisk, sætte grænser for udadreagerende adfærd, at lære hvordan man i familien kan modvirke negativ adfærd hos barnet samt at udvikle barnets socialiseringsevner, kommunikationsfærdigheder og skolemæssige færdigheder.

Studiet viser, at indsatsen har en positiv effekt ift. at forbedre børnenes selvkontrol. Forældrene rapporterer en signifikant reduktion af udadreagerende adfærd hos børnene i indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen. En opfølgning efter seks måneder viser, at virkningen er opretholdt, idet forældrene til børn i indsatsgruppen fortsat oplever en reduktion i barnets udadreagerende adfærd.

7.2 Virker multimodal adfærdsterapi i kombination med medicin over for lav selvkontrol?

De kortlagte studier viser alle, at kombinerede indsatser bestående af multimodal adfærdsterapi og farmakologisk behandling kan have en positiv effekt ift. problemer med lav selvkontrol, hyperaktivitet og impulsivitet hos børn op til 12-års-alderen, som er diagnosticeret med ADHD eller ODD/CD. Studierne giver imidlertid ikke et entydigt billede af, hvorvidt de kombinerede indsatser generelt virker *bedre* end farmakologisk behandling alene.

Resultaterne fra MTA-studiet, der som det eneste er vurderet til at være af høj kvalitet, viser en svag tendens til, at en kombineret indsats har større effekt end hhv. multimodal adfærdsterapi eller medicinering alene (Jensen et al. 1999a, 1999b, 2001, Arnold et al. 2004). Dette understøttes af Waxmonsky et al. 2010, som ligeledes finder en positiv effekt af den kombinerede indsats sammenlignet med medicinering. Den tyske undersøgelse, hvor indsatsen løbende tilpasses ift. deltagernes individuelle udvikling, finder ingen markante forskelle på effekten af hhv. adfærdsterapi kombineret med psykoedukation og medicinering kombineret med psykoedukation. Undersøgelsen viser dog en tendens til, at effekten er større, når indsatsen også inkluderer medicinering, end når den alene består af psykoedukation og kognitiv adfærdsterapi (Döpfner et al. 2004). De to øvrige undersøgelser, som sammenligner effekten af kombinerede indsatser med effekten af farmakologisk behandling alene, finder ingen signifikante forskelle på de to typer af indsatser og dermed intet belæg for, at en kombineret indsats virker bedre end medicinering alene (Abikoff et al. 2004, van der Oord et al. 2007, 2008, 2012).

Flere af indsatserne er baseret på de samme grundlæggende elementer bestående af forældretræning, social færdighedstræning til børnene og brugen af Daily Report Card i skolen (MTA-studiet, van der Oord et al. samt Waxmonsky et al.). Der er imidlertid relativt store forskelle på den konkrete tilrettelæggelse af de kombinerede indsatser, som er afprøvet i de forskellige studier, herunder omfang og intensitet. Særligt MTA-studiet adskiller sig, idet indsatsen her er væsentligt mere omfattende end i de øvrige studier.

De kombinerede indsatser er altså afprøvet i forskellige varianter og kontekster, og der er kun i et enkelt tilfælde tegn på, at en kombineret indsats er fordelagtig sammenlignet med medicinsk behandling af ADHD-symptomer alene (Waxmonsky et al. 2010). Et andet studie peger dog på, at en kombineret indsats kan være med til at mindske brugen af medicin, idet de børn, som ikke har modtaget andre former for behandling end den medicinske, efter 7½ år viser sig at have et væsentligt større medicinforbrug end børn, som har modtaget adfærdsterapeutisk behandling (van der Oord et al. 2012). Samme studie peger også på, multi-

modal adfærdsterapi viser sig at være lige så effektiv som medicinering og kombineret indsats over for børn, som både har ADHD og angst, hvilket understøttes af resultaterne fra MTA-studiet.

De to sidste former for multimodal adfærdsterapi, som indgår i kortlægningen, viser hhv. en begrænset positiv og en positiv effekt over for børn med ODD/CD eller ADD/ODD. Det bemærkes, at der i begge studier indgår medicinering af børnene, men at der ikke eksplicit er kontrolleret for betydningen heraf, som i de øvrige studier. Det er således ikke muligt at sige noget om, hvad der "driver" effekten af de to typer af indsatser – en omstændighed, som dog også gør sig gældende i mange andre studier, jf. de øvrige kapitler i nærværende kortlægning.

Der er ikke identificeret nogen skandinaviske studier af multimodale indsatser kombineret med medicin.

Kapitel 8. Skolebaserede indsatser

Dette kapitel præsenterer 15 artikler, som til sammen omhandler 11 studier af skolebaserede indsatser. Indsatserne tager på forskellig vis udgangspunkt i skolen som arena, idet lærere, øvrige elever og/eller skolen som rum spiller en væsentlig rolle i selve indsatsen.⁸ Idet de skolebaserede indsatser er meget forskellige i indhold og omfang og ikke som de øvrige indsatstyper kan siges at have et gennemgående fælles rationale (ud over at skolen anses for at være et centralt omdrejningspunkt), er de beskrevet enkeltvis nedenfor.

De skolebaserede indsatser involverer lærerne i forskellig grad. Fx er en indsats udelukkende baseret på at træne lærere i håndtering af børn med ADHD (Miranda 2002), mens andre indsatser har lærertræning sideløbende med andre indsatsformer (Braswell et al 1996; Owens et al 2008; Barrera et al 2002) eller involverer lærere sammen med forældre eller fagpersoner (Ogden et al 2007; Sørli & Odgen 2007).

Størstedelen af de skolebaserede indsatser involverer forældre i en eller anden grad, enten i form af decideret forældretræning (Walker et al 2007, Braswell et al 1996; Owens et al 2008; Barrera et al 2002) eller ved afholdelse af koordinationsmøder eller teams, der omhandler barnets udvikling (Axberg et al 2006; McConaughy et al 1998 og 1999; Conduct Problems Prevention Research Group). Et par indsatser indebærer besøg i barnets hjem (Conduct Problems Prevention Group; McConaughy et al 1998 og 1999).

Nogle indsatser er målrettet børn i indskolingen (0.-2. klasse), mens andre er målrettet de første 3-7 år af skoletiden. En enkelt indsats er målrettet børn i 6.-7. klasse (Dupper & Krishef 1993). En indsats omfatter hele skoletiden, idet de samme børn følges i løbet af 10 år (Conduct Problems Prevention Group).

I udvælgelsen af indsatser er der lagt vægt på, at indsatsen ikke er universel, men er målrettet børn/unge med lav selvkontrol eller lignende problemer (jf. eksklusionskriterier beskrevet i kapitel 1 og 10). En enkelt skolebaseret indsats, som overvejende er af universel karakter, er dog medtaget, idet den også indeholder selektive forebyggelselementer og er afprøvet i Norge (Ogden et al 2007; Sørli & Odgen 2007).⁹

8.1.1 Hvordan er skolebaserede indsatser afprøvet?

Tabel 8.1 viser en oversigt over de i alt 15 artikler, som omhandler 11 forskellige skolebaserede indsatser.

⁸ Skolebaserede indsatser, som består af fx social færdighedstræning eller vredes- og aggressionshåndtering over for udvalgte grupper af børn/unge, og som leveres af fx en skolepsykolog/skolerådgiver, er beskrevet i de kapitler, som specifikt omhandler disse indsatstyper. Ligeledes er en indsats, hvor lærere sideløbende med forældre modtager en tilpasset version af et forældretræningsprogram, beskrevet i kapitlet omhandlende forældretræning. I nogle tilfælde indgår skolen alene som "rekrutteringsplatform", idet lærere medvirker til at identificere børn/unge i målgruppen – sådanne indsatser omtales ikke som skolebaserede.

⁹ Det bemærkes, at der i forbindelse med udarbejdelsen af kortlægningen også er identificeret en skolebaseret indsats kaldet RESPECT, som er afprøvet i Norge. Denne indsats er ikke inkluderet i analysen, da der er tale om en bred indsats, der eksplicit har fokus på systemniveauet forstået som skolen som helhed frem for individniveauet i form af det enkelte barn. Programmet har desuden fokus på mobning og generel problemadfærd, mens aggression kun indgår som kontrolvariabel (Ertesvåg & Vaaland (2007) "Prevention and Reduction of Behavioural Problems in School: An evaluation of the Respect program": *Educational Psychology* vol. 27 iss. 6 p. 713-736).

Tabel 8.1 Oversigt over skolebaserede indsatser

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
First Step to Success (First Step Program) Walker et al. 2009	RCT Høj	Børn med udadrettede adfærd	6-10	73 % drenge 27 % piger	Ingen diagnose	Skole og hjem	Anden fagperson	Individuel	3 mdr.	Positiv effekt
EBT (evidence-based treatment) Owens et al. 2008	RCT Mellem	Børn med uopmærksom og forstyrrende adfærd i skolen.	6-13	77 % drenge 23 % piger	Nogle af børnene har ADHD, ODD og/eller CD	Skole	Tværfagligt	Individuel	Ca. 9 mdr.	Positiv effekt
PALS (Positiv Adfærd i Læring og Samspil) Ogden et al. 2007 Sørli & Ogden 2007	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Høj	Lærere og elever i 3.-7. klasse på skoler der er villige til at forpligte sig til PALS	8-13	47 % drenge 53 % piger	Ikke oplyst	Skole	Lærer	Gruppe	36 mdr.	Positiv effekt
The collaboration model (Marte Meo med koordiningsmøder) Axberg et al. 2006	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn i med udadrettede adfærd hvor tidligere indsatser ikke har givet resultater	4-12	80 % drenge 20 % piger	Ingen diagnose	Skole	Lærer	Individuel	10 mdr.	Positiv effekt
Fast Track Dodge, K. A. 2007 Lochman, J. E. 2010 Bierman, K. L. 2011	RCT Høj	Børn i kvarterer med høj kriminalitet og stor fattigdom med problemer i skolen og hjemmet	6-16	69 % drenge 31 % piger	En del deltagerne diagnosticeres i løbet af undersøgelsen	Skole og hjem	Tværfagligt	Både individuel og gruppe	120 mdr.	Begrænset positiv effekt
PTAR (Parent-Teacher Action Research) McConaughy et al. 1998 & 1999	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med risiko for at udvikle følelsesmæssige forstyrrelser	6-8	1. år: 78 % drenge 22 % piger 2. år: 61 % drenge 39 % piger	Nogle af børnene har ADHD	Skole og hjem	Tværfagligt	Gruppe	24 mdr.	Begrænset positiv effekt
SHIP – Schools and Homes in	RCT Mellem	Børn i 0.-4. klasse med aggressiv	5-11	55 % drenge 45 % piger	Ikke oplyst	Skole og hjem	Tværfagligt	Individuel og	24 mdr.	Begrænset positiv effekt

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Målgruppe	Allder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
Partnership Barrera et al. 2002		adfærd/læsevanskeligheder		piger				gruppe		
Multicomponent Program Miranda et al. 2002	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Høj	Børn med ADHD og med problemer med uopmærksomhed, desorganisering, hyperaktivitet og impulsivitet	8-9	90 % drenge 10 % piger	ADHD/ADD	Skole	Lærer	Gruppe	4 mdr.	Begrænset positiv effekt
STEAM/ Temper Taming Westhues et al. 2009	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn der har svært ved at styre deres følelser	6-12	60 % drenge 40 % piger	Ingen diagnose	Skole/ klinik	Anden fagperson	Gruppe	Skole 3 mdr./ klinik 2 mdr.	Begrænset positiv effekt
Multicomponent Competence Enhancement Intervention (MCEI) Braswell et al. 1996	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med relativt alvorlige adfærdsforstyrrelser	6-10	75 % drenge 25 % piger	Ingen diagnose	Skole	Tværfagligt	Gruppe	24 mdr.	Ingen påviselig effekt
School Survival - social-cognitive skills training Dupper & Krishef 1993	RCT Mellem	6.-7. klasse elever med så svære adfærdproblemer i skolen, at de har risiko for at blive bortvist	12-14	Ikke oplyst	Ikke oplyst	Skole	Anden fagperson	Gruppe	2½ mdr.	Ingen påviselig effekt

8.1.2 First Step to Success

First Step to Success er en 3 måneder lang skolebaseret indsats, der er målrettet børn med udadreagerende adfærd (Walker et al. 2009). First Step to Success er designet til at tage vare på de børn, hvis adfærd gør det svært for dem at fungere i et læringsmiljø. Både børn og deres forældre inddrages i arbejdet med at få børnene til at udvise positiv adfærd og få succes i skolen. Indsatsen er afprøvet på børn i alderen 6-10 år.

Indsatsen består af to elementer: 1) intervention i klasselokale 2) forældretræning. I de første dage af programmet igangsættes indsatsen ved, at en adfærdcoach forklarer og implementerer indsatsen i klassen. Dette overtages efterfølgende af en lærer, men hele tiden med støtte fra coachen. På 10. dagen for indsatsen udvides programmet til også at omfatte hjemmet, idet coachen i løbet af 6 ugentlige besøg træner for-

ældre i, hvordan de kan lære deres børn færdigheder til at få succes i skolen, fx gennem kommunikation, samarbejde, problemløsning og venskaber.

Den klassebaserede indsats bygger på et belønningssystem, hvor børnene har mulighed for at optjene point til en belønningsaktivitet ved at udvise positiv adfærd i klasselokalet. I de sidste 10 dage motiveres børnene til at vedligeholde den positive adfærd uden eksterne belønninger.

First Step to Success har ved implementeringen i USA vist sig at have en moderat positiv effekt på børns problemadfærd ifølge både lærere og forældre samt en stor positiv effekt på børns sociale færdigheder ifølge lærere, og en moderat positiv effekt på børns sociale færdigheder ifølge forældre.

8.1.3 EBT – Evidence-Based Treatment

EBT er en skolebaseret indsats rettet mod børn med uopmærksom og forstyrrende adfærd i skolen (Owens et al. 2008). Ideen med EBT er at integrere en række indsatser, der tidligere har vist sig at have positiv effekt på børns problemadfærd i skolen, i en samlet indsats. Indsatsen består af fire evidensbaserede delindsatser: "DRC-procedurer", forældresessioner, lærerkonsultationer og individuelle børnesessioner.

DRC-procedurer er en indsats, der inddrager lærere og forældre i arbejdet med at identificere, monitorere og ændre individuel adfærd hos børnene. Samtidig er der fokus på at fremme den daglige kommunikation mellem hjem og skole. Lærere er ansvarlige for at dokumentere barnets daglige opførsel og give barnet feedback. Forældre er ansvarlige for at uddele belønninger eller sanktioner i overensstemmelse med barnets opførsel i skolen. Forældresessionerne foregår på barnets skole eller via telefon. Forældresessionerne har som udgangspunkt bestemte emner, men tilpasses også individuelle behov. I lærerkonsultationerne får lærerne træning i proaktive strategier i klasseundervisningssituationer og DRC-procedurer i 20 minutter hver anden uge. De individuelle børnesessioner varetages af kliniske psykologer. Sessionerne har til formål at forstærke DRC-procedurer og barnets fremskridt. Det er forskelligt, hvor ofte barnet mødes med psykologen.

EBT er afprøvet i USA i løbet af en 4-årig periode i 0.-6. klasse. Indsatsen varer et skoleår, men er gentaget 4 år i træk med skiftende skoler som indsats- og kontrolgrupper. Idet indsatsen er målrettet børn, der er uopmærksomme og udviser forstyrrende adfærd i skolen, har en del af deltagerne symptomer på ADHD, ODD og CD. Der måles en signifikant positiv effekt af EBT på børns hyperaktive og impulsive adfærd og symptomer på CD.

8.1.4 Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)

Positive Behaviour, interactions and learning environment in School eller på dansk: **Positiv Adfærd i Læring og Samspil (PALS)** er en skoleomfattende indsats, som er udviklet og afprøvet i Norge (Sørli & Ogdén 2007). PALS er handlings- og færdighedsorienteret, og målet er at forbedre elevernes evner til at håndtere udviklingsmæssige udfordringer såsom risikofaktorer i skolen. Indsatsen er baseret på det amerikanske program School-Wide Positive Behaviour Support model (PBS), men er tilpasset norske forhold og udvidet med øvrige komponenter, som er målrettet elever i høj-risikogruppen. De øvrige komponenter består af individuel support og social færdighedstræning (SNAP™) samt forældretræning (PMTO) til forældre og en PMTO-inspireret indsats til lærere. Det er et grundlæggende princip i PALS at sikre et match mellem indsatser og elevernes risiko-niveau. Implementeringen af indsatsen varer i alt tre år. Det første år har fokus på implementeringen af universelle indsatser (primær forebyggelse), andet år på kombinationen af universelle og selektive indsatser for elever i risiko (sekundær forebyggelse).

Alle interventionsstrategier beskrives detaljeret i en manual, og indholdet tilpasses den lokale kontekst på den enkelte skole i samarbejde med en PALS supervisor og bliver beskrevet i skolens egen PALS håndbog. Der etableres implementerings-teams på hver skole bestående af lærere, administrativt personale, forældre og PPR, som arrangerer seminarer, deltager i månedlige sessioner med en PALS supervisor og uddanner øvrigt personale. Hver team modtager ca. 25 timers uddannelse og supervision og deltager desuden i en række dagslange seminarer hvert år, ligesom de bruger ca. 2 timer om ugen på planlægning mv. Skolens

øvrige personale deltager i 10 lektioner fordelt på to uger ved begyndelsen af hvert skoleår. Hertil kommer seminarer og ugentlige diskussioner af fælles regler og standarder samt træning af teknikker.

PALS er afprøvet under almindelige forhold på fire skoler i Norge i et kontrolgruppeforsøg, hvor fire tilsvarende skoler indgik som kontrolskoler. Indsatsskolerne fik stort set ingen ekstra ressourcer, og kontrolskolerne iværksatte sideløbende alternative programmer med fokus på at fremme positiv adfærd. Undersøgelsen viser, at der efter 20 måneder er moderate til store positive effekter af PALS sammenlignet med indsatserne på kontrolskolerne. De moderate effekter findes i form af signifikante reduktioner i lærernes oplevelser af problemadfærd på skolen såvel som i klasseværelset, mens en stor effekt bliver fundet i en reduktion af antallet af elever med udadreagerende problemadfærd. Herudover er der en stor effekt på udviklingen af sociale færdigheder hos elever med indvandrerbaggrund, mens der ikke viser sig nogen signifikante forbedringer af elevernes sociale færdigheder generelt. Effekten af PALS ift. elever med indvandrerbaggrund er undersøgt særskilt (Ogden et al. 2007). Her fremgår det, at forbedringerne i sociale færdigheder hos elever med indvandrerbaggrund ikke mindst består i en større grad af selvkontrol, mens der ikke findes nogen signifikant effekt målt specifikt på udadreagerende adfærd.

8.1.5 The collaboration model (Marte Meo og koordineringsmøder)

I Sverige har man afprøvet en systemisk skolebaseret indsats kaldet **The collaboration model** (Axberg et al. 2006). Indsatsen finder sted i barnets normale klasse og består af Marte Meo-træning, som har til formål at forbedre barnets lærers evne til at kommunikere med og støtte barnet i hverdagen, samt koordineringsmøder med barnets lærer, forældre og andre voksne af betydning for barnet.

Koordineringsmøderne er baseret på en systemisk tilgang og skal sikre samarbejde og fælles forståelse mellem forældrene og de forskellige professionelle, som er involveret i arbejdet med at hjælpe et givent barn med udadreagerende adfærd. Marte Meo-interventionerne består i at filme interaktionen mellem lærer og barn i mere eller mindre strukturerede situationer. Videoptagelserne gennemgås herefter sammen med en specialuddannet Marte Meo-lærer og evt. andre voksne omkring barnet. Målet er, at barnets lærer herigenem bliver bevidst om, hvordan han eller hun bedst kan støtte barnet. På koordineringsmøderne følges op på Marte Meo-interventionerne og der konstrueres nye fælles fortællinger om barnet og dets interaktion med de voksne på baggrund af udviklingen. Der afholdes koordineringsmøde ved opstart, efter 4 uger og herefter med 6-8 ugers mellemrum.

Indsatsen er afprøvet i et kontrolgruppeforsøg, hvor børn i alderen 4-12 år med udadreagerende adfærd fra udvalgte kommunale folkeskoler modtog indsatsen og blev sammenlignet med børn fra ni tilsvarende kontrolskoler, som modtager sædvanlig behandling. I gennemsnit varede indsatsen 10 måneder og omfattede 7 koordineringsmøder, 9 videoptagelser og 6 gennemgange. Undersøgelsen viser, at der 2 år efter indsatsens begyndelse ses moderate positive effekter på børnenes udadreagerende adfærd, målt på forældrenes såvel som lærernes vurderinger af symptomer. Omvendt er der ingen signifikante effekter målt på forældrenes vurderinger af børnene i kontrolgruppen. Cirka 50 % af børnene i indsatsgruppen udviser efterfølgende en klinisk signifikant reduktion i symptomer mod 23 % i kontrolgruppen.

8.1.6 Fast Track

Fast Track er en 10-årig skolebaseret indsats, der er udviklet til at følge en årgang fra 1.-10. klasse (Dodge 2007; Lochman 2010; Bierman 2011). Grundtanken med indsatsen er, at seriøse adfærdsproblemer blandt børn med høj risiko for at udvikle kriminel og/eller anden problemadfærd kan forebygges ved omfattende og langvarig indsats med aldersrelevant færdighedstræning og akademisk hjælp til børn/unge samt gruppebaseret og individuel forældretræning. Indsatsen er afprøvet i USA på børn med høj og moderat risiko for at udvikle antisocial adfærd.

Børnene udvælges til at deltage i Fast Track på baggrund af deres boligområde, økonomiske forhold, rapporter fra lærere om problemer i skolen (TOCA-R) og rapporter fra forældre om problematisk adfærd i hjemmet (bl.a. CBCL). Ud fra lærer- og forældrerapporterne beregnes en standardiseret score, der angiver

sværhedsgraden af risiko, og de børn med højest risiko for at udvikle antisocial adfærd udvælges til at deltage i undersøgelsen.

Fra 1.-5. klasse bliver alle familier tilbudt forældretræning med hjemmebesøg, akademisk vejledning, og social færdighedstræning. Forældre- og børnegrupper gennemføres i løbet af et 2 timers "enrichment program": Først mødes børnene i vennegrupper, mens forældre ligeledes mødes i grupper. Dernæst deltager børn og forældre i aktiviteter sammen og øver bl.a. forældrefærdigheder. I 1. klasse er der yderligere ½ times læsevejledning. Ud over enrichment programmet er der i 1. klasse to læsevejledningstimer mere om ugen og en ugentlig time, hvor venskaber med klassekammerater forbedres. I 2. klasse afholdes der 22 ugentlige gruppemøder, i 3. klasse holdes der 14 ugentlige møder, og i 3.-6. klasse holdes der 9 månedlige møder. Derudover gives der individuel support i hjemmet, hvor forældrefærdighederne trænes og individuelle behov imødekommes. I 5.-6. klasse fokuserer de månedlige møder på udfordringer i forbindelse med overgangen til middle school, resistens over for stofmisbrug og seksuel udvikling. I 7.-8. klasse afholdes der workshops om identitet og målsætninger. I 7.-10. klasse bliver der lavet individuelle udviklingsplaner til hver enkelt af de unge.

I kortlægningen indgår tre evalueringer af Fast Track, foretaget på forskellige tidspunkter. Overordnet set har Fast Track en begrænset positiv effekt, idet der kun måles få signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolgruppe. Derimod ses der signifikante positive effekter for de børn, der ved indsatsens begyndelse havde den højeste risiko for at udvikle antisocial adfærd. Således viser flere studier, at høj-risikogruppen formindsker risikoen for at udvikle CD, ODD og ADHD ved at deltage i Fast Track (Dodge 2007, Bierman 2011). For gruppen af børn og unge med moderat og/eller høj risiko for at udvikle antisocial adfærd, formindskes risikoen for at udvikle CD ved deltagelse i Fast Track (Bierman 2011), og indsatsen ser også ud til at reducere hyperaktiv adfærd hos denne gruppe (Lochman 2010).

8.1.7 PTAR – Parent-Teacher Action Research

Parent-Teacher Action Research (PTAR) er en 2-årig skolebaseret indsats til børn med risiko for at udvikle følelsesmæssige forstyrrelser (McConaughy et al. 1998 & 1999). Ideen med PTAR programmet er, at forældre inddrages på lige fod med lærere og andre fagfolk i forbedringen af deres børns adfærd. Tidligere studier viser, at programmer, der inddrager forældre og lærere som lige partnere, har større sandsynlighed for at have udfald, som både familierne og de professionelle fagpersoner omkring barnet værdsætter.

Indsatsen består af to dele: PTAR teams og klassebaseret social færdighedstræning. I PTAR teams'ne fungerer lærere og forældre som medspillere, der sammen designer og implementerer individuelle interventioner for hvert barn. "Forældrekontaktansvarlige" rekrutteret fra lokalområdet støtter forældrene på PTAR team-møder og foretager hjemmebesøg for at indsamle data og hjælpe forældre med at implementere handlingsplaner. På de første møder identificeres barnets styrker, forældrenes håb for barnet, fælles lærer-forældre mål og observerbare indikatorer for hvert mål – et planlægningssystem kaldet MAPS. MAPS tilgangen hjælper til at arbejde ud fra barnets styrker i stedet for at fokusere på problemer. PTAR møderne finder i gennemsnit sted hver 3. uge, men med mellem 1 og 6 ugers mellemrum. Mellem hvert møde kontaktes forældrene mindst en gang af de forældrekontaktansvarlige.

Den klassebaserede sociale færdighedstræning er en primær forebyggelsesindsats målrettet alle elever. Den finder sted minimum 15-20 minutter 2 gange om ugen. Temaer som kommunikation, interpersonelle færdigheder, personlige færdigheder og reaktionsfærdigheder bliver gennemgået.

Indsatsen er afprøvet i USA i et matchet kontrolgruppieforsøg, hvor indsatsgruppen deltager i PTAR teams og klassebaseret instruktion, mens kontrolgruppen kun deltager i den klassebaserede instruktion. Indsatsen viser sig i dette studie at have en positiv effekt på indsatsgruppens udadreagerende og aggressive adfærd, og til dels også på indsatsgruppens hyperaktive adfærd og selvkontrol.

8.1.8 SHIP – Schools and Homes in Partnership

Schools and Homes in Partnership (SHIP) er en skolebaseret indsats, som er rettet mod børn med aggressiv adfærd i skolen samt børn med læsevanskeligheder, og som inddrager både børn og forældre (Barrera et al. 2002). Som det også beskrives nedenfor, indeholder indsatsen delelementer fra De Utrolige År (DUÅ/IY) og fokus er på at reducere internaliserende såvel som udadreagerende adfærd hos målgruppen

Indsatsen består af 3 komponenter: 1) forældretræning, 2) social adfærdsintervention for børnene og 3) læseinstruktion for børn med læsevanskeligheder. Alle familierne i indsatsgruppen tilbydes forældretræning og social adfærdsintervention, og de elever i indsatsgruppen, der læser dårligere, end de burde, på deres klassetrin, får tilbudt læseinstruktion. Forældretræningen tager udgangspunkt i forældretræningen fra DUÅ, og gives over 12-16 ugentlige sessioner i grupper af 5-14 forældre (2,25 timer pr. gang, med 2-3 facilitatorer til stede). Til møderne ser forældre videoer, der viser, hvordan de kan lege med deres børn, rose dem effektivt, belønne dem, sætte grænser for dem, afbryde dem (time-out) samt udøve konsekvent opdragelse og anvende præventive strategier. Desuden diskuteres der effektive forældremetoder og spilles rollespil over foretrukne strategier (se også kapitel 2 om forældretræning). Den sociale adfærdsintervention består af 2 elementer: a) CLASS (Contingencies for learning academic and social skills), der gennem et belønningssystem i individuelle og klassebaserede sessioner med børnene er designet til at reducere børns udadreagerende adfærd. b) Dina Dinosaur Social Skills Program (Dinosaursskole, DUÅ), der bruger dukker og videoer til at lære børnene om, hvordan de skal opføre sig i skolen.

Børnene med læsevanskeligheder tilbydes desuden ekstra læseinstruktioner. Børnene 1. og 2. klasse deltager i Reading Mastery, mens børnene i 3.-4. klasse deltager i Corrective Reading. Begge programmer er baseret på, at børnene i mindre grupper (2-3 elever) lærer om fonetik og lyd-bogstav korrespondance, men Corrective Reading er målrettet lidt ældre børn og de anvendte tekster er derfor mere alderssvarende. 1. år modtager eleverne med læsevanskeligheder 30 minutters læseinstruktioner dagligt over 4-5 måneder, og 2. år modtager eleverne 30 minutters læseinstruktioner dagligt over 9 måneder.

SHIP ser kun ud til at have en begrænset positiv effekt. I forhold til børnenes udadreagerende adfærd, måles der ingen signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolgrupper, hverken umiddelbart efter indsatsen, eller ved den opfølgende måling 1 år efter indsatsens afslutning. Til gengæld ser SHIP ud til på længere sigt at have en positiv effekt på børnenes antisociale og tvangsmæssige adfærd.

8.1.9 Multicomponent Program

Et spansk kontrolgruppeforsøg undersøger effekten af en indsats, hvor folkeskolelærere trænes i at kunne håndtere børn med ADHD, kaldet **Multicomponent Program** (Miranda et al. 2002). Indsatsen løber over 4 måneder og består af 8 x 3 timers sessioner med 2 sessioner pr. måned. Forløbet består af 4 komponenter: Først undervises lærerne i generel viden om ADHD, fx baggrunden for at ADHD opstår og hvilken konsekvens ADHD har for indlæring. Derefter trænes de i konkrete instruktionsteknikker over for ADHD børn, som fx ændre klasselokalets fysiske rammer, og hvordan de kan give feedback til ADHD børn. Dernæst trænes de i kognitive adfærdsteknikker, fx hvordan de kan styrke børnenes selvkontrol. Disse teknikker bliver derefter afprøvet i klasseregime. De sidste 2 sessioner får lærerne mulighed for at diskutere konkrete problemstillinger, som de oplever i undervisningssituationer.

Indsatsen er afprøvet på 50 børn fordelt på 17 forskellige folkeskoler i Valencia i Spanien. 29 børn med ADHD undervises af lærere, der har modtaget undervisning i håndtering af børn med ADHD, mens 21 børn med ADHD fungerer som kontrolgruppe. Børnene er 8-9 år gamle, og grupperne består primært af drenge. Der findes en begrænset positiv effekt af indsatsen, idet to ud af tre relevante effektmål viser en signifikant forbedring: Der ses en signifikant reduktion i antallet af vredesudbrud og en signifikant forbedring af børnenes selvkontrol hos indsatsgruppen sammenlignet med kontrolgruppen.

8.1.10 STEAM/ Temper Taming

Et studie fra Canada undersøger effekten af at behandle børn med adfærdsproblemer i hhv. skoleregi eller på et behandlingssted uden for skolen (Westhues et al. 2009). De to indsatser, **Skills and Tools for Emotions Awareness and Management (STEAM)** som foregår på skolen, og **Temper Taming**, som finder sted på et behandlingssted uden for skolen (community-setting), er grundlæggende ens, men foregår over forskellige tidsperioder. I skoleregi løber indsatsen over 3 måneder, mens den løber i 2 måneder på behandlingsstedet uden for skolen.

Indsatsen består af ugentlige gruppesessioner af 90 minutters varighed og ledes af en socialarbejder og en trænet praktikant. Der fokuseres på tre aspekter af følelsesregulering: Børnene lærer at udvikle og forstå deres følelser og deres fysiske følelsesmæssige reaktioner. Dernæst lærer de beroligende strategier, og endelig træner de at tage ansvar for egne handlinger og få forståelse for, hvordan egne følelser kan påvirke omgivelserne. Forældrene bliver også tilbudt at deltage i 3 sessioner, der informerer dem om, hvad børnene lærer, og hvordan de kan hjælpe børnene med at bruge de færdigheder, de lærer i forløbet.

Undersøgelsen viser en begrænset positiv effekt af begge indsatser, idet begge grupper forbedrer deres adfærd signifikant i tiden, fra indsatsen er påbegyndt, til den er afsluttet, på nogle af de valgte adfærdsmål. Det gælder ift. børnenes anvendelse af positive tanke-teknikker, og i børnenes evne til at udtrykke sig mere kontrolleret samt børnenes anvendelse af beroligende teknikker. Til sammenligning viser børn i kontrolgruppen, som ikke har modtaget nogen indsats, kun forbedring på et enkelt effektmål. Effekten opretholdes i nogle tilfælde i op til 2 år efter indsatsen. Der er ikke signifikante forskelle på effekten ift., hvor behandlingen finder sted. Resultaterne tyder dermed på, at børn kan drage nytte af denne type indsats både i og uden for skoleregi.

8.1.11 Multicomponent Competence Enhancement Intervention (MCEI)

Multicomponent Competence Enhancement Intervention (MCEI) er en 2-årig skolebaseret indsats afprøvet i USA, der er målrettet børn på 6-10 år med risiko for at udvikle alvorlige udadreagerende adfærdsproblemer (Braswell et al. 1996). Det overordnede mål med indsatsen er at gøre skole og hjem mere lydhøre over for børn med adfærdsforstyrrelser.

Indsatsen består af en børnekomponent, en forældrekomponent og en lærerkomponent. I børnekomponenten deltager børnene det første år i 18 skolebaserede gruppesessioner à 45-60 minutter og det andet år i 10 sessioner à 45-60 minutter. Børnene bliver i disse grupper trænet i blandt andet adfærdsfærdigheder, problemløsning, vredeskontrol og konfliktløsning. Forældrekomponenten består det første år af 9 gruppesessioner à 2 timers varighed og det andet år af 6 sessioner à 2 timers varighed. Forældregrupperne består blandt andet af oplæg, spørgsmålsrunder, rollespil og øvelser. Lærerkomponenten består det første år af to træningstimer à 2 timers varighed og 8 træningssessioner à 45 minutter. Det andet år deltager lærerne i én træning à 2 timers varighed, og 5 træningssessioner à 45 minutter. Lærerne bliver i løbet af disse sessioner informeret om ADHD og andre adfærdsforstyrrelser og behandlinger og fremgangsmåder til at håndtere og imødekomme disse.

Indsatsen har hverken påviselig effekt på børns hyperaktive adfærd eller udadreagerende adfærd.

8.1.12 School Survival – social-cognitive skills training

School survival er en skolebaseret indsats målrettet unge i 6.-7. klasse, der udviser så svære adfærdsproblemer i skolen, at de har risiko for at blive bortvist (Dupper & Krishef 1993). I et skoleperspektiv kan utilpasset skoleopførsel forstås som et resultat af en uoverensstemmelse mellem de tilpasningsfærdigheder, der er nødvendige for at elever kan klare sig i skolen, og de tilpasningsfærdigheder, som eleverne er i besiddelse af. Det antages derfor, at elever med adfærdsproblemer i skolen vil kunne drage fordel af skolebaserede interventioner, der ligger vægt på at lære eleverne specifikke færdigheder til at klare sig i skolen.

Indsatsen løber over 10 uger, hvor der afholdes ugentlige gruppesessioner à 45 minutter for børnene. Indsatsen er inddelt i 3 faser. Fase 1 (session 1-5) fokuserer på, at eleverne erhverver specifikke kognitive færdigheder. Rammen for fase 1 bygger til dels på Transactional Analysis, hvis kognitive værktøjer kan hjælpe unge til at blive mere opmærksomme på interpersonelle problemer i skolen og til at udvikle mere effektive problemløsningsstrategier. Fase 2 (session 6-7) fokuserer på, at eleverne lærer og implementerer problemløsningsprocesser. Fase 3 (session 8-10) fokuserer på, at eleverne erhverver specifikke færdigheder til at klare sig i skolen ved hjælp af modellering, rollespil, gruppefeedback og hjemmearbejde.

Indsatsen er afprøvet i USA i et mindre randomiseret kontrolgruppieforsøg. I studiet dokumenteres der hverken påviselig effekt af indsatsen i forhold til elevernes selvkontrol eller i forhold til elevernes opfattelse af, om de selv eller omverdenen er ansvarlige for deres handlinger. Selvom der måles signifikante forskelle mellem før og efter indsatsen på begge skalaer, måles der ingen signifikante forskelle mellem indsats- og kontrolgrupperne. Dette kan dog skyldes de relativt få elever, der indgår i undersøgelsen.

8.2 Virker skolebaserede indsatser over for lav selvkontrol?

Fire af de i alt 11 skolebaserede indsatser har en positiv effekt på forbedring af børns selvkontrol, fem indsatser har en begrænset positiv effekt på forbedring af børns selvkontrol, mens to indsatser ikke har nogen påviselig effekt på forbedring af børns selvkontrol.

Der ses ikke umiddelbart et klart mønster i, hvilke skolebaserede indsatser der har en positiv effekt på forbedringen af børns selvkontrol. De fire indsatser, der måles til at have en positiv effekt, er alle målrettede børn i de første tre-fem skoleår. De involverer alle både forældre og skole, og i et par af indsatserne samarbejder forældre med lærerne om udviklingen af deres børns selvkontrol. Det er dog også skolebaserede indsatser med disse karakteristika, der viser en begrænset positiv effekt.

De indsatser, der er kendetegnede ved, at forældre og lærere samarbejder om forbedringen af børnenes problemadfærd, viser i to studier en positiv effekt (PALS, the collaboration model), mens et studie kun viser effekt på børnenes udadreagerende og aggressive adfærd (PTAR).

De indsatser, hvor dele eller hele målgruppen har ADHD, har en positiv effekt eller en begrænset positiv effekt på adfærd, der er relateret til selvkontrol. Således viser studiet af EBT, hvor en del af deltagerne har ADHD, ODD og/eller CD, at indsatsen formindsker hyperaktiv og impulsiv adfærd, og sænker risikoen for at udvise kriterier for CD. På den anden side viser studiet af PTAR, hvor nogle af børnene har ADHD, en positiv effekt på indsatsgruppens udadreagerende og aggressive adfærd, mens der ikke måles en klar forbedring af indsatsgruppens hyperaktive adfærd eller selvkontrol. Studiet af The Multicomponent Program, hvor lærerne uddannes i at håndtere børn med ADHD, viser en positiv effekt på indsatsgruppens vredesudbrud og selvkontrol. Studiet af det 10 år lange Fast Track program viser, at indsatsen formindsker risikoen for at udvikle CD, ODD og ADHD for børn med meget høj risiko for at udvikle problemadfærd og/eller kriminel adfærd.

De studier, som ud fra en helhedsbetragtning vurderes at være af høj kvalitet, viser alle positive eller delvist positive resultater. De studier, hvor der ikke måles nogle signifikante effekter på forbedringen af børns selvkontrol, er omvendt kendetegnet ved at have nogle svagheder i deres undersøgelsesdesign. Således sammenlignes der i det ene studie ikke med en kontrolgruppe uden indsats, men derimod med en kontrolgruppe, der deltager i informationsmøder, ligesom indsatsgruppen gør (Braswell et al 1996). I det andet studie, hvor der ikke måles nogen signifikante forbedringer på børns selvkontrol i indsatsgruppen i forhold til kontrolgruppen, er der relativt få observationer, og det er muligt, at et højere antal observationer ville have vist en positiv effekt.

Der er ikke umiddelbart noget der tyder på, at indsatsernes længde har indflydelse på deres effekt.

Kapitel 9. Øvrige indsats typer

Dette kapitel præsenterer fem artikler, som omhandler fire primærstudier af indsatser, som det ikke har været muligt at placere i nogle af de øvrige kapitler. Indsatserne adskiller sig væsentligt fra de andre typer indsatser og er samtidig indbyrdes meget forskellige.

Kapitlet omhandler således så forskellige indsatser som kostændringer målrettet børn med ADHD, militærlignede boot camps målrettet unge med aggressiv adfærd og indlæringsproblemer samt en indsats, som består i kampsportstræning for drenge, som vurderes at have en høj risiko for at begå vold og kriminalitet. Endelig beskrives også et mentorprogram for børn i alderen 6-10 år med risikoadfærd.

9.1 Hvordan er de øvrige indsatstyper afprøvet?

Tabel 9.1 viser en oversigt over de i alt fem artikler, som omhandler af øvrige indsatstyper. Artiklerne præsenterer fire forskellige primærstudier.

Tabel 9.1 Oversigt over Øvrige indsatstyper

Indsats + Reference	Design + Kvalitetsvurdering	Mål-gruppe	Alder	Køn	Diagnose	Arena	Hvem leverer	Form	Længde (mdr.)	Resultat
The Elimination Diet Pelsser et al. 2008	RCT Mellem	Børn med ADHD	4-9	81 % drenge 19 % piger	ADHD	Andet	Anden fagperson	Individuel	2 mdr.	Positiv effekt
Boot camps Weis et al. 2005 Weis & Toolis 2009	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Høj	Unge med adfærdspobleme	16-18	68 % drenge 32 % piger	Ikke oplyst	Andet	Tværfagligt	Gruppe	5½ mdr.	Positiv effekt
Traditional Martial Arts course Zivin et al. 2001	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Drenge med høj risiko for at begå vold og kriminalitet	11-15	Drenge	Ingen diagnose	Skole/Udd.	Kampsportstræner (i disciplinen Kempo)	Gruppe	2½ mdr.	Begrænset positiv effekt
CHANCE mentor-program St. James-Roberts & Singh 2001	Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol Mellem	Børn med adfærdsmæssige sociale og følelsesmæssige problemer	6-10	78 % drenge 22 % piger	Ikke oplyst	Andet	Frivillige	Individuel	12 mdr.	Ingen påviselig effekt

9.1.1 Kostændringer målrettet børn med ADHD

Farmakologiske og psykosociale indsatser er de mest anbefalede og brugte til børn med ADHD. Kostændringer er et alternativ til disse traditionelle indsatser, der anvendes ud fra rationale om, at ændringer i kosten kan påvirke barnets adfærd (Pelsser et al. 2008). Udelukkelse af visse typer mad forventes således at kunne mindske ADHD-relateret adfærd. **The Elimination Diet** er et eksempel på en sådan kostomlægning, som er afprøvet i et studie i Holland. The Elimination Diet er afprøvet over syv uger opdelt to faser af hhv. to og fem uger: I de første to uger skal barnet spise som det plejer, mens forældrene skal føre en dagbog der kan give et billede af barnets mad, adfærd og aktiviteter. I de sidste fem uger skal barnet følge en individuelt sammensat diæt, der består af ris, kalkun, lam, grøntsager, frugt, margarine, grøntsagsolie, te, pærejuice og vand. Kontrolgruppen placeres på en venteliste og spiser normalt.

Der er i studiet foretaget tre målinger med henblik på at dokumentere effekten: Ved indsatsens begyndelse, på det tidspunkt hvor diæten begyndes, og efter diæten er afsluttet. Studiet viser, at the Elimination Diet har en meget positiv effekt på børn med ADHD. Således forbedrer indsatsgruppen deres ADHD-symptomer markant, ligesom hyperaktivitet og impulsiv adfærd hos børn i indsatsgruppen er signifikant begrænset i forhold til børn i kontrolgruppen.

De positive resultater af kostomlægning for børn med ADHD understøttes af en metaanalyse af fem forskellige studier af "udeladelsesdiæter" (Benton 2007). Resultaterne af metaanalysen viser, at diæter, hvor bestemte fødevarer udelades, gennemsnitligt har en moderat til stor effekt ift. at reducere hyperaktivitet hos børn. Det konkluderes, at nogle – men ikke alle – børn med ADHD reagerer negativt på bestemte fødevarer, og at mønstret varierer meget. Det er således meget forskelligt fra barn til barn, hvilke fødevarer der med fordel kan udelades. Hvede, mælkeprodukter og chokolade er blandt de fødevarer, som oftest er blevet påvist at være problematiske.

9.1.2 Boot camps

Militærlignende bootcamps, er en indsats der er målrettet unge med antisocial og aggressiv adfærd samt øvrige adfærdsproblemer som fx kronisk pjækkeri, frafald fra skolen eller misbrug (Weis et al. 2005; Weis & Toolis 2009). Deltagerne bor i løbet af den 22 uger lange behandling på et træningsakademi, hvor de både går i skole og dyrker motion. I de første to uger forberedes og tilpasses de unge til de fysiske og mentale krav fra militærmiljøet. Der lægges vægt på disciplin, adfærdskodeks og kondition. I løbet af de følgende 20 uger deltager de unge i militærlignende aktiviteter samt uddannelsesaktiviteter, der har til hensigt at forbedre deres uddannelsesmæssige, adfærds-mæssige og socio-emotionelle præstationer. De vigtigste komponenter i denne fase er, at de unge skal komme i form, opnå skolemæssige færdigheder, færdigheder til at begå sig på arbejdsmarkedet, opbygge lederevner og i det hele taget få færdigheder til at håndtere livet. De unge får desuden seksualundervisning samt viden om helbreds- og ernæringsmæssige forhold.

Indsatsen har i et studie i USA vist sig at have en positiv effekt for de unge, der gennemfører hele forløbet. Således har de unge, der gennemfører hele forløbet et signifikant fald i udadreagerende, aggressiv og hyperaktiv adfærd samt symptomer på CD. Ved forløbets afslutning har 71 % af de unge, der gennemfører programmet, en grad af udadreagerende adfærd, der ligger inden for det normalområdet. Det samme gælder for 52 % af de deltagere, der ikke fuldfører hele programmet, og 40 % af kontrolgruppen. Ved den opfølgende måling seks måneder efter programmets afslutning har de deltagere, der fuldfører programmet, en signifikant mindre grad af udadreagerende adfærd end de unge i kontrolgruppen. Der er dog ikke noget, der tyder på, at effekten vedligeholdes på længere sigt, idet der ikke måles nogle signifikante forskelle på graden af udadreagerende adfærd ved en opfølgende måling tre år efter indsatsens afslutning.

Det bemærkes, at en systematisk Campbell forskningsoversigt, som senest blev opdateret i 2008 og indeholder en metaanalyse af i alt 43 eksperimentelle studier af boot camp-lignende indsatser, viser, at boot camps ingen effekt har i forhold til at forhindre tilbagefald til kriminalitet (Wilson et al. 2008). Dette anses for at være en væsentlig oplysning i denne sammenhæng, også selvom forskningsoversigten principielt falder uden for kortlægningens fokus, idet der ikke er set på effekter ift. lav selvkontrol.

9.1.3 Traditionel kampsportstræning

Et studie fra USA har undersøgt effekten af traditionel kampsportstræning ift. at reducere voldelig adfærd hos drenge i alderen 11-15 år (Zivin et al. 2001). Den anvendte træning, **Kog Ha Kosho Shorei Ryu Kempo**, er oprindeligt udviklet til at træne unge drenge i gamle klostre. Træningen hviler på buddhistiske og taoistiske principper, hvor målet er at udvikle en respektfuld attitude, fysiske færdigheder, spirituel klarhed og at forstå sin egen krop og fysik. I træningen indgår også meditations- og vejrtrækningsteknikker. Rationalet bag indsatsen er således, at kampsportstræning kan være et middel til at begrænse voldelig adfærd og ændre det tankemønster, der ligger bag voldelig og kriminel adfærd. Studiet omfatter af en indsatsgruppe, der modtager kampsportstræning i 2½ måned og en kontrolgruppe, der først senere modtager kampsportstræning. Drengene er matchet på voldelig adfærd og upassende social adfærd. 32 drenge modtager kampsportstræning i et semester, mens 28 er på venteliste.

I studiet ses en begrænset positiv effekt. Ved den første måling kan der ikke registreres nogen signifikante ændringer fra startmåling til slutmåling hos hverken indsatsgruppen eller kontrolgruppen. Det kan imidlertid skyldes det forholdsvis lave antal deltagere. Et større datagrundlag giver en bedre statistisk udsigelseskraft, og derfor har man i studiet valgt at lægge målingerne af hhv. gruppe A og B sammen, efter at B har modtaget indsatsen. På dette grundlag findes en signifikant forbedring af de unges selvkontrol: I de sammenlagte resultater viser det sig, at lærerne rapporterer en signifikant forbedring hos de unge i form af reduktioner i graden af impulsivitet, upassende social adfærd og de unges tilbøjelighed til at modsætte sig regler, når der sammenlignes med målingerne fra kontrolgruppen.

9.1.4 Projekt CHANCE – mentorprogram for 6-10-årige

Project **CHANCE** er et mentorprogram, der er målrettet børn i alderen 6-10 år. CHANCE er afprøvet i et matchet kontrolgruppeforsøg i England (St. James-Roberts & Singh 2001). Udgangspunktet for indsatsen er, at mange af de sociale risikofaktorer, der ligger til grund for kriminel adfærd senere i livet, kan identificeres allerede tidligt i barndommen. Samtidig viser undersøgelser, at det nogle gange er muligt at "omvende" børnene, så de ikke ender i en kriminel løbebane. Målet med programmet er at forebygge en potentiel udvikling hen imod antisocial adfærd, social eksklusion og kriminel adfærd. Det gøres ved, at børn med risikoadfærd tildeles en mentor, som har jævnlig kontakt med barnet og dermed mulighed for at sætte ind, før problemerne rodfæstes, ved at støtte børnene og lede dem væk fra deres problemadfærd.

CHANCE bygger på, at frivillige melder sig til at have kontakt med et barn. Mentorerne er således ikke professionelle, men får træning i, hvordan de kan hjælpe børnene. Mentorerne er 25-40 år gamle og 80 % er kvinder. Et typisk mentormøde varer 2-4 timer om ugen med et samlet gennemsnit på 120 timer om året. De mest almindelige aktiviteter er gåture, sport, parkaktiviteter, biografbesøg, teater, zoologisk have, biblioteksbesøg eller museer, samt hjemmeaktiviteter som madlavning (somme tider hos mentoren), puslespil, spille computer, lektier, andre aktiviteter eller bare snak. Nogle få mentorer involverer deres mentee i aktiviteter med deres egne børn. De fleste mentorer har også kontakt med deres mentee's mor.

Det engelske studie af CHANCE viser ingen påviselig effekt. Således viser både indsats- og kontrolgruppen signifikante forbedringer på CD-relaterede problemer og hyperaktiv adfærd efter ca. et års mentorforløb, men der er ingen signifikante forskelle mellem grupperne. Det kan skyldes flere ting. En systematisk Campbell forskningsoversigt påpeger det metodiske forhold, at der som regel findes større effektstørrelser ved lodtrækningsforsøg end ved matchede kontrolgruppeforsøg (Tolan et al. 2008). Samtidig viser en aktuel systematisk kortlægning mange forskellige mentorindsatser fra Det Kriminalpræventive Råd, at mentorindsatser generelt har størst effekt for de 11-14-årige, mens CHANCE er målrettet en yngre aldersgruppe (Christiansen 2012). På den anden side viser samme oversigt også, at mentorprogrammer med ugentlige møder af flere timers varighed, mindst et års forløb samt støttende relationer mellem mentor og mentee – alle karakteristika for CHANCE – har de mest lovende resultater (ibid.).

Campbell forskningsoversigten viser, at mentorordninger gennemsnitligt har en moderat effekt ift. målgruppens aggressive adfærd, selvom resultaterne af de enkelte studier varierer en del (Tolan et al. 2008). I Det Kriminalpræventive Råds systematiske oversigt indgår ligeledes studier af mentorindsatser, de peger på en forbedring af målgruppens aggressive adfærd. Eksempler herpå er en mentorindsats i Københavns Kommu-

ne for kriminalitetstruede unge på 10-17 år kaldet Den Korte Snor, som bidrager til at mindske konflikter i familien, samt en gruppebaseret mentorindsats, hvor en rådgiver faciliterer gruppediskussioner om de unges liv og lokalsamfundet, som ligeledes viser en positiv effekt på de unges selvrapporterede adfærd og attituder (Christiansen 2012).

9.2 Virker andre typer indsatser over for lav selvkontrol?

Indsatserne i dette kapitel er vidt forskellige, ligesom de også er målrettet meget forskellige grupper af børn og unge. Indsatserne viser også meget forskellige resultater i forhold til lav selvkontrol: Kostomlægninger kan potentielt være et virkningsfuldt alternativ eller supplement til farmakologiske og psykosociale indsatser for børn med ADHD, men skal tilpasses det enkelte barn, da der ikke ser ud til at være et generelt mønster i, hvilke fødevarer der kan være problematiske. Boot camps ser ud til umiddelbart at kunne bidrage til at mindske udadreagerende adfærd hos unge, men effekten opretholdes ikke over tid. Samtidig viser en systematisk forskningsoversigt fra Campbell, at boot camps ingen effekt har i forhold til at hindre tilbagefald til kriminalitet. Træning i traditionel kampsport kombineret med meditations- og vejtrækningsøvelser viser positive effekter, som dog først vist sig statistisk signifikante ved en sammenlægning af resultaterne for to tidsforskudte indsatsgrupper. Der er ikke påvist nogen effekt af mentorprogrammet CHANCE i forhold til lav selvkontrol.

Fælles for disse indsatser er, at der for hver af dem kun indgår et enkelt studie af indsatsens effekt i kortlægningen, og at ingen af dem er afprøvet i Danmark eller andre skandinaviske lande. Der er således uvist, om de vil vise sig tilsvarende virkningsfulde over for lav selvkontrol ved gentagne undersøgelser i andre kontekster. Ligeledes bemærkes det, at der blandt nordiske forskere og fagfolk er en vis skepsis at spore over for både kostomlægninger, kampsportstræning og boot camps i arbejdet med at styrke selvkontrol hos børn og unge (se fx Olweus & Endresen 2005).

Kapitel 10. Metode og datagrundlag

I det følgende beskrives først den metodiske fremgangsmåde i kortlægningen: Kriterier for inklusion og eksklusion, udvikling og kvalificering af søgestrategien samt fremgangsmåde ift. screening, kodning og tværgående analyse af de inkluderede studier.

Efterfølgende gives et overblik over det samlede datagrundlag, herunder studierne fordeling på årstal, lande, undersøgelsesdesign, kvalitetsvurdering mv., ligesom der gives en oversigt over de væsentligste årsager til, at identificerede studier er blevet ekskluderet ved nærmere gennemlæsning.

10.1 Kriterier for inklusion og eksklusion

Følgende kriterier for inklusion og eksklusion har fungeret som gennemgående rettesnor for udarbejdelsen af kortlægningen:

Målgruppe

Der er søgt efter indsatser rettet mod børn og unge i alderen 7-17 år, som har problemer med lav selvkontrol, temperamentsfuldhed, impulsivitet eller lignende og dermed er i risiko for at begå kriminalitet eller allerede har begået kriminalitet.

- Fokus er på selektive og indikerede indsatser. Universelle forebyggelsesindsatser rettet mod hele eller dele af befolkningen, fx kampagner eller opsøgende arbejde på skoler, er ikke medtaget.
- Indsatser, som udelukkende omhandler børn under 7 år eller unge/voksne over 18 år er heller ikke medtaget.

Indsatstyper

Kortlægningen inkluderer indsatser af såvel psykologisk, social og fysisk karakter, som er målrettet vanskeligheder i forhold til lav selvkontrol eller tilsvarende adfærdsproblemer, fx impulsivitet, temperamentsfuldhed, aggressivitet, hyperaktivitet eller antisocial adfærd.

- Der skal være målt på indsatsens effekt på en af ovennævnte faktorer hos målgruppen.
- Indsatser, som er målrettet børn med diagnoser som ADHD, ODD eller CD er medtaget, såfremt ovenstående kriterium er opfyldt.
- Indsatser, som alene eller langt overvejende består af farmakologisk behandling, indgår ikke.
- Primære forebyggelsesindsatser indgår ikke
- Indsatser, hvor konteksten for indsatsen adskiller sig væsentligt fra en dansk kontekst indgår ikke (Eksempler herpå er et amerikansk studie, som specifikt omhandler særlige problemstillinger ift. afro-amerikanske piger i amerikanske storbyer eller et studie, hvor indsatsen var særligt tilrettelagt ift. lokal kultur og traditioner på Hawaii)
- Studier, hvor indholdet i indsatsen ikke er nærmere beskrevet, er ligeledes fravalgt.

Forskningsdesign

Alle studier er i forbindelse med screeningen blevet indplaceret på den bredt anerkendte Scientific Methods Scale (SMS-skalaen), som er et videnshierarki med forskellige niveauer baseret på forskningsdesign. Skalaen benyttes også i forbindelse med udarbejdelse af systematiske forskningsoversigter inden for The Campbell Collaboration. Primærstudier indplaceres her på en skala fra 1-5 alt efter deres evne til at påvise årsags-sammenhæng mellem indsats og effekt (se fx Christiansen 2012).

Niveau 5 er det højeste trin og dermed det stærkeste udsagn om, hvorvidt en målt effekt kan tilskrives den givne indsats. Her findes lodtrækningsforsøg (Randomized Controlled Trial). Niveau 4 er kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol (kvasi-eksperimentelle studier), mens niveau 3 er kontrolgruppeforsøg, hvor der ikke kontrolleres for betydningen af andre faktorer. Før- og eftermålinger samt eftermålinger befinder sig på hhv. niveau 2 og 1 kan ikke sige noget om kausalitet, men alene pege på lovende tendenser.

- Som hovedregel er der i nærværende sammenhæng krævet en placering på niveau 4 eller 5 – dvs. alene kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol eller lodtrækningsforsøg indgår i kortlægningen.
- For indsatser, som er afprøvet i Skandinavien, er der dog også blevet inkluderet øvrige typer forskningsdesign af tilstrækkelig høj kvalitet, i det omfang, dette er fundet relevant.

Table 10.1 Scientific Methods Scale

Term	SMS niveau	Definition
Lodtrækningsforsøg (RCT)	5	Måler inden og efter indsatsen og sammenligner med en kontrolgruppe, hvor fordelingen af deltagere i indsats- og kontrolgruppe er tilfældig.
Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol	4	Måler inden og efter indsatsen og sammenligner med en kontrolgruppe og undersøger (kontrollerer for) andre fænomener, som kunne påvirke effekten.
Kontrolgruppeforsøg	3	Måler inden og efter indsatsen og sammenligner med en gruppe uden indsats, hvor fordelingen af deltagere mellem de to grupper ikke er tilfældig men fx opstået af administrative forhold. Der kontrolleres ikke for andre faktorer.
Før- og eftermåling	2	Måler givne forhold i en gruppe før og efter en indsats.
Statistisk analyse med kontrol	1	Undersøger udfaldet af en indsats og kontrollerer statistisk for betydningen af andre påvirkninger samt baggrundsvariable som fx køn, alder, familiemæssige eller økonomiske forhold. Kan sige noget om korrelation mellem indsats og effekt, men ikke om kausalitet.

Ud over primærstudier inkluderer kortlægningen også systematiske forskningsoversigter, som omfatter metaanalyser af flere kvantitative studier og dermed har endnu højere udsigelseskraft. De kortlagte metaanalyser er inddraget som perspektivering i forbindelse med de dybdegående analyser af primærstudierne inden for de forskellige indsatstyper, i det omfang de har vist sig relevante. I den forbindelse er der lagt særlig vægt på at inddrage resultaterne af Cochrane og Campbell reviews, som typisk er baseret på en langt mere omfattende litteratursøgning end andre metaanalyser og reviews og er udarbejdet på grundlag af strenge krav til systematik og transparens.

Kvalitetsvurdering

Et videnshierarki baseret på forskningsdesign siger kun noget om forskningens *potentielle* udsigelseskraft. Den egentlige udsigelseskraft afhænger i høj grad af forskningens kvalitet. En enkelt statistisk analyse af høj kvalitet har således en større udsigelseskraft end et dårligt udført kontrolgruppeforsøg. Der er således foretaget en kvalitetsvurdering af hvert enkelt af de identificerede studier. Kvalitetsvurderingen er sket ud fra en helhedsbetragtning. Følgende faktorer indgår i helhedsvurderingen af et givent studies kvalitet:

- Antal deltagere i indsats- og kontrolgruppe
- Andel gennemførte/frafaldne deltagere
- Sammenhæng mellem datagrundlag og konklusioner
- Tidsperspektiv/opfølgende målinger
- Grad af transparens i afrapporteringen
- Forfatterens refleksioner over metodiske udfordringer
- Tilstrækkelige oplysninger om indhold/implementering af indsats.

Det enkelte studie er vurderet til at være af hhv. "høj", "medium" eller "lav" kvalitet. Kun studier, som ud fra en helhedsbetragtning i relation til kortlægningens fokus og formål er blevet vurderet til at være af medium eller høj kvalitet, er inkluderet i kortlægningen.

Tid

Kortlægningen inkluderer alene artikler, som er udgivet fra 1990 og frem.

10.2 Fremgangsmåde

Udviklingen af ovenstående kriterier og operationaliseringen heraf i en konkret søgestreng er sket i tæt dialog med Det Kriminalpræventive Råd. Herudover har Terje Ogden, professor, ph.d. og forskningschef ved Atferdssenteret i Norge bidraget til kvalificering af søgestrategien inklusive valget af relevante kilder. I det følgende beskrives den konkrete fremgangsmåde i forbindelse med søgeprocessen og den efterfølgende screening, kodning og analyse af søgeresultaterne.

10.2.1 Kvalificering af søgestreng

Som led i kvalificeringen af søgestrengen har Oxford Research gennemført en række testsøgninger med henblik på at finde frem til de mest relevante søgeord og den mest hensigtsmæssige sammensætning af disse i søgestrengene. Testsøgningerne er gennemført i databaserne ERIC og Sociological Abstracts samt PsycINFO (sammensøgt via ProQuest).

I forbindelse med testsøgningerne er der samtidig foretaget en afsøgning af databasernes tilhørende synonymordbog (thesaurus), som indeholder definitioner og synonymer for en lang række ord og begreber, som anvendes i databasernes registreringer. Denne afsøgning har resulteret i såvel tilføjelser som udeladelser af bestemte søgeord.

Søgeordene er grupperet i forskellige "klynger", alt efter som de relaterer sig til målgruppekarakteristika (alder og risikofaktorer), indsatskarakteristika (type), undersøgelseskarakteristika (effektmåling) eller tjener til afgrænsning ift. kortlægningens fokus. De enkelte søgeord i en gruppe kædes sammen med den logiske operator "OR" for at markere, at blot ét af ordene ønskes, mens hver gruppe af søgeord kædes sammen med den logiske operator "AND" for at markere, at teksten (abstract) SKAL indeholde mindst ét søgeord fra hver gruppe.

Alle søgeord er desuden gennemgået med henblik på at sikre, at der trunkeres, hvor dette er relevant, således at alle relevante endelser af et ord medtages i søgningen – fx dækker søgeordet *assess** således både over *assess*, *assesses*, *assessment*, *assessments* og *assessing*, mens *delinquen** både dækker over *delinquent* og *delinquency* og "*emotion* regulation*" også dækker "*emotional regulation*". Herudover anvendes wildcard karakteren "?" for at indfange både amerikansk og britisk stavemåde af *behavi?or*.

Tilpasningen af søgeord og søgestrengene er foretaget på engelsk. Der er dog indledningsvist taget udgangspunkt i danske søgeord, som er fremkommet via en udspecificering af ovenstående kriterier vedr. hhv. målgruppe, indsats og indsatseffekt og herefter er oversat og bearbejdet på engelsk. Oversættelser til svensk og norsk (med henblik på søgning på relevante hjemmesider) er kvalitetssikret af personer med hhv. svensk og norsk som modersmål.

10.2.2 Kilder

Der er foretaget systematiske litteratursøgninger på titler/abstracts i følgende videnskabelige databaser med udgangspunkt i samme søgestreng:

- Sociological Abstracts
- PsycINFO
- ERIC
- socINDEX
- Criminal Justice Abstracts
- PubMed

- The Cochrane Library
- The Campbell Library

Hvor det er muligt, er der foretaget samsøgning i overordnede databaser, som dækker flere faglige databaser og kontrollerer for dubletter (ProQuest og EBSCOhost).

Da det generelt ikke kan antages, at programmer som har vist sig effektive i ét land, umiddelbart kan overføres til andre lande¹⁰, er der lagt særlig vægt på at søge efter indsatser, som er afprøvet i de skandinaviske lande. Følgende hjemmesider er således også blevet afsøgt for relevante studier eller referencer til studier:

- Cristin.no (Current Research Information System in Norway)
- Kunnskapssenteret.no
- EPPI-Centre/Evidence Library
- Evidencebasedprograms.org (Coalition for Evidence-Based Policy)
- Forskningsdatabasen.dk
- National Criminal Justice Reference Service (NCJRS)
- NORART(Norske og nordiske tidsskriftartikler via Norges Nasjonalbibliotek)
- SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
- Social Science Research Network (SSRN)
- Socialstyrelsen.se
- Ungsinn.no.

10.2.3 Screening og kodning

Den systematiske litteratursøgning i ovennævnte videnskabelige databaser og hjemmesider resulterede i over 6.000 søgeresultater. Alle søgeresultater blev herefter screenet på titel og abstract mhp. at vurdere deres relevans for den videre analyse. Screeningen er sket på baggrund af de overordnede kriterier for inklusion og eksklusion:

- Undersøgelsesdesign
- Målgruppe
- Indsatstype

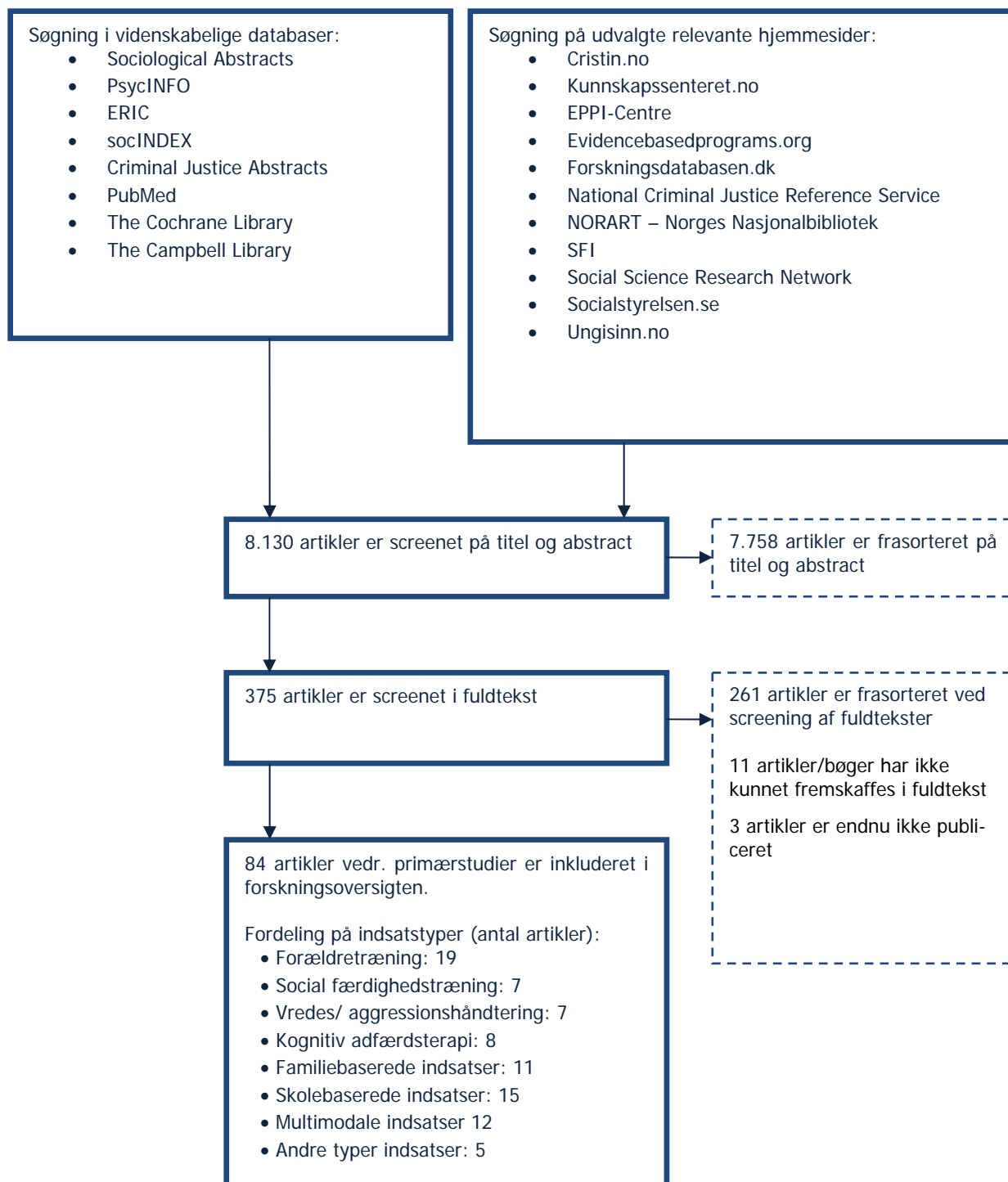
De studier, som umiddelbart så ud til at leve op til alle tre kriterier, hvilket vil sige, at de både havde et relevant undersøgelsesdesign og omhandlede en relevant indsatstype over for en relevant målgruppe, blev indført i en database oprettet til formålet. I tvivlstilfælde blev det pågældende studie medtaget i databasen til en grundigere vurdering.

Den indledende screening af titler og abstracts førte til, at cirka 350 artikler i første omgang blev inkluderet. Efter at have fremskaffet fuldtekster, blev disse gjort til genstand for en nærmere gennemlæsning og vurdering af det enkelte studies relevans. Såfremt et studie er blevet ekskluderet i forbindelse med kodningen, er årsagen hertil noteret i databasen. Databasen indeholder således alle de inkluderede artikler såvel som en selvstændig oversigt over, hvilke artikler der er blevet ekskluderet og den primære årsag hertil. I alt indgår 84 artikler vedr. primærstudier samt 16 metaanalyser i nærværende kortlægning.

Figur 10.1 er et såkaldt "flowchart", der viser antallet af søgeresultater og processen ift. inklusion eller eksklusion af de identificerede artikler.

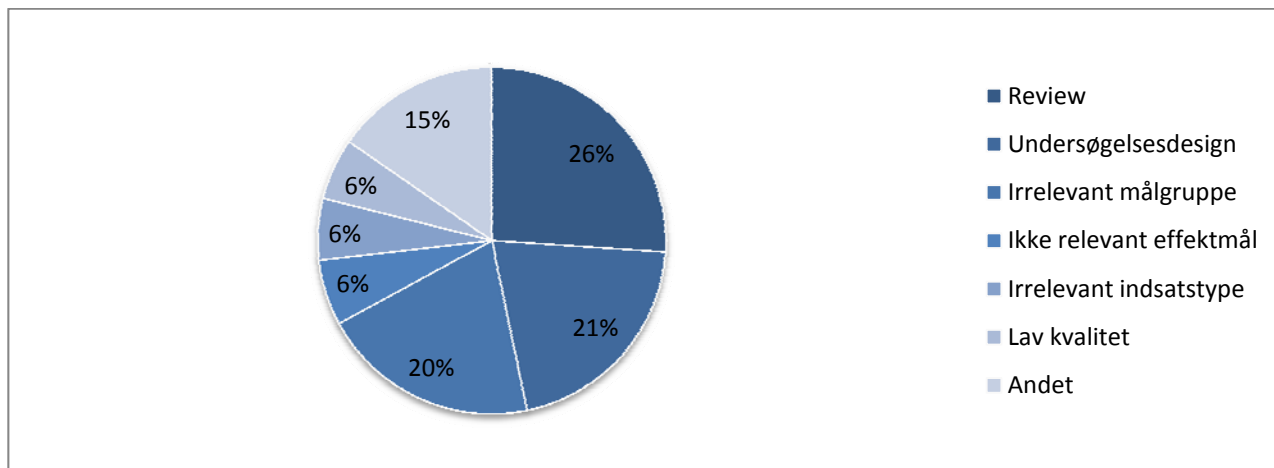
¹⁰ Der kan fx være store forskelle på opdragelsespraksis mellem lande, hvilket kan have betydning for relevansen og effekten af indsatser rettet mod forældrenes håndtering af barnet, som er udviklet i et bestemt land i en bestemt kulturel kontekst (jf. fx Thorell 2009).

Figur 10.1. Søge- og eksklusionsproces



Nedenstående figur viser en oversigt over de primære årsager til, at artikler/studier er blevet ekskluderet ved nærmere gennemlæsning.

Figur 10.2 Primære årsager til eksklusion



N = 261 (Review 68, Undersøgellesdesign 54, Irrelevant målgruppe 53, Ikke relevant effektmål 16, Irrelevant indsatsstype 15, Lav kvalitet 15, Andet 40)

De inkluderede artikler er alle kodet/genbeskrevet i forhold til en lang række variable på baggrund af fuldtekster. Herefter er der gennemført tværgående analyser af de beskrevne primærstudiers karakteristika såvel som dybdegående analyser på tværs af primærstudier inden for hver indsatsstype, jf. kapitel 2-9. Samlet set giver kortlægningen således både et overblik over omfanget og karakteren af den eksisterende viden inden for kortlægningens formål og fokus såvel som en nærmere analyse af, hvilke typer indsatser der ser ud til at kunne styrke børns og unges selvkontrol og/eller reducere udadreagerende og aggressiv adfærd.

Kvalitetsvurderingen af studier har som ovenfor beskrevet først og fremmest tjent som en selektionsmekanisme, men er også inddraget i de tværgående analyser, idet studier, som er vurderet til at være af høj kvalitet, i de tværgående analyser har fungeret som en slags "pejlemærker" for robustheden af den samlede vurdering. Det er således noteret, hvorvidt der er overensstemmelse mellem resultaterne af studierne af høj kvalitet og den samlede opsummering af resultaterne på tværs af studier inden for en given kategori. Det bemærkes dog, at der inden for de forskellige kategorier af indsatser i nogle tilfælde er tale om en forholdsvis høj grad af heterogenitet, hvorfor den tværgående analyse mere har karakter af en opsummering og ikke en samlet syntese, hvis resultat meningsfuldt kan holdes op imod udvalgte studier (det gælder fx skolebaserede indsatser samt øvrige typer indsatser).

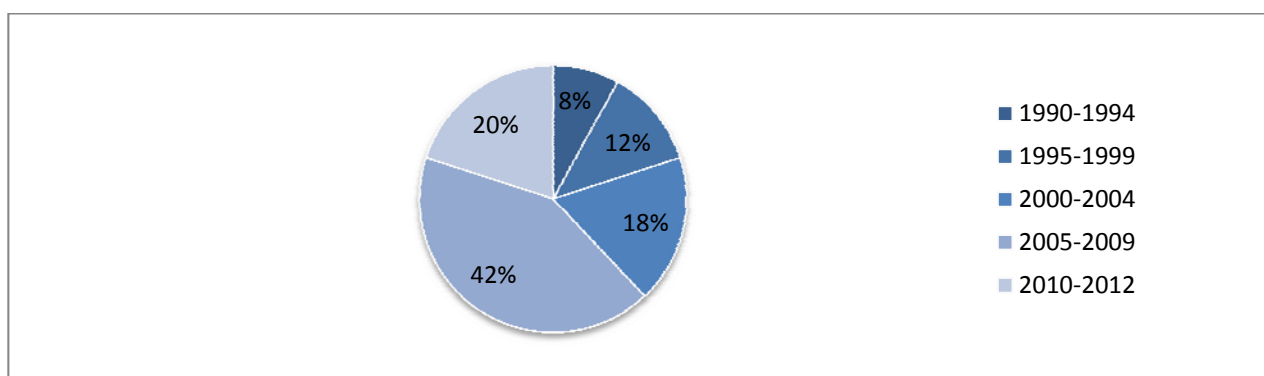
Det bemærkes, at der ikke er gjort forsøg på at sammenligne effekter på tværs af indsatstyper, da dette ikke anses for hverken muligt eller forsvarligt ud fra det givne datamateriale. En sådan øvelse ville kræve en statistisk metaanalyse og et mere snævert fokus i screeningen og kodningen af indsatser. Derudover skal selv standardiserede effektstørrelser altid tolkes i relation til den givne indsats. En lille effektstørrelse kan således have stor klinisk signifikans i nogle tilfælde, mens der er i andre sammenhænge kræves store effektstørrelser for, at der kan siges at være tale om en reel udvikling.

10.3 Datagrundlag

Nedenfor følger en række figurer, som illustrerer centrale karakteristika ved de inkluderede artikler: Fordeling på årstal og kilder samt kvalitetsvurdering.

Figur 10.3 viser samtlige inkluderede artiklers fordeling på årstal (inklusive metaanalyser). Størstedelen, nemlig 42 %, er publiceret i 2005-2009. Sammenlagt en femtedel af artiklerne er publiceret før år 2000, og en femtedel er publiceret i løbet af de seneste to år (2010-2012).

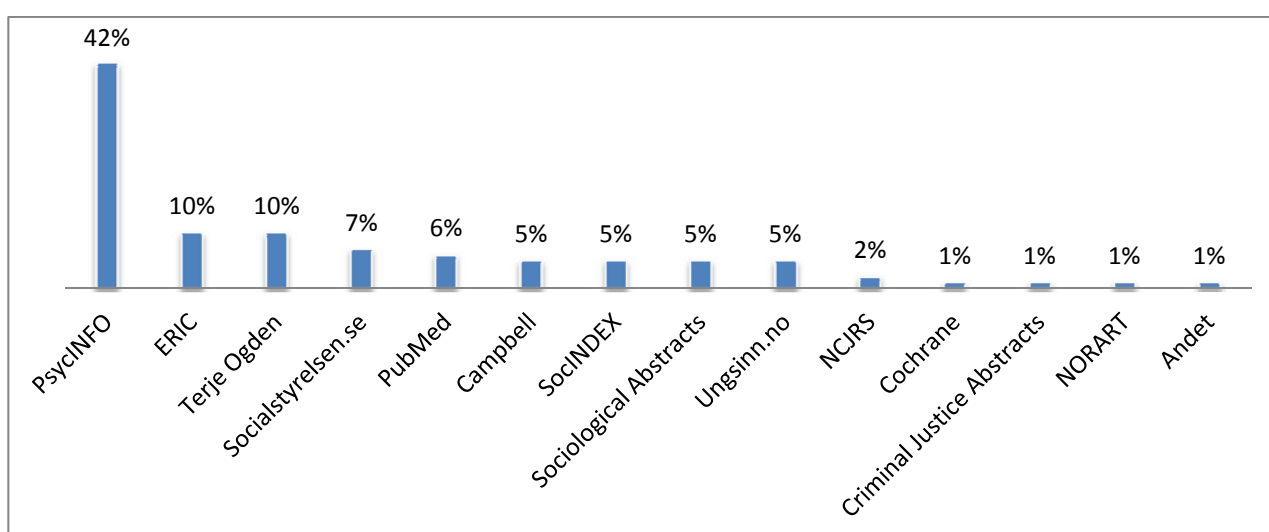
Figur 10.3 De inkluderede artiklers fordeling på årstal



N = 100 (1990-1994 8 artikler, 1995-1999 12 artikler, 2000-2004 18 artikler, 2005-2009 42 artikler, 2010-2012 20 artikler)

Figur 10.4 illustrerer, hvordan artiklerne fordeler sig på de forskellige kilder, som er afsøgt i forbindelse med litteratursøgningen (inklusive metaanalyser). Lidt under halvdelen stammer fra den psykologiske database PsycINFO, mens 10 % stammer fra den pædagogiske database ERIC og 10 % fra Terje Ogden. 7 % er fundet via den svenske socialstyrelse og 6 % via den sundhedsvidenskabelige database PubMed. 5 % kommer fra Campbell, SociINDEX, Sociological Abstracts og Ungsinn.no, 2 % fra NCJRS, 1 % fra Cochrane, Criminal Justice Abstracts og NORART, og 1 % fra Andet.

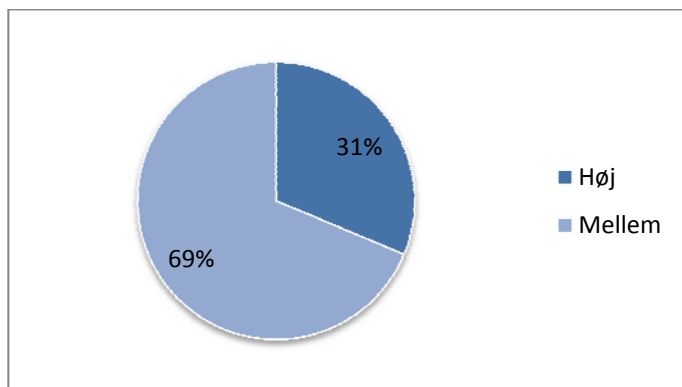
Figur 10.4 De inkluderede artiklers fordeling på kilder



N = 100 (PsychINFO 41, ERIC 10, Terje Ogden 10, Socialstyrelsen.se 7, PubMed 6, Campbell Collaboration 5, SocINDEX 5, Sociological Abstracts 5, Ungsinn.no 5, NCJRS 2, Cochrane 1, Criminal Justice Abstracts 1, NORART 1, Andet 1)

Figur 10.5 viser kvalitetsvurderingen af de enkelte artikler, som omhandler primærstudier (eksklusive meta-analyser). Kvalitetsvurderingen er foretaget af hver enkelt artikel, også selvom nogle artikler omhandler samme studie, idet der fx kan opstå kvalitetsproblemer ved opfølgende målinger, ligesom kvaliteten i afrapporteringen af forskellige aspekter af samme studie kan variere. 69 % af artiklerne har fået kvalitetsvurderingen "Mellem", mens 31 % har fået kvalitetsvurderingen "høj".

Figur 10.5 De inkluderede artiklers fordeling ift. kvalitetsvurdering



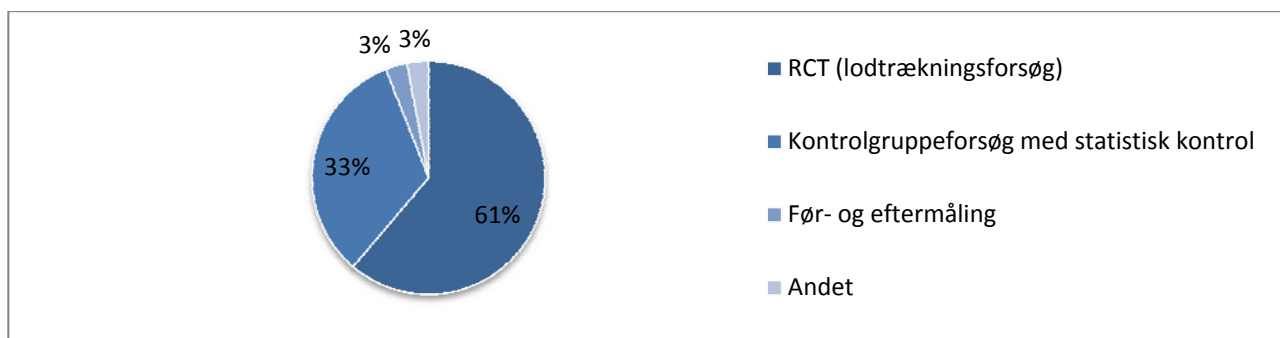
N = 83 ("Høj" 26, "Mellem" 57). Helgesen (2005) er ikke kvalitetsvurderet, da artiklen præsenterer praksiserfaringer.

10.3.1 Karakteristika ved de kortlagte indsatser

De følgende figurer giver et tværgående billede af de kortlagte indsatser, hhv. hvordan de er undersøgt, i hvilke lande, hvordan de fordeler sig på arenaer, hvem der leverer indsatserne, og hvilke målgrupper de retter sig imod.

Figur 10.6 nedenfor viser, hvordan indsatserne er undersøgt i form af de 67 inkluderede studiers fordeling på undersøgelsesdesign. Som det fremgår, er 61 % af primærstudierne lodtrækningsforsøg, mens en tredjedel er kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol.

Figur 10.6 De inkluderede studiers fordeling på undersøgelsesdesign

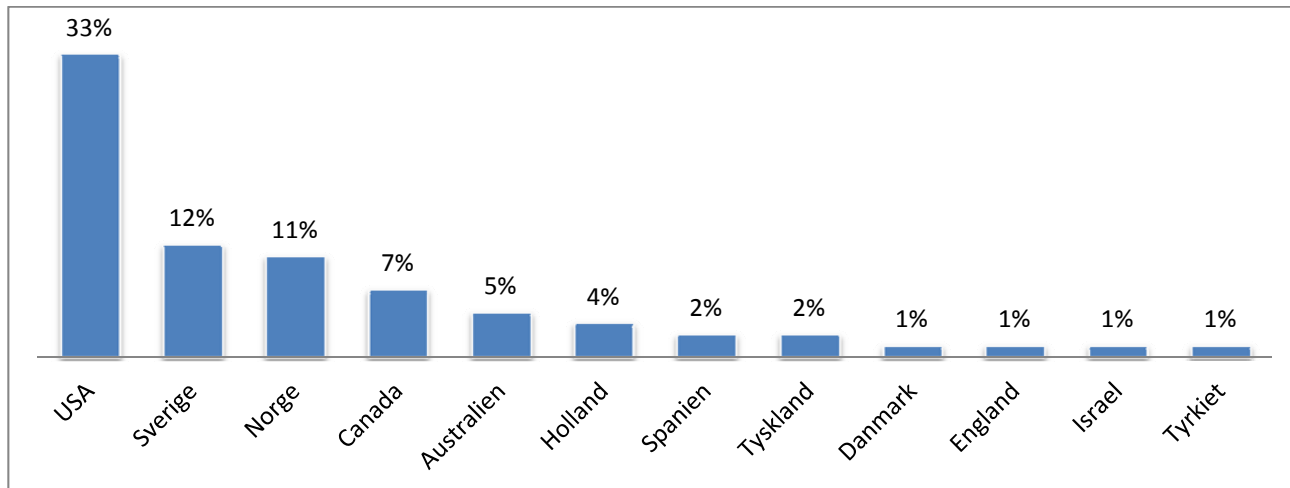


N = 67 (RCT (lodtrækningsforsøg) 41, Kontrolgruppeforsøg med statistisk kontrol 22, Før- og eftermålinger 2, Andet 2)

Figur 10.7 viser, hvordan de 67 inkluderede studier fordeler sig på lande. Som det ses, er størstedelen af indsatserne i kortlægningen afprøvet i USA, men næsten en fjerdedel er afprøvet i Norge og Sverige. 7 % er

afprøvet i Canada og 5 % er afprøvet i Australien, mens 4 % er afprøvet i Holland. En enkelt indsats er afprøvet i Danmark. Herudover er studierne gennemført i Spanien, Tyskland, England, Israel og Tyrkiet.

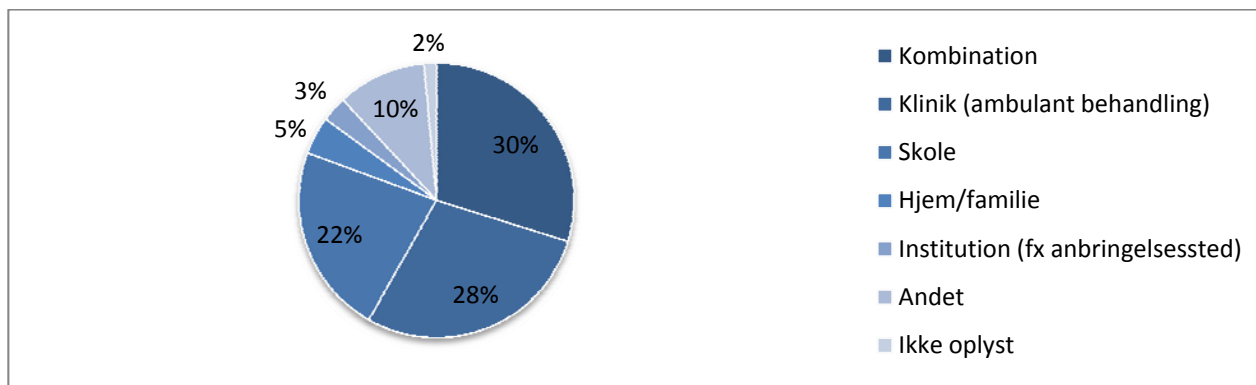
Figur 10.7 De inkluderede studiers fordeling på lande



N = 67 (USA 27, Sverige 10, Norge 9, Canada 6, Australien 4, Holland 3, Spanien 2, Tyskland 2, Danmark 1, England 1, Israel 1, Tyrkiet 1)

Figur 10.8 viser et overblik over, hvor indsatserne finder sted. 30 % leveres på flere forskellige arenaer, mens 28 % finder sted på en klinik. 22 % finder sted på barnets skole, mens 5 % finder sted hjemme hos familien. 3 % finder sted på en institution, men 10 % foregår andre steder.

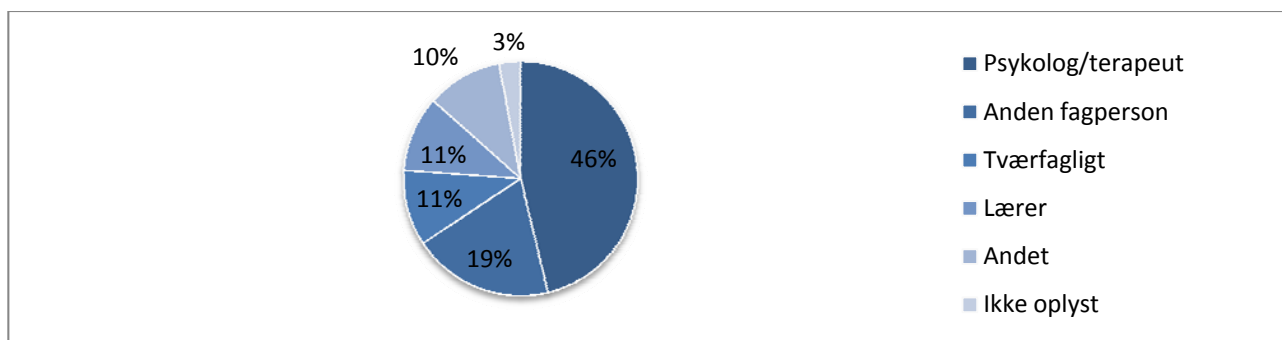
Figur 10.8 Hvor finder indsatserne sted



N = 67 (Kombination 20, Klinik 19, Skole 15, Hjem/familie 3, Institution 2, Andet 7, Ikke oplyst 1)

Figur 10.9 viser, hvem der leverer indsatserne. 46 % af indsatserne leveres af en uddannet psykolog eller terapeut, som har modtaget træning i den pågældende indsats. 19 % leveres af en anden fagperson, 11 % er tværfaglige og inkluderer således flere forskellige fagpersoner, og 11 % leveres af en lærer.

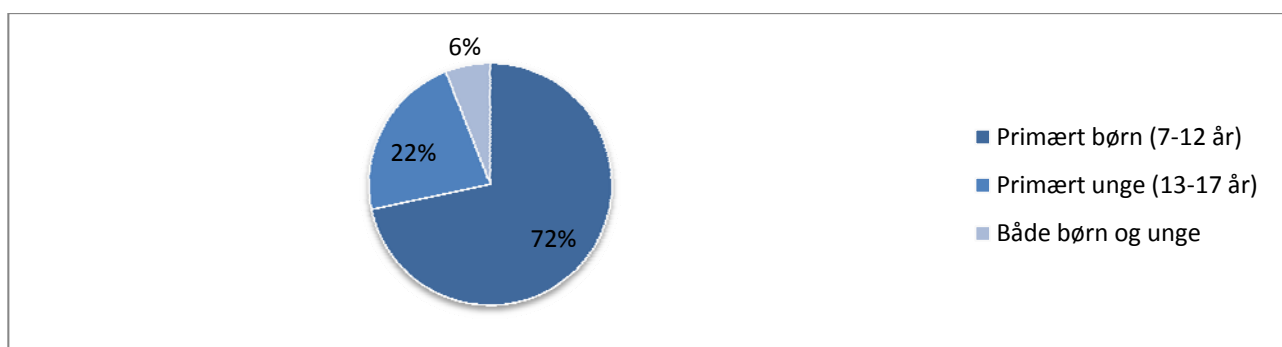
Figur 10.9 Hvem leverer indsatserne i kortlægningen?



N = 67 (Psykolog/terapeut 31, Anden fagperson 13, Tværfagligt 7, Lærer 7, Andet 7, Ikke oplyst 2)

Figur 10.10 viser, hvilke aldersgrupper indsatserne retter sig imod. Som det fremgår, er langt de fleste indsatser primært rettet mod børn op til 12-års-alderen. Det gælder således for 72 %. 22 % er primært rettet mod unge fra 13 år og opefter, mens 6 % er rettet mod både børn og unge.

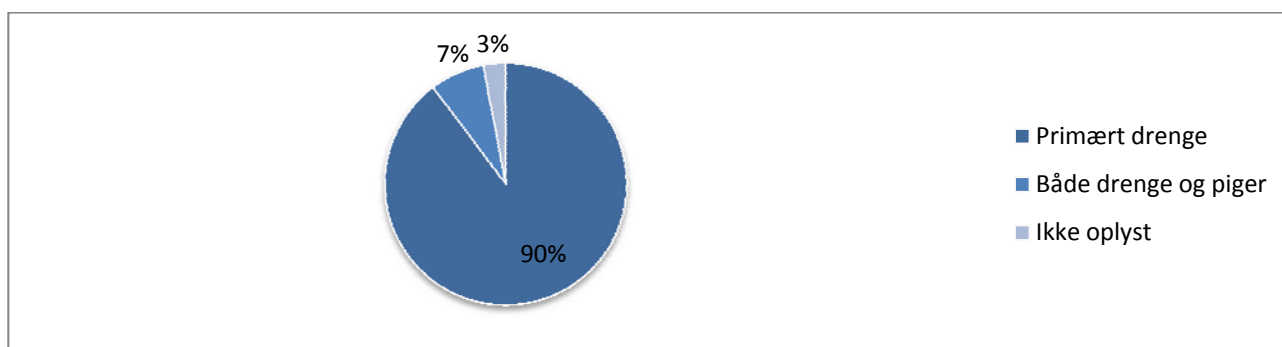
Figur 10.10. Fordeling på aldersgrupper



N = 67 (Primært børn (7-12 år) 48, Primært unge (13-17 år) 15, Både børn og unge 4)

Figur 10.11 viser fordelingen på køn blandt målgrupperne for de forskellige indsatser. Figuren afspejler, hvem indsatsen er afprøvet overfor, og ikke hvem den er tiltænkt. Som det fremgår, er 90 % af indsatserne primært afprøvet over for drenge, mens kun 7 % er afprøvet over for en nogenlunde ligelig fordeling af drenge og piger. Ingen indsatser er primært afprøvet over for piger.

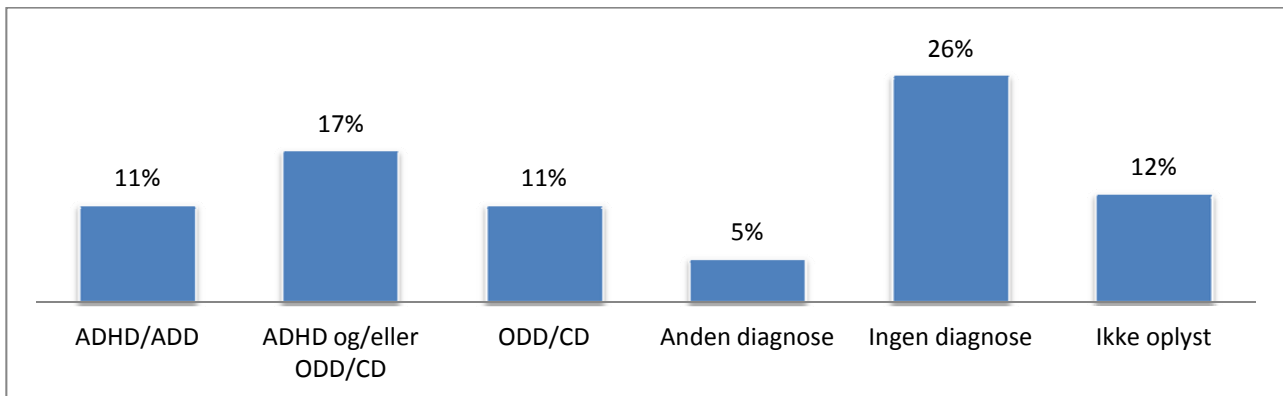
Figur 10.11 Fordeling på køn



N = 67 (Primært drenge 60, Både drenge og piger 5, Ikke oplyst 2)

Figur 10.12 viser fordelingen af indsatser ift., om de primært er afprøvet over for børn med bestemte diagnoser. Som det fremgår, er 11 % af indsatserne afprøvet over for børn med ADHD, mens 17 % er afprøvet over for børn, som for størstedelens vedkommende er diagnosticeret med ADHD, ODD eller CD. 11 % er afprøvet over for børn, som er diagnosticeret med ODD eller CD, mens 26 % er afprøvet over for børn, hvoraf størstedelen ikke har en særlig diagnose. I en relativt stor del af tilfældene, 12 %, er der ikke givet nærmere oplysninger vedr. eventuelle diagnoser blandt deltagerne.

Figur 10.12 Fordeling på diagnoser



N = 67 (ADHD/ADD 9, ADHD og/eller ODD/CD 14, ODD/CD 9, Anden diagnose 4, Ingen diagnose 21, Ikke oplyst 10)

Referencer

- Abikoff, Howard; Hechtman, Lily; Klein Rachel G.; Weiss, Gabrielle; Fleiss, Karen; Etcovitch, Joy; Cousins, Lorne; Greenfield, Brian; Martin, Diane; Pollack, Simcha (2004) "Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment": *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* vol. 43, iss. 7, p. 802-811
- Antshel, Kevin M.; Remer, Rory (2003) "Social Skills Training in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Randomized-Controlled Clinical Trial" *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, vol. 32, iss. 1
- Arnold, L. Eugene; Chuang, Shirley; Davies, Mark; Abikoff, Howard B; Conners, C. Keith; Elliott, Glen R.; Greenhill, Laurence L.; Hechtman, Lily; Hinshaw, Stephen P.; Hoza, Betsy; Jensen, Peter S; Kraemer, Helena C.; Langworthy-Lam, Kristen S.; March, John S.; Newcorn, Jeffrey H.; Pelham, William E.; Severe, Joanne B.; Swanson, James M.; Vitiello, Benedetto; Wells, Karen C.; Wigal, Timothy (2004) "Nine months of multi-component behavioral treatment for ADHD and effectiveness of MTA fading procedures": *Journal of Abnormal Child Psychology* vol. 32, iss. 1, p. 39-51
- Axberg, Ulf; Hansson, Kjell; Broberg, Anders G; Wirtberg, Ingegerd (2006) "The Development of a Systemic School-Based Intervention: Marte Meo and Coordination Meetings" *Family Process* vol. 45, iss. 3
- Axberg, Ulf; Broberg, Anders G (2012) "Evaluation of "The Incredible Years" in Sweden: The transferability of an American parent-training program to Sweden" *Scandinavian Journal of Psychology* vol. 53, iss. 3, p. 224-232
- Axberg, Ulf; Hansson, Kjell; Broberg, Anders G (2007) "Evaluation of the Incredible Years Series - An open study of its effects when first introduced in Sweden" *Nordic Journal of Psychiatry* vol. 61, iss. 2, p. 143-151
- Barrera M Jr, Biglan A, Taylor TK, Gunn BK, Smolkowski K, Black C, Ary DV, Fowler RC. (2002) "Early elementary school intervention to reduce conduct problems: a randomized trial with Hispanic and non-Hispanic children": *Prevention Science* vol. 3, iss. 2, p. 83-94
- Barrett, Paula; Turner, Cynthia; Rombouts, Sacha; Duffy, Amanda (2000) "Reciprocal skills training in the treatment of externalising behaviour disorders in childhood: A preliminary investigation": *Behaviour Change*, vol. 17, iss. 4, p. 221-234
- Benton, David, (2007) "The impact of diet on anti-social, violent and criminal behavior": *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 31, iss. 5, p. 752-774
- Bierman, Karen L. (2011) "The effects of the Fast Track preventive intervention on the development of conduct disorder across childhood Child Development": vol. 82, iss. 1, p. 331-345
- Braswell, Lauren; August, Gerald J.; Bloomquist, Michael L; Realmuto, George M; Skare, Stacy S; Crosby, Ross D (1997) "School-Based Secondary Prevention for Children with Disruptive Behavior: Initial Outcomes": *Journal of Abnormal Child Psychology* vol. 25, iss. 3, p. 197-208
- Carr Swift, Michelle; Leigh Roeger, Cathy Walmsley, Sara Howard, Gareth Furber, Stephen Allison (2009) "Rural children referred for conduct problems: evaluation of a collaborative program" *Australian Journal of Primary Health* vol. 15, iss. 4
- CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (2012) *Forebyggelse af kriminalitet blandt børn og unge – en videns- og erfaringsopsamling*. Socialstyrelsen.
- Chacko, Anil; Wymbs, Brian T.; Wymbs, Frances A.; Pelham, William E., Swanger-Gagne, Michelle S.; Girio, Erin; Pirvics, Lauma; Herbst, Laura; Guzzo, Jamie; Phillips, Carlie; O'Connor, Briannon (2009): "Enhancing Traditional Behavioral Parent Training for Single Mothers of Children with ADHD", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, vol. 38, iss. 2, p. 206-218

- Christiansen, Henriette Nobili (2012) *"Effekten af mentor- og fritidsindsatser for unge i risiko – en systematisk kortlægning"* Det Kriminalpræventive Råd
- Christoffersen, Mogens Nygaard m.fl. (2011) *Tidlig identifikation af kriminalitetstruede børn og unge. Risiko- og beskyttelsesfaktorer*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 11:34
- Dodge, Kenneth A (2007) "Fast Track – Randomized Controlled Trial to Prevent Externalizing Psychiatric Disorders: Findings from Grades 3 to 9" *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* vol. 46, iss. 10, p. 1250-1262
- Dupper, David R.; Krishef, Curtis H. (1993) "School-based social-cognitive skills training for middle school students with school behavior problems": *Children and Youth Services Review*, vol. 15, iss. 2, p. 131-142
- Döpfner M, Breuer D, Schürmann S, Metternich TW, Rademacher C, Lehmkuhl G. (2004) "Effectiveness of an adaptive multimodal treatment in children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder - global outcome": *European Child & Adolescent Psychiatry* vol. 13, p. 117-29
- Enebrink, Pia; Högström, Jens; Forster, Martin; Ghaderi, Ata (2012) "Internet-based parent management training: A randomized controlled study": *Behaviour Research and Therapy* vol. 50, iss. 4, p. 240-249
- Ercan, Eyup Sabri; Varan, Azmi; Deniz, Ülkü (2005) "Effects of Combined Treatment on Turkish Children Diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Preliminary Report" *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* vol. 15, iss. 2, p. 203-219
- Etscheidt, Susan (1991) "Reducing aggressive behavior and improving self-control: A cognitive-behavioral training program for behaviorally disordered adolescents": *Behavioral Disorders* vol. 16, iss. 2, p. 107-115
- Fabiano GA, Pelham WE, Cunningham CE, Yu J, Gangloff B, Buck M, Linke S, Gormley M, Gera S. (2012) "A waitlist-controlled trial of behavioral parent training for fathers of children with ADHD.": *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* vol. 41, iss. 3, p. 337-45
- Fehlings DL, Roberts W, Humphries T, Dawe G. (1991) "Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior?": *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* vol. 12, iss. 4, p. 223-8
- Fossum, Sturla; Mørch, Willy-Tore; Handegård, Bjørn H.; Drugli, May B.; Larsson, Bo (2009) "Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome" *Scandinavian Journal of Psychology* vol. 50, iss. 2, p. 173-181
- Frankel, Fred; Myatt, Robert; Cantwell, Dennis P; Feinberg, David T (1997) "Parent-Assisted Transfer of Children's Social Skills Training: Effects on Children With and Without Attention-Deficit Hyperactivity Disorder": *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* vol. 36, iss. 8, p. 1056-1064
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T. & Hutchings, J., Smith, S.M., Donnelly, M. (2012) *Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years*. Campbell Systematic Reviews 2012:12
- Greve, Morten & Mikael Thastum (2008) *Resultatevaluering af Multisystemisk Terapi i Danmark 2004-2007. Delrapport 2*. Servicestyrelsen
- Guerra, N. G.; Slaby, R. G. (1990) "Cognitive Mediators of Aggression in Adolescent Offenders: 2. Intervention": *Developmental Psychology* vol. 26, iss. 2, p. 269-277
- Gundersen, K. & F. Svartdal (2006) "Aggression Replacement Training in Norway: Outcome evaluation of 11 Norwegian student projects": *Scandinavian Journal of Educational Research*, vol. 50, iss. 1, p. 63-81
- Gundersen, K. & F. Svartdal (2010) "Diffusion of treatment interventions: exploration of 'secondary' treatment diffusion": *Psychology, Crime & Law*, vol. 16, iss. 3, p. 233-249
- Hagen, K. A.; T. Ogden & G. Bjørnebekk (2011) "Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems" *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* vol. 40, iss. 2, p. 156-178

Hautmann, Christopher; Hoijtink, Herbert; Eichelberger, Ilka; Hanisch, Charlotte; Plück, Julia; Walter, Daniel; Döpfner, Manfred (2009) "One-Year Follow-up of a Parent Management Training for Children with Externalizing Behaviour Problems in the Real World": *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* vol. 37, iss. 4

Hawkins, J. David; Jenson, Jeffrey M.; Catalano, Richard F.; Wells, Elizabeth A. (1991) "Effects of a skills training intervention with juvenile delinquents" *Research on Social Work Practice*, vol. 1, iss. 2, p. 107-121

Helgesen Wegger, Solveig (2005) "Barn med aggressiv atferd i skolen": *Spesialpedagogikk*, vol. 70, iss. 8, p. 36-43

Hoath, Fiona E.; Sanders, Matthew R. (2002) "A Feasibility Study of Enhanced Group Triple P - Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder": *Behaviour Change*, vol. 19, iss. 4, p. 191-206

Jensen, Peter S. et al. (The MTA Cooperative Group) (1999a) "Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder": *Archives of General Psychiatry* vol. 56, iss. 12, p. 1088-1096

Jensen, Peter S. et al. (The MTA Cooperative Group) (1999b) "A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder" *Archives of General Psychiatry* vol. 56, iss. 12, p. 1073-1086

Jensen, Peter S.; Hinshaw, Stephen P.; Swanson, James M.; Greenhill, Laurence L.; Conners, C. Keith; Arnold, L. Eugene; Abikoff, Howard B.; Elliott, Glen; Hechtman, Lily; Hoza, Betsy; March, John S.; Newcorn, Jeffrey H.; Severe, Joanne B.; Vitiello, Benedetto; Wells, Karen; Wigal, Timothy (2001) "Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): Implications and applications for primary care providers": *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* vol. 22, iss. 1, p. 60-73

Kendall, Philip C.; Reber, Mark; McLeer, Susan; Epps, James (1990): "Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children": *Cognitive Therapy and Research*, vol. 14, iss. 3, p. 279-297

Kethineni, Sessa; Jeremy Braithwaite (2011) "The effects of a Cognitive-Behavioral Program for At-Risk Youth: Changes in Attitudes, Social Skills, Family, and Community and Peer Relationships": *Victims & Offenders* vol. 6, iss. 1, p. 93-116

Kjøbli, John & Terje Ogden(2012) "A randomized effectiveness trial of brief parent training in primary care settings": *Prevention Science*

Kling, Åsa, Knut Sundell, Lennart Melin, Martin Forster (2006) *Komet för föräldra. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem* FoU-rapport.

Kolko DJ, Dorn LD, Bukstein OG, Pardini D, Holden EA, Hart J. (2009) "Community vs. clinic-based modular treatment of children with early-onset ODD or CD": a clinical trial with 3-year follow-up" *Journal of Abnormal Child Psychology* vol. 37, iss. 5, p. 591-609

Kyhle Westermarck, Pia, Kjell Hansson & Martin Olson (2011) "Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication": *Journal of Family Therapy* vol. 33, p. 20-41

Larsson, B.; S. Fossum, G. Clifford, M.B. Drugly; B.H. Handegård & W-T. Mørch (2009) "Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled replication trial" *European Child & Adolescent Psychiatry* vol. 18, iss. 1, p. 42-52

Levy, Karyn; Hunt, Caroline; Heriot, Sandra (2007) "Treating comorbid anxiety and aggression in children": *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* vol. 46, iss. 9, p.1111-1118

Lipman, Ellen L.; Michael H. Boyle; Cunningham, Charles; Kenny, Meghan; Sniderman, Carrie; Duku, Eric; Mills, Brenda; Evans, Petertal, Chedoke Site, Waymouth, Marjorie (2006) "Testing Effectiveness of a Community-Based Aggression Management Program for Children 7 to 11 Years Old and Their Families": *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 45, iss. 9, p. 085-1093

Littell J, Popa M, Forsythe B. (2005) *Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17* Campbell Systematic Reviews 2005.1

- Lochman, John E.; Wells, Karen C. (2002) "The Coping Power program at the middle-school transition: Universal and indicated prevention effects" *Psychology of Addictive Behaviors*, vol. 16, iss. 4, Suppl 40-54
- Lochman, John E.; Bierman, Karen L.; Coie, John D.; Dodge, Kenneth A.; Greenberg, Mark T.; McMahon, Robert J.; Pinderhughes, Ellen E. (2010) "The Difficulty of Maintaining Positive Intervention Effects: A Look at Disruptive Behavior, Deviant Peer Relations, and Social Skills during the Middle School Years": *Journal of Early Adolescence*, vol. 30, iss. 4, p. 593-624
- Lundahl, Brad; Heather J. Risser & M. Christine Lovejoy (2006) "A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects" *Clinical Psychology Review*, vol. 26, p. 86-104
- Löfholm, Cecilia Andrée, Tina Olsson, Knut Sundell, Kjell Hansson (2009a) *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem. Resultat efter två år IMS - Institutet för Utveckling av Metoder i Socialt Arbete.*
- Löfholm, Cecilia Andrée, Tina Olsson, Knut Sundell, Kjell Hansson (2009b) Multisystemic therapy with conduct-disordered young people: stability of treatment outcomes two years after intake *Evidence & Policy* vol. 5, iss. 4, p. 373-397
- Mager, Wendy; Milich, Richard; Harris, Monica J.; Howard, Anne (2005) "Intervention Groups for Adolescents with Conduct Problems: Is Aggregation Harmful or Helpful?" *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 33, iss. 3, p. 349
- Manger, Terje; Ole-Johan Eikeland & Arve Asbjørnsen (2003) "Effects of training on pupils' social skills", *Research in Education* No. 69, p. 80-92
- McCart, Michael R.; Paul E. Priester; W. Hobart Davies & Razia Azen (2006) Differential Effectiveness of Behavioral Parent-Training and Cognitive-Behavioral Therapy for Antisocial Youth: A Meta-Analysis *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 34, iss. 4, p. 527-543
- McConaughy, Stephanie; Kay, Pamala J; Fitzgerald, Martha (1998) "Preventing SED Through Parent-Teacher Action Research and Social Skills Instruction. First-Year Outcomes": *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* vol. 6, iss. 2, p. 224-239
- McConaughy, Stephanie; Kay, Pamala J; Fitzgerald, Martha (1999) "The Achieving, Behaving, Caring Project for Preventing ED: Two-Year Outcomes": *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* vol. 7, iss. 4, p. 81-93
- McGrath PJ, Lingley-Pottie P, Thurston C, MacLean C, Cunningham C, Waschbusch DA, Watters C, Stewart S, Bagnell A, Santor D, Chaplin W. (2011) "Telephone-based mental health interventions for child disruptive behavior or anxiety disorders: randomized trials and overall analysis" *Journal of American Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 50, iss. 11, p.1162-72
- McKay, Mary M.; Gonzales, Jude; Quintana, Elena; Kim, Lisa; Abdul-Adil Jaleel (1999) "Multiple Family Groups: An Alternative for Reducing Disruptive Behavioral Difficulties of Urban Children": *Research on Social Work Practice* vol. 9, iss. 5
- Miranda, Ana; Presentación, María Jesús (2000) "Efficacy of cognitive-behavioral therapy in the treatment of children with ADHD, with and without aggressiveness" *Psychology in the Schools* vol. 37, iss. 2, p. 169-182
- Miranda, Ana;, Presentación, Maria Jesús; Soriano, Manuel (2002) "Effectiveness of a school-based multi-component program for the treatment of children with ADHD" *Journal of Learning Disabilities* vol. 35, iss. 6, p. 547-563
- Ogden, T; Hagen, K A (2006) "Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake" *Child and Adolescent Mental Health* vol. 11, iss. 3, p. 142-149
- 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*, vol. 76, iss. 4, p. 607-621

- Ogden, T; Hagen, K A; Andersen, O (2007) "Sustainability of the effectiveness of a programme of multisystemic treatment (MST) across participant groups in the second year of operation." *Journal of Children's Services* vol. 2, iss. 3, p.1-14
- Ogden, T; Halliday-Boykins, C A (2004) "Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US" *Child and Adolescent Mental Health* vol. 9, iss. 2
- Olweus & Endresen (2005): "Participation in power sports and antisocial involvement in preadolescent and adolescent boys", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 468-478.
- Owens, Julie Sarno; Murphy, Caroline E.; Richerson, Lauren; Girio, Erin L.; Himawan, Lina K. (2008) "Science to Practice in Underserved Communities: The Effectiveness of School Mental Health Programming": *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* vol. 37, iss. 2, p. 434-447
- Park-Higgerson, Hyoun-Kyoung; Perumean-Chaney, Suzanne E.; Bartolucci, Alfred A.; Grimley, Diane M.; Singh, Karan P. (2008) "The Evaluation of School-Based Violence Prevention Programs: A Meta-Analysis": *Journal of School Health*, vol. 78, iss. 9, p. 465-479
- Pelsser, Lidy M., K. Frankena, J. Toorman, H. F. J. Savelkoul, R. R. Pereira & J. K. Buitelaar (2009): "A randomised controlled trial into the effects of food on ADHD": *European Child & Adolescent Psychiatry* vol. 18, iss. 1, p. 12-19
- Pepler, Debra; King, Gillian; Craig, Wendy; Byrd, Bill; Bream, Linda (1995) "The development and evaluation of a multisystem social skills group training program for aggressive children": *Child & Youth Care Forum* vol. 24, iss. 5, p. 297-313
- Piquero, A.R., Jennings, W.G., Farrington, D.P. (2010) *Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviors*. Campbell Systematic Reviews 2010:2
- Prince, Kort C.; Ho, Edward A.; Hansen, Sharon B. (2010) "Effects of a school based program to improve adaptive school behavior and social competencies among elementary school youth: The Living Skills Program": *Journal of Research in Character Education*, vol. 8, iss. 2, p. 39-59
- Saidj, Madina (2012) *Børn skal lære selvkontrol*. SFI-Campbell.
- Shechtman, Zipora; Ifargan, Miriam (2009) "School-based integrated and segregated interventions to reduce aggression": *Aggressive Behavior*, iss. 35, p. 342-356
- St. James-Roberts, Ian; Clifford Samlal Singh (2001): *Can Mentors Help Primary School Children with Behaviour Problems?*
- Storebø OJ, Skoog M, Damm D, Thomsen PH, Simonsen E, Glud C. (2011) *Social skills training for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years* Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12
- Sundell, Knut, Kjell Hansson, Cecilia Andrée Löfholm, Tina Olsson, Lars-Henry Gustle, Christina Kadesjö (2006) *Multisystemisk terapi för ungdomar med allvarliga beteendeproblem - resultat efter sex månader*
- Sundell, Knut; Kjell Hanson; Cecilia Andrée Löfholm; Tina Olsson; Lars-Henry Gustle; Christina Kadesjö (2008) "The Transportability of Multisystemic Therapy to Sweden: Short-Term Results From a Randomized Trial of Conduct-Disordered Youths": *Journal of Family Psychology* vol. 22, iss. 3, p. 550-560
- Sørli, Mari-Anne & Terje Ogden (2007) "Immediate Impacts of PALS: A school-wide multi-level programme targeting behaviour problems in elementary school": *Scandinavian Journal of Educational Research* vol. 51 iss. 5, p. 471-492.
- Thorell, Lisa B. (2009) "The Community Parent Education Program (COPE): Treatment effects in a clinical and a community-based sample": *Clinical Child Psychology and Psychiatry* vol. 14, iss. 3, p. 373-387
- Tolan P, Henry D, Schoeny M, Bass A. (2008) *Mentoring interventions to affect juvenile delinquency and associated problems* Campbell Systematic Reviews 2008:16
- van den Hoofdakker, Barbara J.; Nauta, Maaïke H.; van der Veen-Mulders, Lianne; Sytema, Sjoerd; Emmelkamp, Paul M. G.; Minderaa, Ruud B.; Hoekstra, Pieter J. (2010) "Behavioral parent training as an adjunct

- to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Moderators of treatment response": *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 35, iss. 3, p. 317-329
- van der Oord, Saskia; Prins, Pier J. M.; Oosterlaan, Jaap; Emmelkamp, Paul M. G. (2007) "Does brief, clinically based, intensive multimodal behavior therapy enhance the effects of methylphenidate in children with ADHD?": *European Child & Adolescent Psychiatry* vol. 16, iss. 1, p. 48-57
- van der Oord, Saskia; Prins, P. J. M.; Oosterlaan, J.; Emmelkamp, P. M. G. (2008), "Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: Predictors of treatment outcome": *European Child & Adolescent Psychiatry* vol. 17, iss. 2, p. 73-81
- van der Oord, Saskia; Prins, P. J. M.; Oosterlaan, J.; Emmelkamp, P. M. G. (2012) "The adolescent outcome of children with attention deficit hyperactivity disorder treated with methylphenidate or methylphenidate combined with multimodal behaviour therapy: Results of a naturalistic follow-up study": *Clinical Psychology & Psychotherapy* vol. 19, iss. 3, p.270-278
- Van Manen, Teun G.; Prins, Pier J.M.; Emmelkamp, Paul M.G. (2004) "Reducing Aggressive Behavior in Boys with a Social Cognitive Group Treatment: Results of a Randomized, Controlled Trial": *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* vol. 43, iss. 12, p.1478
- Walker, Hill M; Seeley, John R; Small, Jason; Severson, Herbert H.; Graham, Bethany A.; Feil, Edward G.; Serna, Loretta; Golly, Annemieke M.; Forness, Steven R. (2009) "A Randomized Controlled Trial of the First Step to Success Early Intervention: Demonstration of Program Efficacy Outcomes in a Diverse, Urban School District": *Journal of Emotional & Behavioral Disorders* vol. 17, iss. 4, p. 197-212
- Waxmonsky, James G.; Waschbusch, Daniel A.; Pelham, William E.; Draganac-Cardona, Lillian; Rotella, Bryan; Ryan, Lynn (2010) "Effects of atomoxetine with and without behavior therapy on the school and home functioning of children with attention-deficit/hyperactivity disorder": *Journal of Clinical Psychiatry* vol. 71, iss. 11, p. 1535-1551
- Weis, Robert; Wilson, Nicole L. , Whitmarsh, Savannah M. (2005) "Evaluation of a Voluntary, Military-Style Residential Treatment Program for Adolescents With Academic and Conduct Problems": *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* vol. 34, iss. 4, p. 692-705
- Weis, Robert; Toolis, Erin E. (2009) "Evaluation of a voluntary military-style residential treatment program for youths with conduct problems: 6- and 36-month outcomes": *Psychological Services* vol. 6, iss. 2, p. 139-153
- Westhues, Anne; Hanbidge, Alice Schmidt; Gebotys, Robert; Hammond, Angela (2009) "Comparing the effectiveness of school-based and community-based delivery of an emotional regulation skills program for children": *School Social Work Journal* vol. 34, iss. 1, p. 74-96
- Whitfield, Gary W. (1999) "Validating school social work: An evaluation of a cognitive-behavioral approach to reduce school violence" *Research on Social Work Practice* vol. 9, iss. 4, p. 399-426
- Wilson DB, MacKenzie DL, Mitchell FN (2008): *Effects of correctional boot camps on offending*. Campbell Systematic Reviews 2003:1
- Zivin, Gail; Hassan, Nimr R.; DePaula, Geraldine F.; Monti, Daniel A.; Harlan, Carmen; Hossain, Kashfia D.; Patterson, Ksai (2001) "An effective approach to violence prevention: Traditional martial arts in middle school", *Adolescence* vol. 36, iss. 143 p. 443-459
- Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., Dennis, J. (2011) *Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years* Campbell Systematic Reviews 2012:2
- Östberg, Monica; Rydell, Ann-Margret (2012) "An efficacy study of a combined parent and teacher management training programme for children with ADHD" *Nordic Journal of Psychiatry* vol. 66, iss. 2, p. 123-130