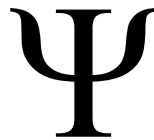




## DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



### *Behandlingseffekt av foreldretrening for barn med atferdsvansker og samtidige callous-unemotional-trekk*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Sina Holmen Gulbrandsen  
Birgitte Nørve Brunvoll  
Silje Schevig**

Høst 2015

Veileder

Anita Lill Hansen

Institutt for samfunnspsykologi

### **Forord**

Vi har valgt et emne som både interesserer og engasjerer oss. Tidligere har to av oss skrevet semesteroppgave om psykopati hos kvinner. Det følte som en naturlig fortsettelse da vår veileder Anita Lill Hansen kom med forslag om å se nærmere på antisosial atferd hos barn og behandlingseffekt hos denne gruppen. Forebygging og tidlige intervensjoner for atferdsvansker hos barn og unge er viktig, og dermed er det også relevant å sette fokus på om det som ansees som tradisjonell/standard behandling ikke er like effektivt for alle barn.

Takk til Anita Lill Hansen for god veiledning og tålmodighet, i tillegg til raske tilbakemeldinger og hjelp til valg av tema for hovedoppgaven. Takk til professor Mark R. Dadds for rask og informativ respons via epost.

Takk til Siljes gode samboere som har vært til støtte og hjelp, i de til tider frustrerende omstendigheter i Cape Town i Sør-Afrika hvor internettilgangen ikke er som i Norge. Takk til Birgittes familie og venner for støtte og tålmodighet dette semesteret. Takk til Birgittes veileder på ekstern praksis, Gerhard Relling, som har vist stor forståelse for at oppgaveskriving kan være krevende mot innspurten. Takk til Sinas samboer for humor, støtte og gode råd, og til familie for forståelse i periodene der ekstern praksis og hovedoppgave la beslag på mye tid.

### **Sammendrag**

Foreldretrening er en evidensbasert behandlingsmetode for barn med atferdsvansker, og er som oftest et førstevalg i behandling. Imidlertid er ikke denne behandlingen like effektiv for alle barn, ettersom omkring én tredjedel fortsetter å ha store atferdsvansker etter at deres foreldre har deltatt i foreldretrening. Flere moderatorer av behandlingseffekt har vært vurdert. Callous-Unemotional-trekk (CU-trekk) har vært knyttet til alvorlig antisosial atferd og atferdsforstyrrelser. Barn med CU-trekk ser ut til å ha økt risiko for en spesielt negativ utvikling når det gjelder antisosial atferd, og kan senere utvikle psykopatiske trekk i voksen alder. Denne litteraturgjennomgangen undersøker sammenhengen mellom høye nivåer av CU-trekk hos barn og effekt av foreldretreningsintervensjoner. En gjennomgang av relevante studier antyder at disse barna har mindre behandlingsutbytte. Men resultatene er ikke entydige og det er behov for mer forskning. Implikasjoner for fremtidig forskning og klinisk praksis blir også diskutert.

*Nøkkelord:* Foreldretrening, atferdsvansker, atferdsforstyrrelse, behandlingsutbytte, behandlingseffekt, antisosial atferd, callous-unemotional

**Abstract**

Parent management training (PMT) is an evidence-based treatment for children with problem behaviors, and is often considered to be the first choice of treatment. Though it may not be equally effective for all children, this is implied by the fact that up to one third of children continue to have considerable behavioral problems after treatment. Multiple moderators of treatment outcome have been considered. Callous-Unemotional traits (CU-traits) have been closely linked with serious antisocial behavior and conduct disorder. Children with CU-traits seem to be at risk for an especially negative development when it comes to antisocial behavior, and may go on to develop psychopathic traits as adults. This thesis reviews literature to examine the association between high levels of CU-traits in children and treatment outcomes of PMT interventions. A review of related studies shows evidence of worse treatment outcomes for these children. However, the results are not conclusive and more research is needed. Implications and directions for future research are also discussed.

*Keywords:* Parent management training, conduct problems, problem behaviors, treatment outcome, treatment effect, callous-unemotional traits, antisocial behavior

**Innholdsfortegnelse**

Innledning.....	1
Atferdsvansker.....	1
Atferdsforstyrrelser.....	2
Risikofaktorer.....	5
Psykopatikonseptet og callous-unemotional-trekk hos barn.....	8
Kartlegging av CU-trekk hos barn.....	9
Risikofaktorer og stabilitet.....	10
CU-trekk og angst.....	11
Sammenheng med atferdsvansker.....	12
CU-trekk og behandling.....	13
Behandling av atferdsvansker hos barn.....	13
Foreldretreningsprogrammer.....	13
Manualiserte foreldretreningsprogrammer.....	16
Multimodale behandlingsprogrammer.....	18
Effekten av foreldretreningsprogrammer.....	19
Metode.....	21
Behandlingsstudier av barn med atferdsvansker og CU-trekk.....	21
Hawes & Dadds (2005).....	21
Kolko & Pardini (2010).....	23
Dadds, Cauchi, Wimalaweera, Hawes & Brennan (2012).....	25
Lazer (2012) .....	27
Hawes, Dadds, Brennan, Rhodes & Cauchi (2013).....	29
Högström, Enebrink & Ghaderi (2013).....	31

Hyde og kollegaer (2013).....	33
Masi og kollegaer (2013).....	35
Tabell 1: Studier i litteraturgjennomgangen.....	37
Diskusjon.....	39
Karakteristika ved utvalget.....	39
Alder.....	39
Kjønn.....	40
Størrelse på utvalgene.....	41
Høye og lave nivå av CU-trekk.....	42
Atferdsvansker.....	43
Drop-out.....	45
Forskningsdesign.....	47
Randomisering.....	47
Kontrollgruppe.....	47
Kartlegging av CU-trekk.....	47
Utfallsmål/behandlingseffekt.....	49
Skillet mellom klinisk og statistisk signifikans.....	50
Behandling.....	51
Behandlingsfokus.....	52
Behandlingsomfang.....	53
Multimodale behandlingsprogrammer.....	54
Foreldrenes etterlevelse til behandlingsprogram.....	55
Forskjellig respons på foreldrepraksis.....	57
Sammenhengen mellom CU-trekk og angst.....	58
Høy CU og lav angst.....	59

Høy CU og høy angst.....	60
Stabilitet og endring i CU-trekk.....	60
Etiske hensyn ved identifisering av CU-trekk hos barn.....	61
Fremtidig utvikling av effektive behandlingsprogram.....	62
Implikasjoner for videre forskning.....	64
Implikasjoner for klinisk virksomhet.....	69
Begrensninger ved litteraturgjennomgangen.....	70
Konklusjon.....	70



## **Innledning**

Atferdsvansker hos barn og unge er assosiert med alvorlige negative konsekvenser og er en av de vanligste årsakene til at barn og unge blir henvist til hjelpeapparatet (Anderson, 2009; Scott, Knapp, Henderson, & Maughan, 2001). Foreldretrening er den av behandlingsmetodene for atferdsvansker som er mest brukt og mest forsket på (Dadds & Hawes, 2006; Serketich & Dumas, 1996). Denne litteraturgjennomgangen har som formål å undersøke om tilstedeværelse av callous-unemotional-trekk (CU-trekk) hos barn kan være en medvirkende årsak til at enkelte barn fortsetter å ha store atferdsvansker etter at deres foreldre har deltatt i foreldretrening. På norsk kan begrepet callous-unemotional oversettes til kjølig/likegyldig-emosjonell, eller følelsesmessig uberørt-ufølsom. I CU-begrepet ligger trekk som samvittighetsløshet, fravær av empati, og overflatiske, begrensede emosjoner (Frick, 1998). Å undersøke om det foreligger en sammenheng mellom lavere behandlingsutbytte og CU-trekk ved barnet, kan muliggjøre utvikling av behandlingsprogrammer som er bedre tilpasset den enkelte familie. Slik kan økonomiske og tidsmessige ressurser fordeles på en mer optimal måte i fremtiden. Denne litteraturgjennomgangen vil ta for seg følgende problemstilling: I hvilken grad påvirker callous-unemotional-trekk hos barn behandlingseffekten av atferdsrettede foreldretreningsprogram?

### **Atferdsvansker**

Atferdsvansker viser til eksternaliserende atferd som anses å være normbrytende og problematisk (Skogen & Torvik, 2013). I løpet av oppveksten vil de fleste barn og unge trosse regler og sosiale normer (Skogen & Torvik, 2013). For å avgrense psykopatologi fra normal variasjon i barns atferd, må en vurdere hvor omfattende og vedvarende atferdsvanskene er, i tillegg til å ta i betraktning alvorlighetsgrad og de sosiale konsekvensene av vanskene (Thomsen & Skovgaard, 2011). Atferdsvansker hos barn kan dermed være innenfor diagnostisk område, men trenger ikke å være det. Forskning tyder på at det faktisk er vanligere

at barn og unge har symptomer på atferdsvansker som ikke er alvorlige nok til å tilfredsstille diagnostiske kriterier (Skogen & Torvik, 2013).

Barn med atferdsvansker vil ofte oppleve vansker på flere arenaer i livet, eksempelvis knyttet til gjennomføring av skolegang, å manøvrere adekvat i sosiale relasjoner, og å komme overens med lærere og foreldre (Waschbusch, 2002). Dette er en gruppe barn som ofte vil kreve innsats på både kommunalt og regionalt nivå; barnevern, PPT og psykisk helsevern må ofte kobles inn (Nielsen, 2004). Videre vil de i voksenlivet ha økt sannsynlighet for å oppnå svake akademiske resultater, arbeidsledighet, være involvert bilulykker, hyppigere familieproblemer, vansker med stemningsleiet, lavere sosioøkonomisk status, og for å tillegne seg en væremåte karakterisert av antisosial atferd (Waschbusch, 2002). Disse utfallene medfører store samfunnskostnader (Scott et al., 2001). Alvorlige atferdsvansker er altså ofte en betraktelig byrde både for barna selv og deres familier, i tillegg til samfunnet for øvrig (Skogen & Torvik, 2013). Dette gjør evidensbasert forebygging og behandling av atferdsvansker til en svært viktig oppgave.

**Atferdsforstyrrelser.** Begrepet atferdsforstyrrelse brukes som overordnet diagnostisk kategori, og henviser til diagnoser hentet fra ICD-10 og DSM-IV. I Norge stilles atferdsforstyrrelsesdiagnoser på grunnlag av kriteriene i ICD-10 (Skogen & Torvik, 2013). ICD-10 definerer en atferdsforstyrrelse som «gjentakende og vedvarende mønster av asosial, aggressiv eller utfordrende atferd. Når slik atferd er på sitt mest ekstreme foreligger det klare brudd på sosiale forventninger i forhold til alderen og er derfor mer alvorlig enn vanlige barnestreker eller ungdommelig opprørstrang» (World Health Organization; WHO, 1992). Vanskene må ha vedvart i minst 6 måneder for å kunne sette diagnosen. Et kriterium er at vanskene forårsaker en betydningsfull funksjonssvikt, pedagogisk eller sosialt, for barnet (Nielsen, 2004).

I ICD-10 er atferdsforstyrrelsesdiagnosene delt inn i opposisjonell atferdsforstyrrelse, atferdsforstyrrelser begrenset til familien, sosialisert atferdsforstyrrelse, usosialisert atferdsforstyrrelse og blandet atferds- og emosjonell forstyrrelse (WHO, 1992). DSM-IV opererer med diagnosene opposisjonell atferdsforstyrrelse (oppositional defiant disorder, ODD) og alvorlig atferdsforstyrrelse (conduct disorder, CD) (American Psychiatric Association; APA, 1994).

I forskningssammenheng brukes det amerikanske diagnosesystemet DSM-IV i større grad enn ICD-10 (Skogen & Torvik, 2013). Til forskjell fra ICD-10, deler DSM-IV atferdsforstyrrelser inn diagnoser ut ifra debuttidspunkt; «atferdsforstyrrelser med oppstart i barndommen, debutalder før 10år» og «atferdsforstyrrelser med debutalder etter fylte 10år» (APA, 1994). En likhet mellom diagnosesystemene er at et barn ikke kan være diagnostisert med både ODD og CD samtidig (Skogen & Torvik, 2013), og at barnet må ha fylt 6 år for å få en atferdsforstyrrelsesdiagnose i begge diagnosesystemene.

Kriterier for diagnosen ODD er at barnet har utvist symptomer på et vedvarende atferdsmønster preget av fiendtlig, opposisjonell og negativ atferd mot autoritetsfigurer (APA, 1994). Omfanget av atferden må ha ført til nedsatt fungering. Noen spesifikke atferdstyper som er inkludert i kriterier for CD, for eksempel løgn og aggresjon, kan være tilstede også i ODD. Forskjellen er at barn med ODD ikke utviser et mønster av mer alvorlig antisosial atferd slik en finner i CD (Steiner & Remsing, 2007). CD defineres som et vedvarende og gjentagende atferdsmønster som forstyrrer andres grunnleggende rettigheter og bryter med aldersadekvate regler og sosiale normer (APA, 1994).

I en rapport fra Folkehelseinstituttet konkluderes det med at atferdsforstyrrelser er en relativt vanlig forekommende psykisk lidelse hos barn og unge i Norge (Skogen & Torvik, 2013) Prevalensen av diagnostiserbar atferdsforstyrrelse i Norge ble i denne rapporten beregnet til 3.5%, hvor av 1.7% falt under CD og 1,8% under ODD. På tross av disse prevalenstallene,

er omfanget mindre i Norge sammenlignet med prevalenstall hentet fra Europa (CD: 2,4%) og andre ikke-europeiske engelskspråklige land (CD: 3,8%) (Skogen & Torvik, 2013). Videre viser nordiske prevalenstall, i tråd med studier fra andre land, en relativt stor kjønnsforskjell for både ODD og CD (Skogen & Torvik, 2013). For gutter var summen av ODD og CD på 4.8%, for jenter på 2.0%. Prevalensen av atferdsvansker kan variere på tvers av kjønn, bosted (urbant/ruralt), sosioøkonomiske forhold, generasjoner og alder (Loeber, Burke, Lahey, Winters, & Zera, 2000).

I følge en oversiktsartikkel av Loeber og kollegaer (2000), er stabiliteten til CD-diagnosen mer undersøkt enn stabiliteten til ODD-diagnosen. Disse forskernes sammenfatning av studier, kan tyde på variasjon i hvor mange barn og unge som hadde en CD diagnose over flere år; mellom 44 - 88%. De hevdet også at den kumulative stabiliteten til CD er mye høyere enn stabiliteten fra år til år. De fant også at atferdsforstyrrelsens alvorlighetsgrad påvirket dens stabilitet, med høyere stabilitet over tid for de med ODD eller CD karakterisert som alvorlig.

Barn med CD og ADHD har også en dårligere prognose sammenlignet med barn som innehar bare en av diagnosene (Loeber et al., 2000). Atferdsforstyrrelser er forbundet med høy grad av komorbiditet, og barn med tidlig debut har høyere sannsynlighet for å utvikle andre psykiske lidelser når de blir eldre; eksempelvis ADHD, angst og stemningslidelser (Steiner & Remsing, 2007). Barn med CD har også økt risiko for andre psykiske lidelser senere i livet (Loeber et al., 2000). Funn tyder også på en del overlapp mellom diagnosene ADHD og atferdsforstyrrelser (Steiner & Remsing, 2007), men forskning gjort på feltet ser uansett ut til å støtte en distinksjon mellom diagnosene: ADHD, ODD og CD (Loeber et al., 2000). Burke, Loeber og Birmaher (2002) påpeker at utviklingsmodellen i DSM-IV for atferdsforstyrrelser betrakter atferdsforstyrrelsesdiagnoser som stabile over tid. Forekomsten av atferdsvansker er særlig stabil hos barn med komorbid ADHD (Loeber et al., 2000).

Symptomene på atferdsforstyrrelse ser ut til å variere med alder (Burke et al., 2002). Debut av mindre alvorlige symptom vil ofte forekomme før debut av moderate symptom, før de mest alvorlige symptomene knyttet til atferdsforstyrrelser utvikles. I tråd med dette anses ofte ODD å kunne være en forløper til CD, og CD som forløper for utvikling av antisosial personlighetsforstyrrelse i voksen alder. Tidlig debut av ODD gir en tre ganger så stor sannsynlighet for å senere utvikle CD. Videre vil omkring 40% av de med CD kunne oppfylle kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse som voksne (Steiner & Remsing, 2007).

**Risikofaktorer.** Risikofaktorer forbundet med atferdsvansker og utvikling av atferdsforstyrrelser går på både individuelle-, familie- og sosiodemografiske faktorer (Skogen & Torvik, 2013). En oversiktsartikkel fra Burke og kollegaer (2002) delte risikofaktorer for atferdsvansker inn i to større kategorier: individuelle- og psykososiale-faktorer. Eksempel på individuelle risikofaktorer med sammenheng til atferdsvansker er temperament, tilknytning, moralsk resonnering, pubertet og utvikling i tenårene, atferdsimpulsivitet/inhibering og sosial kognisjon (Burke et al., 2002). Vansker med nevropsykologisk fungering, intelligens, akademiske prestasjoner og leseferdigheter har også blitt satt i sammenheng med atferdsvansker, men det er mulig at disse kan være knyttet til tredjefaktorer, som for eksempel tidlige psykososiale faktorer, komorbid ADHD og kjønnsforskjeller (Burke et al., 2002). Individuelle biologiske risikofaktorer, som er blitt foreslått som etiologiske forklaringer, er knyttet til genetikk, nevroanatomi, neurotransmittorer, underaktivering av det autonome nervesystemet og nevrotoksiner (Burke et al., 2002). Genetiske risikofaktorer synes å føre til en mer alvorlig og stabil problemutvikling ved at det øker sannsynligheten for å utvikle atferdsvansker i småbarnsalder, og at vanskene forekommer på flere arenaer og vedvarer over tid (Tremblay, 2010). En svensk tvillingstudie fant at felles genetisk påvirkning forklarte hele 67% av det å ha stabil antisosial atferd fra barndom til 20-årene, og at miljøpåvirkninger forklarte de resterende 33% (Tuvblad, Narusyte, Grann, Sarnecki, & Lichtenstein, 2011).

Når det kommer til psykososiale risikofaktorer er det blitt funnet støtte for at arbeidsledighet eller depresjon hos foreldre og dårlige søskenrelasjoner kan føre til både emosjonelle vansker og atferdsvansker hos barn (Shanahan, Copeland, Costello, & Angold, 2008). Antisosial atferd hos foreldre, søsken eller besteforeldre, har også vist seg å være en viktig prediktor for utvikling av alvorlige atferdsvansker (Odgers et al., 2008). Studier har vist at dårlig kvalitet på på det tidlige foreldre-barn-samspeillet er en sentral risikofaktor i utviklingen av atferdsvansker (Lorber & Egeland, 2009; Olson, Bates, Sandy, & Lanthier, 2000). I denne sammenheng er lite varme og glede i samspeillet, samt mødrenes oppfatning av barnet som vanskelig å kontrollere og at barnet er lite opptatt av henne, sentrale risikofaktorer (Olson et al., 2000). Burke og kollegaer (2002) fremhever at foreldrenes oppdragelsesstil skiller seg ut som et viktig punkt i utviklingen av atferdsvansker hos barn, og er også den risikofaktoren som er mest forsket på.

Det er funnet økt sannsynlighet for å utvikle alvorlige atferdsvansker ved risikofaktorer som for eksempel seksuelt misbruk, vold, vanskjøtsel og dårlig tilsyn fra foreldre (Shanahan et al., 2008). Det er hypotetisert at et skadelig omsorgsmiljø tidlig i livet da hjernen fortsatt er under omfattende utvikling, kan ha skadelige følger for barnas biologiske utvikling og være tidlige forløpere for senere vedvarende antisosial atferd (Susman, 2006). Traumatiserte barn kan ha endret fungering av i HPA-aksen og psykofysiologisk funksjon, og det har vært spekulert i om traumatisert ungdom og ungdom med atferdsforstyrrelser deler et lignende mønster av dysregulering i reaktiviteten til stressrelaterte hormonelle og psykofysiologiske systemer (Lipschitz, Morgan, & Southwick, 2002). Det kan se ut til at det finnes minst to biologiske subtyper av CD hos traumatiserte ungdommer: Den første subtypen er en gruppe som viser autonom underaktivering som utgangspunkt, og som reaksjon på stress. Det er spekulert i at de som har atferdsforstyrrelse oppstått i barndommen, har en genetisk predisposisjon for å utvikle CD, og trolig har økt sannsynlighet for å tilfredstille kriteriene for

antisosial personlighetsforstyrrelse som voksne (Lipschitz et al., 2002; Steiner & Wilson, 1999). Den andre subgruppen av ungdom med CD, viser forhøyet psykofysiologisk responsivitet til stress. Disse ungdommene har blitt beskrevet som å ha komorbide internaliserte symptomer som angst og depresjon, eller å bli klassifisert med CD oppstått i ungdomsårene (Lipschitz et al., 2002). Man kan tenke seg at posttraumatiske stressreaksjoner kan være årsaken til denne reaktive biologiske subtypen av atferdsforstyrrelse (Lipschitz et al., 2002).

Greenwald (2002) viser til en rekke prospektive studier som har identifisert traumeopplevelser som en signifikant risikofaktor for antisosial atferd blant ungdom. Han vektlegger imidlertid at selv om ikke alle traumatiserte ungdommer blir antisosiale, så viser studier at 70 til 92% av antisosiale ungdommer oppgir traumeopplevelser gjennom selvrappport. Han summerer videre opp at post-traumatiske reaksjoner potensielt er så gjennomtrengende for noen individer, at en rekke risikofaktorer som resultat kan oppstå og/eller forverre allerede foreliggende risikofaktorer. Greenwald (2002) oppgir at forekomsten av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos antisosial ungdom ligger mellom 24% og 65%, og at det er mulig noen CD-tilfeller er et direkte uttrykk for PTSD-symptomatologi.

Kombinasjonen av individuelle risikofaktorer ved barna og psykososiale risikofaktorer synes å øke sannsynlighet for manifestasjon av alvorlige atferdsvansker. Burke og kollegaer (2002) påpeker også at det ikke er sannsynlig at én risikofaktor alene vil være tilstrekkelig for at et barn vil utvikle atferdsvansker. Videre fant de støtte for at en akkumulering av risikofaktorer øker sannsynligheten for utvikling av atferdsvansker. En longitudinell studie fant de en sammenheng mellom akkumulering av risikofaktorer i barndommen hos de av deltakerne som hadde et vedvarende høyt og stabilt nivå av negativ atferd fra barndom til voksen alder (Odgers et al., 2008). Gjennomgang av litteraturen antyder altså at tilstedeværelsen av flere

risikofaktorer gir mer alvorlige atferdsvansker (Boden, Fergusson, & Horwood, 2010; Burke et al., 2002).

En oversiktsartikkel av Loeber og kollegaer (2000) fant at forskningen tyder på at barn som får diagnosen CD er en heterogen gruppe. Symptomene som medfølger en slik diagnose faller på et mangfoldig og bredt spekter av atferd (Nielsen, 2004). Funn gir støtte til at det eksisterer betydelige variasjoner i årsaken bak atferdsvanskene, utviklingsforløpet og alvorlighetsgraden (Frick, Barry, & Bodin, 2000). Det har vært lite enighet rundt hvordan en skal skille denne heterogene gruppen inn i mer homogene undergrupper (Frick, Cornell, Barry, Bodin, & Dane, 2003). Forsøk på å gjøre dette kan se ut til å ha identifisert én undergruppe av barn med CD som har en del felles karakteristika med psykopatikonseptet hos voksne (Frick et al., 2000).

### **Psykopatikonseptet og callous-unemotional-trekk hos barn**

Psykopatikonseptet er relevant for å forstå og potensielt predikere disposisjonen enkelte har til å foreta seg antisosiale handlinger i et gjentakende mønster. Begrepet kan regnes som et forsøk på å gruppere individer som innehar en viss konstellasjon av trekk, uttrykt i væremåte og handlinger de fleste samfunn og kulturer vil anse for å være uønskede, lite samarbeidsvennlige, norm- og regelbrytende, og i enkelte tilfeller også straffbare. I 1994 beskrev forskeren Robert D. Hare (s. xi) psykopater som:

[...] sosiale rovdyr som sjarmerer, manipulerer, og på ubarmhjertig måte pløyer sin vei gjennom livet, og etterlater en sti bak seg av knuste hjerter, splintrede forventninger og tomme lommebøker. Med en total mangel på samvittighet og tanke for andres følelser, tar de det de ønsker og gjør som de vil, og bryter sosiale normer og forventninger uten å kjenne verken dårlig samvittighet eller anger (vår oversettelse).

I løpet av flere tiår har det vokst frem en større mengde litteratur og empiriske studier som forsøker å forstå omfang, prognose og behandlingseffekt for psykopatibegrepet. Ettersom



væremåte og personlighet forenlig med psykopatibegrepet for de færreste har oppstått fra én dag til den neste, foreligger også undersøkelser av psykopatiliknende trekk hos barn og unge. Forskning tilsier at psykopatitrekk målt i tidlig ungdomstid kan predikere senere psykopati (Lynam, Caspi, Moffitt, Loeber, & Stouthamer-Loeber, 2007), trekkkonstellasjonen er med andre ord assosiert med en viss stabilitet over tid. Enkelte barns atferd kan fremstå forenlig med psykopatibegrepet slik det har blitt brukt om voksne innen forskningslitteraturen (Barry et al., 2000). Men det er ikke gitt at psykopatikonseptet uten videre kan overføres til barnepopulasjonen. Barn med atferdsforstyrrelser er, som nevnt tidligere, en svært heterogen gruppe (Frick, Ray, Thornton, & Kahn, 2014). Slett ikke alle antisosiale handlinger utføres av individer med en psykopatisk disposisjon, i den betydning at den samme antisosiale handlingen kan forekomme med grunnlag i ulike årsaker eller formål. Barry og kollegaer (2000) har blant annet pekt på at antisosiale handlinger og impulsivitet som relatert til psykopatibegrepet, alene er utilstrekkelige for å kunne klassifisere et individ som psykopat. Paul J. Frick begynte i 1998 å undersøke mulige forløpere til det voksne individets psykopatitrekk, og valgte å se på såkalt callous-unemotional-trekk hos barn. I CU-begrepet ligger trekk som sammenfaller med kjernen i Cleckleys (1976) opprinnelige operasjonisering av psykopatibegrepet. Frick, O'Brien, Wootton og McBurnett (1994) påpeker at CU-trekk kan knyttes opp mot de interpersonlige og motivasjonelle aspektene ved psykopatibegrepet.

**Kartlegging av CU-trekk hos barn.** Det er et behov for kartleggingsinstrumenter som kan identifisere disse barna gjennom reliable og valide målinger. APSD, ICU og APSD-SDQ ser ut til å være de mest brukte kartleggingsinstrumentene da det kommer til å måle CU-trekk hos barn og unge. Et av de mest kjente måleinstrumentene for å identifisere psykopatiliknende trekk hos yngre utvalg, er Antisocial Process Screening Device (APSD) (Dadds, Fraser, Frost, & Hawes, 2005). APSD ble utviklet av Frick og Hare (2001), og består av en graderingsskala på totalt 20 ledd som skåres på en 3-punktsskala. Spørreskjemaet kan besvares av foreldre og

lærere eller som selvrappport. APSD er utviklet for å måle flere dimensjoner av psykopati, og har tre subskalaer (Essau, Sasagawa, & Frick, 2006). Mesteparten av forskningen som har målt CU-trekk i utvalg med barn og ungdom, har brukt følgende subskala; «callous-unemotional» (CU), som består av 6 ledd (Essau et al., 2006).

Innholdet i kartleggingsinstrumentet The Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU) er basert på CU-subskalaen i APSD, og ble utviklet for å kunne gi et mer reliabelt, valid og nøyaktig mål på CU-trekk (Kimonis et al., 2008). ICU består av 24 ledd, og anses som et mer omfattende mål på CU-trekk enn CU-subskalaen fra APSD (Essau et al., 2006). Leddene skåres på en firepunkts Likert-skala, fra 0 («not at all true») til 3 («definitely true») (Kimonis et al., 2008). Kimonis og kollegaer (2008) konkluderte med at ICU ser ut til å være et bedre og mer omfattende mål av CU-trekk, sammenlignet med APSD.

APSD-SDQ brukes også som kartleggingsinstrument for å måle CU-trekk hos barn og unge (Dadds et al., 2005). APSD-SDQ kombinerer APSD med et mer generelt mål på atferds- og emosjonell fungering hos barn; The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). SDQ består av en graderingsskala på 25 ledd med fem subskalaer: Symptom på emosjonelle vansker, prososial atferd, hyperaktivitet, problemer med jevnaldrende og atferdsvansker (Goodman, 1997). Videre er APSD-SDQ undersøkt på yngre utvalg (4 – 9 år), noe som er påpekt som en mangel ved tidligere forskning på mål av CU-trekk (Dadds et al., 2005).

I følge Frick og Moffitt (gjengitt i Scheepers, Buitelaar, & Matthys, 2011) kreves 2 av 4 oppfylte kriterier for å kunne kategorisere et barn som å ha høye nivå av CU-trekk. Kriteriene er: Mangel på anger og skyldfølelse, kjølighet og mangel på empati, upåvirket av egen fremferd, og overfladisk følelsesliv. I et omfattende og populasjonsrepresentativt utvalg som bestod av barn og ungdom, fant Moran og kollegaer (2009) at 88% ikke hadde noen klare CU-trekk. Blant utvalget hadde 8% ett trekk, 2% hadde to trekk og 2% hadde tre eller flere trekk.

En metaanalyse fant at gjennomsnittsnivå av CU-trekk som oftest er høyere hos gutter enn jenter (Longman, Hawes, & Kohlkoff, 2015).

**Risikofaktorer og stabilitet.** I følge en review av Frick og kollegaer (2014), tilsier forskning at gener kan forklare omkring 42 til 68% av variasjon i forekomst av CU-trekk. Pardini, Lochman og Powell (2007) fant at CU-trekk viste en moderat stabilitet over tid og predikerte en økning i antisosial atferd. Gener kan altså bidra til å forklare den tilsynelatende stabiliteten i CU-trekk over tid.

Både miljøfaktorer og biologiske faktorer ser ut til å påvirke utvikling og opprettholdelse eller reduksjon av CU-trekk. Pardini og kollegaer (2007) fant en reduksjon i CU-trekk over tid hos barn som ble utsatt for mindre fysisk avstraffelse. Gjennom barnas selvrappport, fant de at foreldrevarme og -involvering også kunne predikere en reduksjon i CU-trekk og antisosial atferd. Barn som beskrev sine foreldre som lite varme og lite involverte, hadde en økning i CU-trekk unikt assosiert med lavere nivå av angst.

Det er også funnet en assosiasjon mellom traumatiske opplevelser og CU-trekk (Howard, Kimonis, Muñoz, & Frick, 2012; Main & George, 1985). En studie av Main og George (1985) har eksempelvis vist at barn mellom 1 og 3 år som har blitt utsatt for fysisk mishandling av sine foreldre, ikke viste empati, tristhet eller bekymring i samme grad da de var vitne til andre barn som gråt eller på annen måte viste frykt eller panikk. Dette er atferd som samsvarer med hva man kan observere hos barn med CU-trekk; mangel på empati og omtanke for andre. Utrygg tilknytning mellom mor og barn er også assosiert med CU-trekk hos barna (Pasalich, Dadds, Hawes, & Brennan, 2012). Mødrene til barn med høye nivå av CU-trekk tenderer til å ha en negativ emosjons-sosialiseringsstil, preget av mindre aksept og mer avvisning av andre barns erfaringer og følelsesuttrykk (Pasalich, Waschbusch, Dadds, & Hawes, 2014).

**CU-trekk og angst.** Med tanke på utvikling og behandling av CU-trekk har også angstnivå blitt antydnet å spille en sentral rolle. Forskning tilsier at unge barn med lavt angstnivå og mindre fysiologisk aktivering uttrykker mindre bekymring og omsorg overfor andre som lider (Sink, 2010), en tendens som fortsetter videre oppover i barndomsalder i form av lite dårlig samvittighet og mindre empati (Pardini et al., 2007). Barn med lave angstnivå anses som å ha økt risiko for å utvikle CU-trekk (Kochanska, 1995). En rekke forskere har funnet støtte for at CU-trekk og angst er negativt korrelert, i betydning av at høyere CU-nivå er assosiert med lavere angstnivå og omvendt (Frick, Lilienfeld, Ellis, Loney, & Silverthorn, 1999; Pardini et al. 2007; Roose, Bijttebier, Claes, & Lilienfeld, 2011).

I følge Lykken (gjengitt i Sink, 2010) har angst en viktig funksjon ved at den tilrettelegger for læring av passiv unngåelse tidlig i barndommen. Vanligvis forløper dette slik at barn reagerer med negativ affekt overfor andres lidelse eller på å selv bli irectesatt, en reaksjon som kan regnes for å være adaptiv ved å fasilitere etablering av empati og et indre moralsk kompass (Sink, 2010). Lave angstnivå hos barn med atferdsvansker er blitt beskrevet som en mulig årsak til utvikling av CU-trekk, og at det hos barn med høyt angstnivå er dårlig atferds- og emosjonsregulering som bidrar til CU-trekk (Pardini et al., 2007).

**Sammenheng med atferdsvansker.** Det har blitt funnet en assosiasjon mellom CU-trekk og alvorlig antisosial atferd i tenårene (Pardini et al., 2007). CU-trekk ser ut til å kunne identifisere en spesifikk undergruppe av barn med CD, som har et mer alvorlig mønster av atferdsvansker (Frick et al., 2000). I følge Hawes og Dadds, Brennan, Rhodes, & Cauchi (2013), antas det at omkring 35% av alle barn med atferdsvansker skårer høyt på CU. Tenåringar med høye nivå av CU-skårer og alvorlige atferdsvansker er funnet å vise redusert respons (deficits) på i forhold til straff og emosjonell respons til andres signaler om frykt og lidelse (distress) (Frick et al., 2014).

**CU-trekk og behandling.** Frick (1998) har forsøkt å identifisere kausale faktorer for utvikling av CU-trekk i ung alder, for å muliggjøre tidlig intervensjon på grunnlag av en antagelse om at trekkene kanskje responderer bedre på behandling hvis de identifiseres og behandles tidlig. Voksne individer med denne typen personlighetstrekk pleier nemlig sjelden å søke behandling på eget initiativ (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2010), og behandling som enten er påtvunget eller gitt i kriminalomsorgen under soning gir antagelig ikke like gode forutsetninger for endring. I følge Hare (1994) kjenner som oftest ikke individer med psykopatitrekk et behov for å endre seg, fordi personen ikke selv plages eller påvirkes emosjonelt av egen atferd. Opplevelse av subjektivt ubehag og angst kan beskrives som å disponere for endringsmotivasjon. Cleckley (1976) har omtalt den klassiske psykopaten som fri for angst. I tråd med dette fremstår barn med høye nivå av CU-trekk mindre påvirket av sine atferdsvansker enn barn med lave nivå av CU-trekk (Barry et al., 2000), noe som kan få følger for barnets endringsmotivasjon, samt effekten av behandlingstiltak.

### **Behandling av atferdsvansker hos barn**

En rekke intervensjoner er blitt utviklet for å behandle og forebygge atferdsvansker hos barn og unge. I Norge kom det mot slutten av 90-tallet anbefalinger for hvilke behandlinger som burde tas i bruk ved atferdsvansker. To av de tre behandlingene som ble anbefalt var av typen foreldretrening; De Utrolige Årene (DUÅ) og Parent Management Training Oregon (PMTO) (Norges forskningsråd, 1998). I tråd med dette har de intervensjonene som er funnet å være mest effektive for atferdsvansker som regel fokus på foreldrefaktorer (Burke et al., 2002). Intervensjoner for atferdsvansker varierer blant annet med tanke på hvor omfattende de multimodale programmene er og om de involverer barnet i individuelle sesjoner. Behandlinger med individuelle sesjoner er for det meste anbefalt for noe eldre barn, og ofte i kombinasjon med foreldretrening (Beauchaine, Webster-Stratton, & Reid, 2005; Eyberg, Nelson, & Boggs,

2008). For eldre barn og tenåringer med alvorlige atferdsvansker anbefales Multisystemic Therapy (MST) (Eyberg et al., 2008; Norges forskningsråd, 1998).

**Foreldretreningsprogrammer.** Foreldretrening som egen terapiform oppsto mot slutten av 1960-tallet (Askeland, Apeland, & Solholm, 2014) og er den mest brukte terapeutiske intervensjonen for barn og familier (Dadds & Hawes, 2006; Serketich & Dumas, 1996). Dette er en type behandling som ble utviklet for å redusere alvorlige atferdsvansker hos barn og ungdommer (Kazdin, 1997; Sundell, Kling, Livheim, & Mautner, 2005). Foreldretrening er en samlebetegnelse på flere ulike strukturerte, atferdsrettede familieintervensjoner hvor foreldre eller foresatte gjennom diskusjon og veiledning utvikler ferdigheter som kan være med på å redusere atferdsvansker hos barna. I den internasjonale litteraturen brukes begreper som Parent Management Training (PMT; Kazdin, 1997), Behavioural Parent training (BPT; Serketich & Dumas, 1996) og Behavioral family intervention (BFI; Sanders & Dadds, 1993) om denne intervensjonsformen.

Forskere hevder at foreldretreningsprogrammene bygger på teoretiske og empirisk veldokumenterte metoder for å tidlig redusere alvorlige atferdsvansker hos barn og ungdommer (Kazdin, 1997; Sundell et al., 2005). Foreldretreningsprogrammene er bygget på operante læringsprinsipper og praktisk trening, og fokuserer på samspillet mellom barna og deres signifikante omsorgsgivere (Dadds & Hawes, 2006). Operant læring baserer seg på at alle mennesker lærer av hvilke konsekvenser som følger en hendelse eller atferd. Når atferd gjentas på grunn av tidligere ønskede konsekvenser, sier man på fagspråket at atferden er forsterket. Ved bruk av læringsteori kan man bedre forstå hvordan atferdsvansker utvikles og opprettholdes, men også hvordan man kan sørge for å gi konsistente konsekvenser for atferden for å kunne oppnå ønskede endringer i barnas atferd (Kazdin, 1997). Forskning har undersøkt hvordan foreldres disiplinære praksis påvirker aggressiv atferd hos barn. Funn tyder på at barns aggressive atferd kan utvikles og forverres gjennom foreldreatferd, som for eksempel

foreldrenes oppmerksomhet til avvikende atferd, interaksjoner hvor økende aggressiv atferd hos barnet blir forsterket, uoppmerksomhet overfor prososial atferd, påtvingende avstraffelse, dårlig monitorering av barnets aktiviteter og manglende grensesetting (Kazdin, 1997; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989; Patterson, Reid, & Dishion, 1992). Å forbedre foreldreeferdigheter, og dermed samspillet mellom foreldre og barn, ansees som å potensielt kunne hindre eller reversere en slik negativ utvikling.

Patterson (1982) utviklet en læringsmodell for sosial interaksjon som ofte legges til grunn for forståelsen av atferdsvansker. Den tillegger det som konkret skjer i familiesamspillet mellom foreldre og barn betydelig vekt (Askeland et al., 2014; Patterson, 1982). Modellen beskriver hvordan negative samhandlingsmønstre i familier oppstår og opprettholdes, og hva som skal til for å redusere eller stoppe en pågående uhensiktsmessig samværsform som kan føre til atferdsvansker hos barna. Et slikt negativt samhandlingsmønster kan innledes med en nokså uskyldig aversiv oppførsel i hjemmet, som gjennom uhensiktsmessig samhandling utvikler seg til noe tiltakende skadelig. Et eksempel på et slikt samhandlingsmønster er påtvingende (coersive) samhandling som ofte begynner med påtvingende disiplin, der forelderen avbryter barnets aktivitet og kommer med et krav om en gitt handling fra barnet med en trussel om straff dersom barnet ikke adlyder. Dette kan videre utvikle seg til en maktkamp mellom forelder og barn, der barnet motsetter seg forelderens krav om handling, noe som fører til en eskalerende konflikt som til slutt resulterer i at forelderen gir opp. Teorien er at når dette skjer, vil forelderen lære at det å gi opp setter en stopper barnets utbrudd - samtidig som det lærer barnet at å slå seg vrang er en effektiv måte å få viljen sin på. Dette kan bidra til å forsterke barnets negative oppførsel, og barnet kan generalisere mønstrene til andre samhandlingsrelasjoner. Med andre ord blir dette en gjensidig forsterkende prosess, der både barnets og foreldrenes destruktive atferd forsterkes og øker i hyppighet. Prosessen gjentar seg og eskalerer, slik at hele familien etter hvert uttrykker mer fiendtlighet og aggresjon (Askeland

et al., 2014; Dadds & Hawes, 2006; Patterson & Reid, 1984; Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005).

De ulike foreldretreningsprogrammene har som siktemål å gjøre foreldre oppmerksomme på slike prosesser i hjemmet, og hjelpe foreldre med å bryte ut av destruktive samhandlingsmønstre. Dette kan gjøres ved å identifisere prosessene som forekommer, gi foreldrene alternative måter å handle på og øve på disse, slik at måten familien løser problemer og kommuniserer på forbedres (Askeland et al., 2014; Dadds & Hawes, 2006).

**Manualiserte foreldretreningsprogrammer.** Vanlige manualiserte og evidensbaserte intervensjoner i forebygging og behandling av atferdsvansker hos barn er DUÅ (Webster-Stratton, 1984), PMTO (Askeland et al., 2014), Integrative Family Intervention for Child Conduct Problems (IFCCP; Dadds & Hawes, 2006), og KOMmunikasjonsMetod (KOMET; Sundell et al., 2005). Det mindre omfattende programmet Family Check-Up (FCU; Sitnick et al., 2014) vil også bli gjennomgått, da metoden er blitt brukt i behandling av atferdsvansker i relasjon til CU-trekk.

Det teoretiske grunnlaget for de nevnte programmene (med unntak av FCU) er i stor grad det samme, med Pattersons forskning og sosial læringsteori som sine grunnpilarer. Programmene har til felles at de lærer foreldrene å interagere med barna på en fleksibel og positivt forsterkende måte, gjennom å forberede barna på kommende hendelser, bruke tydelig kommunikasjon og forsterke det barnet gjør bra gjennom oppmerksomhet og ros. De lærer å redusere bruk av påtvingende disiplin og inkonsistent oppdragelsespraksis. Det er også fokus på konflikthåndtering og problemløsning. De øver seg på å praktisere mer hensiktsmessige samspillmønstre slik at foreldre-barn-samspillet styrkes og forbedres. På denne måten vil foreldrene kunne få en grunnleggende endret måte å møte barnet sitt på i hverdagslige situasjoner, slik at prososiale ferdigheter utvikles og utagering gradvis avtar hos barna.



Foreldrene får også hjemmeoppgaver som blir fulgt opp i de ukentlige behandlingstimene eller gruppemøtene.

DUÅ er utviklet i USA. I den internasjonale forskningslitteraturen omtales programmet med sin originale tittel; The Incredible Years Training Program. Dette er et multimodalt, manualisert program utviklet over flere år av Carolyn Webster Stratton (1984), som består av programmer for både barn, lærere og foreldre. Foreldretreningsdelen av programmet er utviklet for foreldre til barn mellom 3 og 12 år (Martinussen, 2009), og gis vanligvis som gruppetrening der foreldrene møtes én gang i uken over 12-20 uker, der hvert møte varer i omkring 2-3 timer (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, udatert).

KOMET ble utviklet i Sverige. Arbeidet med manualen ble innledet av Martin Hassler og Linda Havbring i 2002 og er inspirert av Webster-Strattons, Pattersons og Barkleys foreldretreningsmodeller, tilpasset svenske forhold (Sundell et al., 2005). Behandlingen er utprøvd på barn i aldersgruppen 3 til 12 år, og består av elleve møter, ledet av to gruppeledere. Hver gruppe består av foreldrene til seks barn (Sundell et al., 2005).

IFCCP er utviklet i Australia av Dadds og Hawes (2006). Metoden har blitt utviklet over en lengre tidsperiode fra slutten av 1980-tallet, og begynte med foreldretreningsintervensjonen til Sanders og Dadds (1993). Deretter utviklet Sanders og Dadds to ulike intervensjoner hver for seg, der Dadds og Hawes (2006) laget IFCCP, og Sanders, Markie-Dadds, Tully, og Bor (2000) utviklet Positive Parenting Programme (Triple P). IFCCP har derfor mange likheter med Sanders og Dadds (1993) opprinnelige familietreningsprogram, men IFCCP har tydeligere fokus på tilknytning, attribusjonsteori og familiesystemer (M. R. Dadds, personlig kommunikasjon, 16. oktober 2015). IFCCP er laget for familier med barn i alderen 2 til 8 år. Manualen skisserer ni sesjoner, der den første er en kartleggingssesjon som varer i 1.5 time. Etter dette følger ukentlige sesjoner som hver varer i om lag én time (Dadds & Hawes, 2006).

FCU er betydelig kortere enn de overnevnte programmene, med sine tre behandlingssesjoner. FCU er et forebyggende program, som ofte brukes på yngre barn mellom 2 og 5 år (Sitnick et al., 2014). FCU er inspirert av motivasjonsintervjuliknede teknikker (Hyde et al., 2013). Foreldreferdigheter læres i denne modellen ved at det bygges opp under foreldrenes ressurser og at de lærer effektive og positive strategier for å håndtere vanskene i familien (Sitnick et al., 2014). Intervensjonen er med på å hjelpe foreldre til å sette mål for familien som er med på å redusere tvingende og aversive interaksjoner (Sitnick et al., 2014).

**Multimodale behandlingsprogrammer.** Det er også utviklet programmer som kan intervenere på flere områder enn kun foreldreatferd. Risikofaktorer for å utvikle atferdsvansker kan ligge både hos barnet, familien og i miljøet barnet vokser opp i (Thomsen & Skovgaard, 2007). Med grunnlag i en antagelse om at endring av strukturer og mønstre i flere sosiale systemer samtidig øker sannsynligheten for en positiv atferdsendring (Nordahl, Sørli, Manger, & Tveit, 2014), kan det være fordelaktig å sette i verk tiltak på flere områder enn ett, og etterstrebe en flerfaglig tilnærming. Multimodale programmer er kjennetegnet av at nettopp dette - at de intervensjoner på flere områder. Eksempelvis har både KOMET og DUÅ et læretreningsprogram og et barnetreningsprogram i tillegg til foreldreprogrammet. Andre eksempler på multimodale programmer er Alternatives for Families: A Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT; Kolko et al., 2009), og et program utviklet av Masi og kollegaer (2011) med ukjent navn.

AF-CBT er utviklet over omkring tre tiår, av David Kolko i samarbeid med Hicks, Wolfe, Alexander og Robin (Kolko, 2015). Intervensjonen er utprøvd på barn i alderen 6 til 11 år (Kolko et al., 2009). Programmet har teoretiske røtter fra både kognitiv terapi, atferds- og læringsteori, familierapi, utviklingsviktologi (developmental victimology), og psykologien bak aggresjon (Child Welfare Information Gateway, 2013). Programmet innebærer én ukentlig sesjon over en periode på omkring et halvt år (Kolko & Pardini, 2010).

Deler av behandlingen gjennomføres med familien samlet i terapirommet, andre deler arbeider barnet og foreldrene separat med hver sin terapeut; henholdsvis individualterapi og foreldretrening. Kolko og Pardini (2010) beskriver en syvdelt behandlingstilnærming: 1) medikamentell behandling av ADHD der dette er relevant, 2) CBT for barnet, 3) foreldretrening, 4) psykoedukasjon, 5) involvering av skolen 6) utvikling av relasjoner mellom jevnaldrende, 7) krisehåndtering. Opplegget tilpasses den enkelte familie og barn, men bygger på samme grunnpremisser.

Den multimodale behandlingen til Masi og kollegaer (2013) foregår én gang i uken, fire timer per gang, over en periode på ett år. Programmet er utprøvd på barn mellom 6 og 14 år. Hver enkelt behandlingssesjon innebærer individualterapi for barnet/ungdommen, med parallell foreldretrening. I tillegg til dette får noen av barna/ungdommene farmakologisk behandling. Individualterapiens fokus er å oppøve barnas selvkontroll og problemløsningsevner, og bygge sosiale og relasjonelle ferdigheter gjennom modellering, hjemmeoppgaver, rollespill, og positiv forsterkning. I tillegg arbeides det med negative holdninger, og tendens til feiloppfatninger og feiltolkninger forsøkes endret. Foreldretreningen innebærer stort sett det samme som de tidligere gjennomgåtte foreldretreningsprogrammene.

**Effekten av foreldretreningsprogrammer.** I Norge har de manualiserte foreldretreningsprogrammene Parent Management Training Oregonmodellen og De Utrolige Årene blitt implementert og evaluert med lovende resultater (Bjørknes, Kjøbli, Manger, & Jakobsen, 2012; Forgatch & DeGarmo, 2011; Larsson et al., 2009; Ogden & Hagen, 2008). Både PMTO og DUÅ har blitt evaluert av uavhengige forskningsgrupper, og vurdert som virksomme tiltak i behandling av atferdsvansker hos barn (Menting, de Castro og Matthys, 2013; Top Tier Evidence Initiative, 2013). Serketich og Dumas (1996) utførte en metaanalyse av 26 studier på foreldretrening, og fant at barna til foreldre som deltok i foreldretreningsprogrammer var bedre tilpasset etter behandling enn 80 prosent av barna hvis

foreldre ikke hadde deltatt. De vektla at studiene hadde store effektstørrelser, men poengterte at det kun var snakk om korttidseffekter.

Michelson, Davenport, Dretzke, Barrow og Day (2013) konkluderer også med at foreldretrening er en effektiv behandling for atferdsvansker i sin metaanalyse av 28 randomiserte, kontrollerte studier, men påpekte at det var signifikant heterogenitet i effektstørrelse. Kaminski, Valle, Filene og Boye (2008) utførte en omfattende metaanalyse av 77 studier som benyttet seg av ulike typer foreldretrening. Foreldretreningsprogrammene som ble inkludert var imidlertid ikke utelukkende benyttet til å behandle atferdsvansker; enkelte av dem hadde som formål å behandle ADHD, forbedre foreldre-barn-relasjonen, eller forebygge problematferd. Ved utregning av "standardized mean difference" fant de en samlet, vektet effektstørrelse for alle studier på 0.34. Effektstørrelsen økte ytterligere til 0.46 da de fjernet studiene som hadde brukt flere intervensjoner enn kun foreldretrening fra analysene. Den sistnevnte tilsvarer en endring på nærmere et halvt standardavvik.

Reyno og McGrath (2006) konkluderte tilsvarende i sin metaanalyse; foreldretrening er effektiv behandling av atferdsvansker, men ikke alle familier drar nytte av behandlingen. Videre påpekte de at behandlingsresponsen som oftest også er påvirket av variabler som bare indirekte involverer barnet; eksempelvis sosioøkonomisk status og foreldrenes mentale helse.

Dadds og Hawes (2006) konkluderte i sin oppsummering av forskningslitteraturen på foreldretreningsintervensjoner med at intervensjonene kan regnes som effektive, og at litteraturen viser at noen familier, - vanligvis de med flere dysfunksjoner og spesielt vanskelige barn, ikke drar like god nytte av behandlingen. I tillegg kan forskning antyde at i tilfellene der foreldretrening gis som eneste intervensjon for barn med alvorlige atferdsvansker, øker sannsynligheten for drop-out sammenliknet med intervensjoner som kun var direkte rettet mot barnet, eller en intervensjon som kombinerte disse metodene (Miller & Prinz, 2003).

På tross av at foreldretreningsprogram er virksomme, ser det som nevnt likevel ut til at omkring én tredjedel av barna ikke får godt utbytte av denne typen behandling (Drugli, 2013; Fossum, Drugli, Handegård, & Mørch, 2010; Webster-Stratton & Hammond, 1997). Forskere har i tråd med dette begynt å undersøke om tilstedeværelse av CU-trekk hos barna kan være en medvirkende årsak til at enkelte barn fortsetter å ha store atferdsvansker etter at deres foreldre har deltatt i foreldretrening (Kolko & Pardini, 2010; Lazer, 2012; Masi et al., 2013). Dersom barn med høye nivå av CU-trekk ikke får tilsvarende behandlingsutbytte som barn med lave nivå av CU-trekk, kan det være fordelaktig å utvikle egne behandlingsformer som er bedre tilpasset denne gruppen. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å utforske om høye nivå av CU-trekk hos barn påvirker behandlingseffekten av foreldretreningsprogram.

### **Metode**

For å besvare problemstillingen ble det gjennomført et systematisk litteratursøk i databasen PsychINFO, Web of Science, psychAPA og PubMed. Det ble søkt på søkeordene ”callous\*”, ”unemotional” eller ”callous-unemotional”, kombinert med søkekombinasjonen ”behavioural parent training”, ”PMT”, «parent training» eller ”parent management training”. Referanselisten i relevante artikler og kapitler i bøker ble også gjennomgått for å finne frem til relevante studier.

Inklusjonskriteriene var empiriske studier som hadde sett på sammenhengen mellom callous-unemotional-trekk og behandlingseffekt på atferdsvansker hos barn og unge, der foreldretrening ble gitt alene eller som del av et multimodalt behandlingsprogram. Studiene som er inkludert omfatter artikler som forelå per januar 2015 og som tilfredstilte nevnte inklusjonskriterier.

### **Behandlingsstudier av barn med atferdsvansker og CU-trekk**

Til sammen ble det funnet åtte studier som var relevante for problemstillingen. Felles for disse studiene var at de så på assosiasjonen mellom CU-trekk og behandlingseffekt av foreldretrening.

### **Hawes og Dadds (2005)**

**Hensikt.** Studiens første hypotese var at det ville være en positiv korrelasjon mellom alvorlighetsgraden av atferdsvanskene og CU-trekk. Andre hypotese var at deltakere med høye nivå av CU-trekk ville respondere mindre på behandling. De ønsket også undersøke om høy CU-gruppen responderte bedre på en oppdragsstrategi preget av belønning sammenliknet med mer disiplinære strategier. De ønsket de å registrere barnas reaksjoner på foreldrenes bruk av disiplinære strategier, og hypotetiserte at deltakere med høye nivå av CU-trekk ville reagere med mindre negativ affekt som reaksjon på å bli irettesatt av sine foreldre, enn barna med lave nivå av CU-trekk.

**Metode.** Utvalget bestod av gutter som var henvist til psykologiske klinikker ved to universiteter i Australia (N = 56). Alderen på deltakerne i utvalget var fra 4 til 8 år. Inklusjonskriteriet var at deltakerne var innenfor aldersgruppen og møtte DMS-IV-kriterier for enten CD eller ODD. Alle deltakere i studien mottok samme behandling, det var ingen kontrollgruppe.

For å kunne identifisere diagnose og vurdere alvorlighetsgrad av atferdsvansker, ble The Diagnostic Interview Schedule for Children Adolescents and Parents (DISCAP) benyttet. En kombinasjon av Antisocial Process Screening Device og Strengths and Difficulties Questionnaire (APSD-SDQ) ble brukt for å måle CU-trekk, samt for å beskrive en *antisosial faktor*. Family Observation Schedule (FOS) ble brukt ved hjemmeobservasjoner for å måle foreldreatferd, bruk av ros og disiplineringsstrategier. Det ble foretatt fire observasjoner i hjemmet per deltaker. For å undersøke foreldrenes etterlevelse til foreldretreningen, barnas

affekt og respons, fylte foreldrene ut skjemaer for registrering av dette og barnas atferd. DISCAP ble benyttet som utfallsmål.

Blant utvalget som helhet, valgte seks familier å ikke fullføre sin deltakelse i studien. Ingen forskjeller mellom disse og de øvrige familiene ble funnet.

**Behandling.** Intervensjonen bestod av et manualisert foreldretreningsprogram utviklet av Sanders og Dadds (1993) gitt over en periode på 10 uker, med ukentlige sesjoner av én times varighet, der foreldrene fikk opplæring i bruk av belønnende og disiplinære oppdragelsesstrategier.

**Resultat og konklusjon.** Andel deltakere som ble kategorisert som høy CU er ikke oppgitt, men gjennomsnittlige CU-skårer falt fra  $M = 9.42$  målt før behandling, til  $M = 7.78$  målt etter behandling, og ytterligere ved oppfølging  $M = 7.39$ . Studien fant støtte for hypotesen om at alvorlige atferdsvansker før behandling og CU-skårer ville samvariere. Det ble funnet signifikante, positive korrelasjoner av moderat størrelse mellom CU-trekk målt før behandling og alvorlighetsgrad av ODD-symptomer, og mellom antisosial faktor og CU-skårer. Hypotesen om at barn med høye CU-skårer hadde mindre behandlingseffekt målt ved oppfølging enn de som skåret lavt, ble også støttet. Det viste det seg mer sannsynlig at deltakerne med høye CU-skårer fortsatt hadde en ODD-diagnose etter behandling, og høye CU-skårer predikerte mindre behandlingseffekt uavhengig av foreldrenes implementering av behandlingen. Et større antall behandlingssesjoner og økende alder, var også signifikant assosiert med økt sannsynlighet for ODD-diagnose ved oppfølging.

Barn med høye nivå av CU-trekk hadde signifikant mindre behandlingseffekt av disiplinære strategier. Det var en signifikant positiv korrelasjon av middels størrelse mellom høye nivå av CU-trekk og foreldrerapporter som uttrykte at time-out var en ineffektiv disiplinær strategi. En liknende sammenheng ble ikke funnet for belønningsstrategier.

Studien fant også støtte for at barn med høye nivå av CU-trekk viste mindre negativ affekt enn barn med lave CU-skårer, som reaksjon på disiplinære oppdragelsesstrategier.

### **Kolko og Pardini (2010)**

**Hensikt.** Et av studiens formål var å undersøke hvordan CU-trekk og spesifikke dimensjoner relatert til ODD-diagnosen kan påvirke behandlingseffekten av et multimodalt behandlingsopplegg for atferdsvansker. Flere hypoteser ble undersøkt, men kun hypoteser av relevanse for problemstillingen vil nevnes her. Første hypotese var at ODD-dimensjonen sårende (*hurtful*), som kan relateres til trekkene kjølig/ufølsom (*callous*) og hevnlysten/ondskapsfull (*spiteful/vindictive*), ville kunne predikere fremtidig CD-diagnose og økt antisosial atferd etter behandling. Andre hypotese var at CU-trekk målt før behandling ville predikere det samme.

**Metode.** Utvalget bestod av 177 barn mellom 6 og 11 år fra USA, antall jenter og gutter er ikke oppgitt. I tillegg til å være innenfor rett aldersgruppe, måtte barna være diagnostisert med ODD ( $n = 115$ ) eller CD ( $n = 29$ ) og ha et intellektuelt nivå tilsvarende  $IQ > 70$ . 139 av de 177 barna ble randomisert til to behandlingsgrupper. Ene gruppen mottok behandling i nærområdet ( $n = 69$ ), den andre på en poliklinikk ( $n = 70$ ). Begge mottok lik behandling. De resterende deltakerne ( $n = 38$ ) fungerte som kontrollgruppe, og fikk ordinær behandling ved to andre behandlingssteder (*treatment as usual*, TAU). Behandlingen kontrollgruppen mottok fulgte ingen protokoll, og varierte i innhold.

Forfatterne benyttet Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children for DSM-IV (K-SADS) for å undersøke tilstedeværelse av ODD/CD. De benyttet APSD utfylt av lærere for å måle CU-trekk. For å klassifisere et barn som høy-CU, tok forfatterne utgangspunkt i Frick & Moffitts kriterier (gjengitt i Scheepers, Buitelaar & Matthys, 2011), som foreslår at det bør kreves at to av de følgende fire kriteriene er tilfredstilt: Mangel på anger og skyldfølelse, kjørlighet og mangel på empati, upåvirket av egen fremferd,



og overfladisk følelsesliv. The Child Behavior Checklist (CBCL) ble benyttet for å måle bl.a. eksteraliserende atferd. Self Report of Antisocial Behavior (SRA) ble besvart av barna selv, og ble delt inn i de tre skalaene *vold*, *tyveri* og *hærverk*. K-SADS og SRA og CBCL ble brukt som utfallsmål.

Blant utvalget som helhet, deltok 90% fortsatt i studien ved oppfølging 3 år etter behandling. For TAU-gruppen manglet en signifikant større andel data, ingen flere forskjeller mellom gruppene ble funnet.

**Behandling.** Behandlingsopplegget var manualisert og av multimodal type, ved navn Alternatives for Families: A Cognitive-Behavioral Therapy (AF-CBT) beskrevet i Kolko og kollegaer (2009). Behandlingsopplegget involverte bl.a. foreldretrening, medikamentell behandling av ADHD, CBT for barnet, og skoleinvolvering. Barnets evne til perspektivtaking og andre sosialkognitive evner ble oppøvd gjennom CBT, og trukket frem av forfatterne som særlig relevante i behandlingen av CU-trekk. Behandlingen foregikk gjennom ukentlige møter over omkring 21 uker. TAU-behandlingen varte i omkring 28 uker, og fulgte ingen behandlingsprotokoll.

**Resultat og konklusjon.** Forfatterne rapporterer at 42% av studiens deltakerne ble regnet som høy CU, mot 59.5% av deltakerne med CD-diagnose og 37% med ODD-diagnose. Verken TAU eller den multimodale behandlingen resulterte i signifikante endringer i CU-trekk fra før til etter behandling. Blant det totale antallet deltagere, ble 64 klassifisert som ODD-sårende.

Det ble funnet en signifikant høyere forekomst av ODD-sårende og CU-trekk hos deltakerne med en CD-diagnose. Første hypotese som tilsa at dimensjonen ODD-sårende målt før behandling ville kunne predikere CD og økt antisosial atferd etter behandling, ble støttet. Gjennom foreldrerapport ble ODD-sårende funnet å være en statistisk signifikant prediktor for økt eksteraliserende atferd etter behandling, men fant ikke støtte for at dette også gjaldt for

høy CU. Selvrapporterte voldshandlinger begått etter fullført behandling, kunne predikeres av både CU-trekk og ODD-sårende-dimensjonen med små til medium store effektstørrelser, men var kun statistisk signifikant for ODD-sårende.

De fant ikke støtte for andre hypotese som tilsa at CU-trekk ville predikere mindre behandlingseffekt, men fant at høyere totalskåre på APSD faktisk var signifikant assosiert med færre CD-symptomer etter behandling.

### **Dadds, Cauchi, Wimalaweera, Hawes og Brennan (2012)**

**Hensikt.** Formålet med studien var å undersøke behandlingseffekten av foreldretreningsopplegget Integrative Family Intervention for Child Conduct Problems (IFCCP) opp mot en betingelse som i tillegg til IFCCP inkluderte trening i affektgjenkjenning og empati (Emotion-Recognition Training, ERT) for barn med atferds- og emosjonelle vansker. Første hypotese var at en eventuell reduksjon i atferdsvansker etter behandling, ville medieres av endringer i affektgjenkjenningsevne og empati. Andre hypotese var at behandlingseffekten ville modereres av CU-trekk og autistiske trekk, og at barn med disse trekkene ville få økt behandlingseffekt dersom de også mottok ERT.

**Metode.** Utvalget bestod av 148 gutter og 48 jenter (N = 196), i alderen 6 til 16 år. Deltakerne hadde vært i kontakt med psykisk helsevern i forkant av studien, og hadde en lengre behandlingshistorikk. Hovedinklusionskriteriet var atferdsvansker assosiert med en eller flere av de følgende diagnosene: ODD, CD, ADHD, ASD, angst og depresjon. Forekomst av komorbiditet i utvalget var 42.3% for to diagnoser, og 14.2% for tre eller flere diagnoser. Deltakerne ble randomisert til én av to behandlingsbetingelser. Studien hadde ingen kontrollgruppe.

Studien benyttet DISCAP til diagnostisk kartlegging. APSD-SDQ ble brukt for å måle CU-trekk, og fylt ut av foreldre og lærere. Gruppen regnet som høy CU i denne studien, var den andelen deltakere som ble skåret blant de øverste 50% på APSD-SDQ. Variablene

affektgjenkjenning og empati ble kartlagt med the Family and Child Experiences Survey (FACES) og the Griffith Empathy Measure (GEM). Kartleggingsinstrumentene ble i hovedsak fylt ut av deltakernes mødre, men supplerende data fra fedre og lærere ble også innhentet. Subskalaene *atferdsvansker* og *totale vansker* fra SDQ ble brukt som utfallsmål.

På oppfølgingstidspunktet et halvt år etter behandling, hadde antall deltakere falt fra 196 til 141. Forfatterne rapporterte at det ikke forelå signifikante forskjeller mellom de som fullførte og de som droppet ut av studien med hensyn til utfallsmålene eller tilhørighet til betingelse, men det var signifikant større sannsynlighet for at barna som droppet ut kunne kategoriseres som høy CU.

**Behandling.** Både IFCCP og ERT-intervensjonene bestod av 4 sesjoner, hver på 1.5 time (n = 105). I ERT-betingelsen brukte barna et databasert MindReading-program (Baron-Cohen, Golan, Wheelwright, & Hill, 2004) samtidig som foreldrene mottok IFCCP (n = 90). Programmets formål er å trene opp barnas oppfattelse og tolkningsevne for affekt/emosjoner, og gjennomføringen er knyttet opp mot en kontekst av daglige foreldre-barn interaksjonsøvelser.

**Resultat og konklusjon.** I behandlingsbetingelsen med kun foreldretrening (IFCCP), ble 42 deltakere klassifisert som lav CU og 24 deltakere som høy CU. I betingelsen som inkluderte ERT, ble 40 deltakere klassifisert som lav CU og 18 deltakere som høy CU.

Før behandlingsstart hadde barna med høye CU-skårer mer alvorlige atferdsvansker og lavere empatiskårer enn barna med lave CU-skårer. Atferdsvansker målt med SDQ viste en signifikant treveis interaksjon mellom behandlingsbetingelse, tid og CU-skårer. ERT-betingelsen medførte større reduksjon i atferdsvansker (fra M = 4.17 til M = 3.30) enn IFCCP alene (fra M = 4.24 til M = 4.17). Endringene i ERT-betingelsen viste seg å ikke være mediert av endringer i affektgjenkjenning og empati spesifikt. Første hypotese ble dermed ikke støttet.

Høye nivå av CU-trekk ble funnet å moderere behandlingseffekten av betingelsen som kun involverte IFCCP. Et halvt år etter behandling ble det funnet en liten signifikant forverring av atferdsvansker for barna med høye nivå av CU-trekk i denne betingelsen.

Det ble ikke funnet støtte for at ERT-intervensjonen hadde signifikant effekt på atferdsvansker i utvalget som helhet, men for guttene i utvalget med høye nivå av CU-trekk, var betingelsen assosiert med en signifikant reduksjon i atferdsvansker. Denne assosiasjonen var uavhengig av målbare endringer i affektiv empati og affektgjenkjenning. I følge artikkelen gjorde lav statistisk kraft at resultatene for jenter var vanskelig å tolke.

### **Lazer (2012)**

**Hensikt.** Studiens formål var å undersøke hvordan foreldres bruk av disiplinerende eller belønnende oppdragelsesteknikker ville påvirke sammenhengen mellom CU-trekk og behandlingseffekt hos barn med atferdsvansker. Første hypotese tilsa at det ville være en positiv sammenheng mellom økt tilstedeværelse av CU-trekk og mindre behandlingseffekt etter foreldretreningsintervensjon. Andre hypotese tilsa at det ville foreligge en interaksjonseffekt der belønnings- eller disiplinær strategi ville moderere sammenhengen mellom CU-trekk målt før behandling, og behandlingseffekt. Det var hypotetisert at en disiplinorientert intervensjon ville føre til lavere behandlingseffekt for barn med høye CU-skårer, men en større behandlingseffekt ved en belønningsorientert intervensjon.

**Metode.** Utvalget i studien bestod av 47 gutter og 27 jenter ( $n = 74$ ) i USA, i alderen 3 til 8 år. Inklusjonskriteriet var at foreldrene måtte kunne si seg enige i utsagnet "Jeg har problemer med å håndtere mitt barns atferd". Utvalget ble randomisert til to grupper, med følgende betingelser: Fem ukers foreldretrening i disiplinære teknikker, eller fem ukers foreldretrening i belønningsbaserte teknikker.

For å kartlegge tilstedeværelse av CU-trekk, ble Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU) utfylt av barnas foreldre. The Parenting Scale (PS) ble benyttet for å undersøke

foreldrenes bruk av dysfunksjonelle oppdragelsesstrategier. Subskalaen støttende/engasjert (*supportive/engaged*) fra The Parenting Behavior Inventory (PBI) ble valgt for å undersøke foreldrevarme og -omsorg. For å kunne beskrive positive relasjoner til jevnaldrende, tilstedeværelse av ODD- og CD-symptomer og grad av funksjonssvekkelse, benyttet forfatterne The New York Parenting Rating Scale for Preschool-aged children (NYPRS-P). Studien hadde NYPRS, PS og PBI som utfallsmål.

Antall deltakere som eventuelt droppet ut i løpet av studien er ikke beskrevet, det samme gjelder for antall barn kategorisert som høy CU.

**Behandling.** Barnas foreldre deltok på foreldretrening i grupper, basert på DUÅ. Behandlingen varte i fem uker, med én to timer lang sesjon per uke. Foreldretreningsprogrammet hadde som hensikt å lære foreldrene teknikker for å frembringe økt sosial kompetanse og mindre problematferd hos barna. Foreldrene fikk også opplæring i enten disiplinære eller belønnende oppdragelsesteknikker. Den disiplinerende betingelsen involverte blant annet bruk av effektive beskjeder, bruk av time-out og fjerning av positive privilegier. Den belønnende betingelsen la vekt på å bygge god tilknytning mellom foreldre og barn gjennom lek, ros, positiv anerkjennelse, og håndfaste belønninger.

**Resultat og konklusjon.** Målinger av CU-trekk før behandling var høyt korrelert med målinger etter behandling, noe som indikerer en viss stabilitet. Studiens resultater var blandet med tanke på CU-trekk som moderator for behandlingseffekt. Det ble funnet en positiv korrelasjon av liten til middels størrelse mellom høye nivå av CU-trekk målt før behandling og lavere behandlingseffekt målt med PS-endringsskåre. Det vil si at høye nivå av CU-trekk var assosiert med mindre forbedring i bruk av oppdragelsesstrategier ansett som dysfunksjonelle.

Samtidig var endring målt med NYPRS og CU-skårer målt før behandling signifikant moderat korrelert, noe som tilsier at høyere CU-skårer faktisk var assosiert med større

forbedring av atferdsvanskene. De fant videre at barna med mest alvorlige atferdsvansker målt før behandling, også forbedret seg mest i forhold til atferdsvanskene.

CU-skårene korrelerte ikke signifikant med endringer i foreldrenes bruk av enten belønningsbaserte eller disiplinære oppdragelsesteknikker, målt med underskalaer på PS og PBI. Typen oppdragelsesteknikk (belønning eller disiplin) modererte sådan ikke sammenhengen mellom CU-trekk og behandlingseffekt.

### **Hawes, Dadds, Brennan, Rhodes og Cauchi (2013)**

**Hensikt.** Studiens første hypotese var at barn med atferdsvansker og høye CU-skårer ville få lavere behandlingseffekt av foreldretreningsintervensjonen IFCCP. Andre hypotese var at grad av CU-trekk ville kunne predikere atferdsvanskenes alvorlighetsgrad seks måneder etter behandlingsslutt. Tredje hypotese var at forholdet mellom CU-trekk og behandlingsutfall ville være uavhengig av eventuelle komorbide autismspektertrekk.

**Metode.** Utvalget i studien bestod av 67 gutter og 28 jenter (N = 95) i alderen 3 til 9 år, hentet fra et større prosjekt som undersøkte utviklingsmessige, biologiske korrelater til atferdsvansker hos barn. Alle deltakerne i prosjektet var på forhånd blitt henvist til en klinikk for psykisk helse som spesialiserte seg på behandling av vansker hos barn og familier. Inklusjonskriteriet var at barna måtte være i alderen 3 til 9 år og ha atferdsvansker som primærdiagnose. Alle deltakere mottok samme behandling, det var ingen kontrollgruppe.

For å kunne identifisere diagnose(r) og vurdere alvorlighetsgrad av atferdsvansker, ble DISCAP benyttet. Social Responsiveness Scale (SRS) ble benyttet for å undersøke autismspektertrekk, og fylt ut av mødre. For å måle CU-trekk ble APSD-SDQ fylt ut av foreldre og lærere. Studiens forfattere operasjonaliserte høy CU som de øverste 35% av utvalget med høyest CU-skårer. Forfatterne begrunnet dette med at omtrent 35% av alle barn med atferdsvansker antas å skåre høyt på CU-trekk. DISCAP ble benyttet som utfallsmål.

Antall deltakere som eventuelt droppet ut i løpet av studien er ikke oppgitt.

**Behandling.** Behandlingen bestod av det manualiserte foreldretreningsprogrammet IFCCP. Programmet ble innledet med én dobbeltime med foreldrene og observasjon av barnet, og fortsatte deretter med én sesjon ukentlig i ni uker. Gjennomsnittlig deltagelse var på 5.22 sesjoner (SD = 1.71). Supplerende intervensjoner ble også tilbudt, for å bearbeide eventuell misnøye med parforholdet eller symptomatologi hos foreldrene.

**Resultat og konklusjon.** Det ble funnet en moderat til sterk sammenheng mellom hva mødre, fedre og lærere rapporterte av CU-trekk hos barna på APSD-SDQ. Mors utdanningsnivå var assosiert med alvorlighetsgrad av atferdsvansker på begge tidspunkt. Det ble funnet en signifikant positiv korrelasjon av nær middels størrelse mellom CU-trekk og alvorlighetsgrad av atferdsvansker både før og etter behandling.

Ved oppfølging et halvt år etter behandling tilfredstilte 27% av gruppen med høye CU-skårer fortsatt kriteriene for diagnosen ODD, mot 12% av gruppen med lave CU-skårer. Assosiasjonen mellom CU og behandlingseffekt var uavhengig av sosioøkonomisk status, alder, kjønn, alvorlighetsgrad av symptomer før behandling, eventuell medisiner, og antall behandlingssesjoner. Til tross for mindre behandlingseffekt hos de med høye nivå av CU-trekk, påpekte forfatterne at de fleste av barna med høye nivå av CU-trekk ikke lenger møtte kriteriene for en ODD diagnose etter behandling.

Ifølge måleinstrumentet SRS hadde 7.5% av barna i utvalget komorbide autismespektertrekk. Majoriteten av disse kunne plasseres innen gruppen med lave nivå av CU-trekk. Verken komorbid ADHD eller angstlidelse kunne forklare assosiasjonen mellom lavere behandlingseffekt og høye CU-skårer. Et høyere angstnivå før behandling var assosiert med mindre atferdsvansker etter behandling, en assosiasjon som var signifikant og uavhengig av CU-skårer.

**Högström, Enebrink og Ghaderi (2013)**

**Hensikt.** Studiens første hypotese var å undersøke om barn med høye CU-trekk ville ha mindre behandlingseffekt av en internettbasert foreldretreningsintervensjon for atferdsvansker, sammenliknet med barn med lave nivå av CU-trekk. Andre hypotese var at det ville være en sammenheng mellom endringer i foreldreatferd som følge av behandling, og CU-trekk.

**Metode.** Utvalget bestod av svenske barn rekruttert gjennom avisannonsering, oppslag på barnepsykiatriske klinikker og på skoler. Barna ble randomisert til intervensjonsgruppen (n = 57) eller satt på venteliste (n = 46). Intervensjonsgruppen bestod av 31 gutter og 26 jenter (n = 57) i alderen 3 til 11 år. Det oppgis ikke liknende statistikk for venteliste-/kontrollgruppen.

Inklusjonskriteriene var at barna skulle være mellom 3 og 12 år, og skåre innenfor klinisk område på kartleggingsinstrumentet Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI).

For å kartlegge grad av atferdsvansker, ble skalaer fra ECBI og SDQ benyttet: *Intensitet/frekvens* og *problematferd*, og *emosjonelle problemer*, *prososial atferd* og *relasjonelle problemer med jevnaldrende*. Subskala fra APSD ble brukt for å måle tilstedeværelse av CU-trekk. Åtte av barna (14%) i intervensjonsgruppen ble klassifisert som å ha høye nivå av CU-trekk, 49 barn (86%) ble regnet som lave. For å måle ulike aspekter ved foreldrenes oppdragsstil, ble The Parenting Practices Interview (PPI) benyttet. Kartleggingsinstrumentene ble fylt ut av barnas foreldre. ECBI, SDQ og PPI ble brukt som utfallsmål.

Blant utvalget som helhet, droppet 12.3% ut av studien. Eneste rapporterte forskjell mellom de som fullførte og ikke, var at alle som droppet ut kunne kategoriseres som lav CU.

**Behandling.** Behandlingen bestod av et internettbasert foreldreningsprogram basert på KOMET-programmet, i form av syv internettbaserte sesjoner som hver varte i omkring 1.5 time, over 10 uker. Programmet bestod av skrevet tekst, bilder og illustrerende videoer av



adaptive og ikke-adaptive foreldrestrategier i ulike familiekontekster. Foreldrene førte i tillegg dagbok over internett.

**Resultat og konklusjon.** Behandlingseffekten av foreldretreningen var mindre for gruppen regnet som høy CU enn lav CU. Den behandlingsrelaterte effektstørrelsen var svært liten for gruppen med høye CU-skårer, men middels stor for gruppen med lave nivå av CU-trekk. Dette selv om foreldrene til barna i begge grupper forbedret sin oppdragelsesstil i like stor grad.

Det ble funnet en signifikant interaksjon mellom faktorene tid (før/etter behandling), CU-gruppe (høy/lav) og intensitet/frekvens av atferdsvanskene. Det ble funnet støtte for hypotesen om at barn med atferdsvansker og høye nivå av CU-trekk responderte mindre på behandling, målt med ECBI. Gruppen med høye nivå av CU-trekk viste ingen signifikant endring i intensitet/frekvens av atferdsvanskene. Barna i lav CU-gruppen fikk derimot en nedgang på 25% i intensitet/frekvens. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom gruppen med høye og lave nivå av CU-trekk med tanke på antall problemområder etter behandling målt med ECBI. Foreldrene i begge grupper rapporterte en signifikant nedgang. Derimot hadde gruppen som var høy CU et større antall problemområder ( $M = 15.13$ ), sammenlignet med lav-CU-gruppen ( $M = 8.88$ ), både før og etter behandling. Reduksjonen i antall problemområder for høy CU-gruppen tilsvarte en stor effektstørrelse.

Barna regnet som lav CU fikk en reduksjon i emosjonelle problemer tilsvarende en effekt av tilnærmet medium størrelse, i motsetning til høy CU-gruppen som faktisk opplevde en liten økning i emosjonelle problemer. Kontrollert for gruppeforskjeller før behandling, ble disse forskjellene funnet å være ikke-signifikante.

Barna i gruppen kategorisert som høy CU forbedret sine vansker i relasjoner til jevnaldrende i nær tilsvarende grad som barna i gruppen lav CU, og bruken av prososial atferd økte for begge grupper.

**Hyde, Shaw, Gardner, Cheong, Dishion og Wilson (2013)**

**Hensikt.** Formålet var å undersøke CU-atferd (*løgnaktig-kald/deceitful-callous*) hos yngre barn ansett som å være i risiko for å utvikle atferdsvansker, med en longitudinell, randomisert kontrollert studie. Første hypotese var at CU-atferd ville kunne identifiseres allerede i tidlige barneår. Andre hypotese predikerte at det ville være en sammenheng mellom CU-atferd hos yngre barn og senere utvikling av atferdsvansker. Tredje hypotese tilsa at høy forekomst av CU-atferd ville moderere behandlingseffekten av Family Check-up (FCU), en familiesentrert, forebyggende intervensjon.

**Metode.** Utvalget bestod av 49% jenter og 51% gutter (N = 731) i alderen 0 til 2 år ved oppstart av studien. Familiene ble rekruttert gjennom et program kalt Women Infant & Children Supplemental Nutrition Services i USA, og deretter screenet for risikofaktorer. Inklusjonskriteriet var en skåre på ett standardavvik over det normative gjennomsnittet for minst to av de tre følgende risikofaktordomenene: Sosiodemografisk risiko, barnets atferd, og problemer i familien. I artikkelen oppgis det indirekte at 73.8% av deltakerne ble randomisert til behandlingsgruppen, 26.2% til kontrollgruppen.

Da barna var henholdsvis 2 og 3 år, ble det gjennomført videofilmede hjemmeobservasjoner av barna og deres foreldre, i både behandlingsgruppen og kontrollgruppen. Observasjonene ble skåret med Parental Positive Behavior Support (PBS), som reflekterer foreldrenes engasjement i barnet, bruk av positiv forsterkning, hvor lang tid foreldre og barn bruker på samspill, og foreldrestil. For å måle CU-atferd, valgte forfatterne spesifikke ledd fra Child Behavior Checklist (CBCL), ECBI og Adult-Child Relationship Scale (ACRS). De skapte med dette et komposittmål på løgnaktig-kald (*deceitful-callous*) atferd. Antall deltakere som skåret høyt på komposittmålet for CU-atferd, var n = 361 ved 2 år, n = 328 ved 3 år og n = 316 ved 4 år. Kartleggingsinstrumentene ble administrert da barna var 2, 3 og 4 år. Utfallsmål for atferdsvansker var ECBI.

Blant utvalget som helhet, valgte 111 av 731 familier å ikke fullføre studien. Ingen forskjeller mellom de som fullførte og de som droppet ut ble funnet, men CU-trekk ble ikke undersøkt her.

**Behandling.** Foreldre i behandlingsbetingelsen mottok FCU etter årlige kartlegginger. FCU er en kort intervensjon inspirert av motivasjonsintervjuliknende teknikker, og består vanligvis av tre sesjoner. Den første var en utredningssesjon. I andre sesjon samtalte behandleren og foreldrene om bekymringer og utfordringer familien har. I den tredje brukte behandleren motivasjonsintervju med formål om å undersøke hvor villige foreldrene er til å endre på problematiske foreldrepraksiser. Etter dette ble foreldrene tilbudt å delta på ytterligere sesjoner i form av foreldretrening, samt gitt tilbud om andre tjenester for å avhjelpe andre utfordringer familien måtte ha, for eksempel relatert til bolig eller økonomi. Antall som benyttet seg av foreldretrening er ikke oppgitt i artikkelen.

**Resultat og konklusjon.** Studien fant støtte for at CU-atferd hos yngre barn kan påvises reliabelt allerede i tidlige barneår. Videre ble det ikke funnet signifikant overlapp mellom konstruktene CU-atferd og ODD-symptomer ved 3- og 4-årsalder.

Verken interaksjonen mellom CU-atferd og intervensjonsstatus, eller CU-atferd og foreldrepraksis målt med PBS, var signifikante prediktorer for utvikling av problematferd. Studien fant støtte for at CU-atferd kunne predikere senere problematferd. Det var en assosiasjon mellom CU-atferd og problematferd ved oppstart av studien, og ved oppfølging. Tilstedeværelse av CU-atferd ved 2-årsalder, var assosiert med problematferd ved 4-årsalder. Barn med lite CU-atferd hadde derimot atferdsvansker som enten var stabile eller ble redusert over tid. Barn med CU-atferd kan se ut til å ha økt risiko for å utvikle et mer vedvarende og alvorlig mønster av atferdsvansker, sammenlignet med gruppen med lite CU-atferd. Studien fant ikke støtte for at barn med mer CU-atferd fikk lavere behandlingseffekt.

**Masi, Muratori, Manfredi, Lenzi, Polidori, Ruglioni, Muratori og Milone (2013)**

**Hensikt.** Studiens formål var å undersøke forholdet mellom CU-trekk og behandlingseffekt gjennom multimodal behandling av barn og ungdom med atferdsvansker. Eksplisitte hypoteser er ikke oppgitt.

**Metode.** Utvalget i studien bestod av 102 gutter og 16 jenter (N = 118) i alderen 6.6 til 14.4 år, hentet fra et klinisk utvalg. Inklusjonskriteriene var at barna måtte tilfredstille kriteriene for enten ODD eller CD, samt ha en WISC-estimert IQ > 85, ekstermaliseringskåre ifølge CBCL > 63, og C-GAS-skåre < 60. Alle deltakere mottok samme behandling, det var ingen kontrollgruppe.

CGI (Clinical Global Impression-Severity and Improvement scores) ble benyttet for å måle behandlingseffekt, og har to skalaer; forbedringsskåre og alvorlighetsgradsskåre. Behandlingsrepons ble operasjonalisert som en CGI-forbedringsskåre på 1-2, og en CGI-alvorlighetsgradsskåre lavere eller lik 4, vedvart i minst tre sesjoner. CBCL ble benyttet for å identifisere atferdsforstyrrelsens alvorlighetsgrad. APSD ble fylt ut av foreldrene for å måle CU-trekk, og hadde en cut-off satt til t-skåre > 70. Antall deltakere som eventuelt droppet ut i løpet av studien er ikke oppgitt.

**Behandling.** Hele utvalget mottok multimodal behandling i form av én sesjon av 4 timers varighet per uke, over en periode på ett år. Behandlingen bestod av et ikke navngitt foreldretreningsprogram kombinert med individualterapi for barna/ungdommene i studien. Foreldretreningsprogrammet inneholdt blant annet psykoedukasjon, teknikker for å forbedre foreldre-barn-interaksjonen, samt hvordan håndtere konfliktsituasjoner og håndheve regler. Individualterapien bestod i å lære deltakerne selvkontroll og problemløsning, bruk av positiv forsterkning, og opptrening av sosiale evner.

**Resultat og konklusjon.** 50.8% av utvalget ble regnet for å respondere på behandling, 49.2% ble regnet som å ikke respondere, målt med CGI. Variabler som funksjonsnedsettelse, kjønn, alder, type diagnose (ODD eller CD), komorbiditet og alvorlighetsgrad, ble ikke funnet

å kunne forklare lavere behandlingseffekt. Å ha en CD-diagnose fremfor ODD, samt større funksjonssvekkelse og komorbid stemningslidelse, var assosiert med mindre behandlingseffekt. Gruppen kategorisert som å ha høye nivå av CU-trekk (36.4%) skilte seg ikke signifikant fra gruppen med lave nivå av CU-trekk (63.6%) før behandling. Høye nivå av CU-trekk ble funnet å kunne predikere mindre behandlingseffekt. Blant gruppen med høye nivå av CU-trekk responderte 35% på behandling, mot 60% med lave nivå av CU-trekk.

Tabell 1

Studier i litteraturgjennomgangen

Studie	N <sup>a</sup>	n <sup>b</sup>	Behandling <sup>c</sup>	Kartlegging <sup>d</sup>	Studiens hypoteser	Utfallsmål	Funn
<b>Hawes &amp; Dadds (2005)</b>	N = 56	n.a.	Foreldretreningsprogram av Sanders & Dadds (1993)	APSD-SDQ	Barn med høye CU-skårer vil få mindre behandlingseffekt, men respondere bedre på belønnende enn disiplinerende oppdragsstrategier. Barn høye CU-skårer vil vise mindre negativ affekt som reaksjon på disiplinære strategier enn barn med lave CU-skårer.	DISCAP	Barn med høye CU-skårer hadde mindre behandlingseffekt. Barn med høye CU-skårer hadde signifikant mindre behandlingseffekt av disiplinære strategier, og viste mindre negativ affekt som reaksjon på disiplinære oppdragsstrategier enn barn med lave CU-skårer.
<b>Kolko &amp; Pardini (2010)</b>	N = 177	42% av utvalget	Alternatives for Families, a Cognitive-Behavioral Therapy (AF-CBT)	APSD	ODD-dimensjonen sårende relatert til trekkene kjølig/ufølsom og hevnlysten/ondskapsful, ville kunne predikere fremtidig CD-diagnose og økt antisosial atferd etter behandling. CU-trekk målt før behandling ville predikere det samme.	K-SADS, CBCL, SRA	Dimensjonen ODD-sårrende ble funnet å kunne predikere CD-diagnose og økning i antisosial atferd etter behandling. CU-trekk kunne ikke predikere det samme.
<b>Dadds, Cauchi, Wimalaweera, Hawes &amp; Brennan (2012)</b>	N = 195	n = 42	Integrative Family Intervention for Child Conduct Problems (IFCCP) og Emotion Recognition Training (ERT)	APSD-SDQ	Behandlingseffekten vil modereres av både høye nivå av CU-trekk og autistiske trekk. Barn med høy skåre på disse vil utvise bedre behandlingrespons dersom de samtidig med IFCCP mottar ERT, sammenliknet med IFCCP alene.	SDQ	Barn med høye CU-skårer hadde mindre behandlingseffekt av IFCCP alene. Behandlingseffekten av intervensjonen med IFCCP og ERT var n.s. for deltakerne som helhet, men signifikant for gruppen med høye CU-skårer.
<b>Lazer (2012)</b>	N = 74	n.a.	De Utrolige Årene (DUÅ)	ICU	Positiv korrelasjon mellom økt tilstedeværelse av CU-trekk og minsket behandlingseffekt. Interaksjonseffekt der type strategi (belønning, disiplin) vil moderere sammenhengen mellom CU-trekk og behandlingrespons.	NYPRS, PS, PBI	Høyere CU-skårer var assosiert med større forbedringer i atferdsvansker og med mindre forbedring av foreldreferdigheter. Type strategi modererte ikke forholdet mellom CU-trekk og behandlingrespons.
<b>Hawes, Dadds, Brennan, Rhodes &amp; Cauchi (2013)</b>	N = 95	De 35% av utvalget som skåret høyest på APSD	Integrative Family Intervention for Child Conduct Problems (IFCCP)	APSD-SDQ	Barn med høye CU-skårer vil få mindre behandlingseffekt. CU-trekk vil kunne predikere alvorlighetsgraden til deltakernes atferdsvansker seks måneder etter behandlingsslutt. Forholdet mellom CU-trekk og behandlingsslutt vil være uavhengig av komorbide autisme-spektertrekk.	DISCAP	Barn med høye nivå av CU-trekk fikk mindre behandlingseffekt, og kunne predikere atferdsvanskenes alvorlighetsgrad seks mnd. etter behandling. Komorbiditet kunne ikke forklare denne assosiasjonen.

<b>Högström, Enebrink &amp; Ghaderi (2013)</b>	N = 103	n = 8	Communication Method (COMET), internetbasert	APSD	Barn med høye nivå av CU-trekk ville ha mindre behandlingseffekt. Det ville være en sammenheng mellom endringer i foreldreatferd som følge av behandling, og CU-trekk.	ECBI, SDQ, PPI	Barn høye nivå av CU-trekk responderte mindre på behandling, målt med ECBI. Behandlingseffekt målt med SDQ, ble ikke funnet å være forskjellig mellom gruppene høy og lav CU. Barnas foreldre forbedret seg i like stor grad.
<b>Hyde, Shaw, Gardner, Cheong, Dishion &amp; Wilson (2013)</b>	N = 731	n = 361 ved 2 årsalder, n = 328 ved 3 år, og n = 316 ved 4 år	Family Check-Up (FCU)	Utvalgte ledd fra CBCL, ECBI og ACRS til et komposittmål på DC-atferd	CU-atferd ville kunne identifiseres i tidlige barneår. At CU-atferd hos yngre barn ville kunne predikere senere utvikling av atferdsvansker. Høy forekomst av CU-atferd ville moderere behandlingseffekten.	ECBI	Studien fant støtte for de første to hypotesene. De fant ikke at grad av CU-atferd modererte behandlingseffekten.
<b>Masi, Muratori, Manfredi, Lenzi, Polidori, Rugfioni, Muratori &amp; Milone (2013)</b>	N = 118	n = 43	Ikke navngitt foreldretreningsprogram gitt i kombinasjon med individualterapi for barna	APSD	Studiens formål var å undersøke forholdet mellom CU-trekk og behandlingseffekt med multimodal behandling av barn og ungdom med atferdsvansker.	CGI	Høye nivå av CU-trekk var assosiert med dårligere behandlingseffekt.

Note. <sup>a</sup>Totalt antall deltakere. <sup>b</sup>Andel av totalt antall deltagere som etter kartlegging ble regnet som høy CU. <sup>c</sup>Behandlingsprogram/metode. <sup>d</sup>Kartleggingsinstrument benyttet for å måle CU-trekk. n.a. = Informasjon som ikke er oppgitt i artikkelen.

## Diskusjon

Litteraturgjennomgangen peker i retning av at callous-unemotional-trekk hos barna påvirker behandlingseffekten av foreldretrening som intervensjon for barn med atferdsvansker. Fem av de åtte studiene fant at barn med høye nivå av CU-trekk fikk lavere behandlingseffekt enn barn med lave nivå av CU-trekk (Dadds et al., 2012; Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013; Högrström et al., 2013; Masi et al., 2013). En sjettede studie fant imidlertid at barn med høye nivå av CU-trekk hadde bedre utbytte av behandling enn barn med lave nivå (Lazer, 2012). En syvende og åttende studie fant ingen signifikante forskjeller i behandlingseffekt mellom barn med høye eller lave nivå av CU-trekk/CU-atferd (Kolko & Pardini, 2010; Hyde et al., 2013). Sett under ett har ikke studiene som er inkludert helt sammenfallende funn, og diskrepansen har sannsynligvis mange årsaker. Det kan tenkes at manglende entydighet kan forklares av at CU-trekk ikke påvirker behandlingseffekten i så stor grad, eller at enkelte av behandlingsprogrammene har vært tilsvarende eller mer effektive for barn med høye nivå av CU-trekk enn som for barn med lave nivå. Det er imidlertid også mulig at diskrepansen kan forklares av de mange forskjellene mellom studiene, som både kompliserer en samlet tolkning og vanskeliggjør direkte sammenlikninger mellom studiene.

### Karakteristika ved utvalget

**Alder.** Utvalgene i de inkluderte studiene varierte på ulike forhold. Blant de egenskaper og karakteristika ved barna som er funnet å være sterkest assosiert med behandlingsutfall, er alder (Dishom & Patterson, 1992; Ruma, Burke, & Thomson, 1996). Alder på deltakerne i de forskjellige utvalgene varierte fra 0 - 16 år. Studiene varierte med tanke på både gjennomsnittsalder og aldersspenn i utvalgene.

Tre av studiene er karakterisert som noe yngre utvalg, med en gjennomsnittsalder på cirka 5 - 6 år, og et aldersspenn fra rundt 3 - 9 år (Hawes et al., 2013; Hawes & Dadds, 2005; Lazer, 2012). En studie hadde gjennomsnittsalder nærmere 9 år (Kolko & Pardini, 2010), mens



to andre hadde gjennomsnittsalder på rundt 10 - 11 år (Dadds et al., 2012; Masi et al., 2013). Studien til Hyde og kollegaer (2013) skilte seg ut i litteraturgjennomgangen ved at de inkluderte svært unge barn i utvalget, som ved oppstart av studien var mellom 0 og 2 år. Videre skilte studien til Dadds og kollegaer (2012) seg ut med et stort aldersspenn; fra 6 til 16 år. Til tross for dette kontrollerte de likevel ikke for alder som en variabel med tanke på behandlingseffekt. Det ble heller ikke sett på om behandlingen som var gitt varierte som følge av alder, ved at behandlere hadde foretatt tilpasninger av behandlingsprogrammet ut ifra barnas alder. I sin studie fant Hawes og Dadds (2005) at økende alder var assosiert med større sannsynlighet for ODD-diagnose ved oppfølging etter behandling. Stor aldersvariasjon i studiene som er inkludert gjennomgangen, kan vanskeliggjøre sammenlikning mellom studiene, ettersom forskning som nevnt støtter at alder er en relevant faktor for atferdsvansker og CU-trekk (Essau et al., 2006; Frick & Viding, 2009). Generelt for atferdsvansker er det antydnet at evidensbaserte intervensjoner er mer effektive overfor nylig oppståtte tidlige vansker, sammenliknet med ved senere oppståtte vansker og eldre barn/tenåringer som har hatt vansker i lengre tid (Eyberg et al., 2008). Det er størst behandlingseffekter for atferdsvansker hos yngre barn, før fylte åtte år, med mindre alvorlige atferdsvansker (Stickle & Frick, 2002).

**Kjønn.** Utvalgene i studiene varierte også med tanke på kjønn. I noen av utvalgene var nærmere halvparten av deltakerne jenter (Hyde et al., 2013), andre utvalg bestod utelukkende av gutter (Hawes & Dadds, 2005). Noen studier hadde inkludert jenter, men i et mindretall, omkring  $\frac{1}{3}$  -  $\frac{1}{4}$  (Lazer, 2012; Dadds et al., 2012; Hawes et al., 2013). En av studiene hadde 15% jenter i utvalget (Masi et al., 2013). En annen studie skilte seg ut ved å ikke oppgi andel gutter og jenter, men skrev at de kontrollerte for kjønn som variabel (Kolko & Pardini, 2010). Flere av studiene kontrollerte for kjønn, og fant variabelen ikke-signifikant (Dadds et al., 2012; Hawes et al., 2013; Kolko & Pardini, 2010; Masi et al., 2013). Dadds og kollegaer (2012) påpekte likevel at lav statistisk kraft gjorde resultatene for jenter vanskelig å tolke. Hyde og

kollegaer (2013), som hadde et utvalg der omkring halvparten var jenter, men undersøkte ikke hvorvidt kjønn hadde en modererende effekt. Dermed kan en ikke vite om deres resultater kan generaliseres likt på tvers av kjønn. Lazer (2012) og Högström og kollegaer (2013) påpeker at inklusjon av jenter i studier på feltet, øker den eksterne validiteten og muliggjør bredere generalisering av funnene. Det ble likevel ikke gjort analyser som undersøkte om det forelå kjønnsforskjeller i disse studiene.

Det er konsensus for at menn utviser mer antisosial atferd enn kvinner (Moffitt & Caspi, 2001). Videre at gutter har høyere risiko for en tidlig debut av antisosial atferd som får et mer vedvarende forløp (Moffitt & Caspi, 2001). I tråd med dette har det meste av forskningen på antisosial atferd hos barn og unge, vært på utvalg som i hovedsak har bestått av gutter (Frick & Viding, 2009). Fordi gutter er overrepresentert i de fleste randomiserte kontrollerte studiene, er det vanskelig å trekke konklusjoner om kjønnsforskjeller i behandlingseffekt av atferdsvansker, men ut ifra forskningen ser evidensbaserte intervensjoner ut til å være like effektive for gutter og jenter (Beauchaine et al., 2005). Derimot virker det å være kjønnsforskjeller knyttet til både CU-trekk og atferdsvansker som er relevante å ta i betraktning. Gjennomsnittsnivå av CU-trekk er som oftest høyere hos gutter enn jenter (Longman et al., 2015). Det er også funnet lavere prevalenstall for atferdsforstyrrelser blant jenter (Skogen & Torvik, 2013) og en økt risiko for mer alvorlige atferdsforstyrrelser blant gutter (Boden et al., 2010). Videre er det funnet kjønnsforskjeller da det kommer til den prediktive nytteverdien til CU-trekk. CU-trekk virket å bedre kunne oppdage jenter, som ikke utviser atferdsvansker, men som har høyere sannsynlighet for å senere begå lovovertridelser (delinquency) (Frick et al., & Dane, 2003).

**Størrelse på utvalgene.** Studiene varierte også med hensyn til størrelsen på utvalgene. Hyde og kollegaer (2013) hadde flest deltakere (N = 731), og studien til Hawes og Dadds (2005) hadde færrest (N = 56). De øvrige utvalgene hadde mellom 57 og 95 deltakere (Hawes

et al., 2013; Högström et al., 2013; Lazer, 2012) og mellom 118 og 196 deltakere (Dadds et al., 2012; Kolko & Pardini, 2010; Masi et al., 2013). Det er en kjent sak at det er fordelaktig med større utvalg. Blant annet påpeker Hyde og kollegaer (2013) at den største begrensningen ved Hawes og Dadds (2005) studien er et for lite utvalg.

I en studie utført av Högström og kollegaer (2013) ble bare 8 barn (14%) klassifisert som høy CU, til sammenlikning ble 49 barn regnet som lav CU. Et så lavt antall deltakere kategorisert som høy CU gjør at validitet og relevanse av analyser med grunnlag i denne gruppen, kan trekkes noe i tvil. Dette er hensyn forskere bør ta hensyn til ved beslutningstaking om utvalgsstørrelse.

Videre kan det stilles spørsmål ved hvor representativt utvalget til Högström og kollegaer (2013) er for gruppen som omtales som høy CU i forskningslitteraturen. Forfatterne selv påpeker at de valgte en lavere cut-off-skåre for CU på grunnlag av den "moderate alvorlighetsgraden" til utvalget. De fleste andre studiene i litteraturgjennomgangen oppgir en større andel av gruppen som høy CU, prosentvis mellom 30 - 50% (Dadds et al., 2012; Hawes et al., 2013; Hyde et al., 2013; Kolko & Pardini, 2010; Masi et al., 2013). To av studiene oppgir ikke antall eller andel kategorisert som høy CU (Hawes & Dadds, 2005; Lazer, 2012). Dette er relevant informasjon som burde ha vært rapportert, og det vanskeliggjør tolkning av resultatene da denne informasjonen ikke er tilgjengelig.

**Høye og lave nivå av CU-trekk.** Studiene i litteraturgjennomgangen ser ikke ut til å operere ut ifra de samme kriteriene for inndeling av hva som bør karakteriseres som høy eller lav grad av CU-trekk. Högström og kollegaer (2013) valgte en cut-off skåre på 5 på APSD, basert på et utvalg med moderat alvorlighetsgrad. Dette kan komplisere sammenlikning med deres funn, ved at utvalget muligens ikke er representativt for det som i litteraturen betegnes som høy-CU, fordi det vanligvis anbefales en cut-off på 7 (Barry et al., gjengitt i Högström et al., 2013).

Studien utført av Dadds og kollegaer (2012) operasjonaliserte gruppen regnet som høy CU, til å være den halvparten av utvalget som skåret høyest på APSD-SDQ. Hawes og kollegaer (2013) brukte også APSD-SDQ, men operasjonaliserte høy CU til å være de 35% av utvalget som skåret høyest. Sistnevnte begrunnet dette med at dette er det prosentvise antall barn med atferdsvansker som antas at skårer høyt på trekket. Masi og kollegaer (2013) valgte istedet å forholde seg til cut-off i henhold til anbefaling i APSD-manualen.

Alle studiene har ikke oppgitt hvordan eller hvor de har vurdert at cut-off for høy CU skulle settes, eller hvor stor andel av utvalget som er kategorisert som å skåre høyt eller lavt på trekket (Hawes & Dadds, 2005; Lazer, 2012). En kan anta at studiene har fulgt standard cut-off knyttet til måleinstrumentene de har tatt i bruk, men det er ikke oppgitt eksplisitt. Hyde og kollegaer (2013) oppgir antall som skårer høyt på komposittmålet DC-atferd, som antas å måle CU-liknende atferd for yngre barn, men begrunner ikke hvordan de har skilt mellom høy og lav DC-atferd. For å forenkle sammenlikninger mellom studier, kunne det vært hensiktsmessig om de hadde forholdt seg til de samme kriteriene for operasjonalisering av gruppen høy og lav CU. Sammenlikninger kompliseres også av at andre forskere på bruker ulike kartleggingsinstrument for å måle CU; CU-skalaen fra APSD, ASPSD-SDQ, og ICU.

Det at CU både måles og klassifiseres som høy eller lav på forskjellig grunnlag i de ulike studiene, kan være en medvirkende årsak til variasjoner i funn, og bidrar til å komplisere tolkning av og sammenlikning mellom studiene.

**Atferdsvansker.** Flere studier inkludert i gjennomgangen fant at grad av atferdsvansker samvarierte med nivå av CU-trekk. En studie fant at før behandling hadde barn med høye nivå av CU-trekk mer alvorlige atferdsvansker og lavere empatiskårer, sammenliknet med barna med lave nivå av CU-trekk (Dadds et al., 2012). Videre fant også Hawes og Dadds (2005) at CU-trekk samvarierte med atferdsvansker før behandling. Hyde og kollegaer (2013) fant at CU-liknende atferd hos yngre barn kunne predikere senere problematferd.

I litteraturen knyttes konseptet CU-trekk nært opp mot atferdsvansker. Blant annet har de fleste av studiene av CU-trekk blitt foretatt på kliniske utvalg med atferdsvansker (Frick & White, 2008) og det er funnet støtte for at barn med både høye nivå av CU-trekk og samtidig atferdsforstyrrelse oftere har et mer alvorlig, aggressivt og stabilt mønster av antisosial atferd (Frick & Viding, 2009; Frick & White, 2008). De fleste utvalgene inkludert kan betraktes som kliniske utvalg, hvor mesteparten var henvist til eller allerede involvert i psykisk helsevern på grunn av atferdsvansker (Dadds et al., 2012; Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013; Kolko & Pardini, 2010; Masi et al., 2013). Studien til Hyde og kollegaer (2013) skiller seg ut ved at det var en forebyggingsstudie som inkluderte deltakere gjennom screening av risikofaktorer knyttet til atferdsvansker. Utvalget i Högström og kollegaer (2013) var heller ikke et direkte klinisk utvalg. De rekrutterte gjennom aviser og oppslag på barnepsykiatriske klinikker og på skoler, med en skåre innenfor klinisk område på ECBI som inklusjonskriterium. Lazer (2012) sin studie fremstår som den med enklest/færrest inklusjonskriterier, ved at foreldrene bare måtte si seg enige i utsagnet “Jeg har problemer med å håndtere mitt barns atferd”.

Alvorlighetsgraden av atferdsvanskene er problematisert å ha en sammenheng med behandlingseffekt også uavhengig av nivå på CU-trekk. En antakelse har vært at barn med alvorlige atferdsvansker har mindre nytte av behandling. Eyberg og kollegaer (2008) fant i sin litteraturgjennomgang at høy alvorlighetsgrad av atferdsvansker var assosiert med lavere behandlingseffekt, men skrev samtidig at forskningen ikke viser entydige resultater. En annen litteraturgjennomgang fant at mer alvorlige atferdsvansker før behandling i noen tilfeller var assosiert med større behandlingseffekt av foreldretrening, og at ingen studier inkludert i gjennomgangen fant reduserte behandlingseffekter for denne gruppen (Shelleby & Shaw, 2014). I tråd med dette kan det hevdes at lave nivå av atferdsvansker før behandling generelt fører til mindre endring etter behandling, fordi mulighetene for endring da ikke er så store (Drugli, 2013).

En studie fant at barn med høye nivå av CU-trekk med samtidige atferdsvansker, hadde atferdsvansker av større omfang ved oppfølging, sammenliknet med barn med atferdsforstyrrelsesdiagnosen alene (Shelleby & Shaw, 2014). Dermed er det relevant at studier kontrollerer for forskjeller i alvorlighetsgrad før behandling. En av studiene i litteraturgjennomgangen som ikke fant at CU-trekk påvirket behandlingseffekt, hadde et utvalg med mer moderate atferdsvansker (Högström et al., 2013). En annen av studiene som heller ikke fant at nivå av CU-trekk påvirket behandlingseffekt, var en forebyggende intervensjonsstudie på barn med økt risiko for å utvikle atferdsvansker (Hyde et al., 2013). Dermed kan det tenkes at høye nivå av CU-trekk kanskje ikke har en like stor påvirkning på behandlingseffekt hvis atferdsvanskene i utgangspunktet er moderate eller ikke er oppstått ennå.

Høye nivå av CU-trekk knyttes opp mot en antakelse om økt sannsynlighet for å utvikle mer alvorlig antisosial atferd. Samtidig som at forskning støtter en positiv korrelasjon mellom symptomer på CD og CU, er det også funnet at barn kan være høy på CU-trekk uten å ha fremtredende symptom på CD, og omvendt (Viding & McCrory, 2012). Et interessant spørsmål er da hvilken informasjon eller nyttverdi ligger i CU som klinisk begrep uavhengig av atferdsvansker. Frick og White (2008) påpeker at barn med høye nivå av CU-trekk ofte viser en rekke distinktive emosjonelle, kognitive og personlighets-karakteristikker. For eksempel at de utviser nedsatt responsivitet til at andre lider, avvik i deres respons til straffende «cues» og at de har mindre trekkangst. Alt dette etter at det er kontrollert for deres nivå av antisosial atferd.

**Drop-out.** Studiene varierte også noe med tanke på drop-out og analyser gjort på dette. Tre av studiene oppgir ikke tall for drop-out (Hawes et al., 2013; Lazer, 2012; Masi et al., 2013). Dadds og kollegaer (2012) hadde en drop-out rate på rundt 28%, og fant at det var større sannsynlighet for at deltakere som droppet ut ble regnet som høy CU. Videre fant de ingen

andre signifikante forskjeller mellom de som droppet ut og de som fullførte. Motsatt fant Högström og kollegaer (2013) at alle barna som droppet ut (12.3%) var innen kategorien lav CU. Ingen andre signifikante forskjeller funnet mellom de som fullførte og de som droppet ut. Kolko og Pardini (2010) hadde en drop-out rate på 10%, men sammenliknet ikke karakteristika ved foreldre og barn som fullførte, opp mot de som ikke fullførte. Hawes og Dadds (2005) hadde en liknende drop-out rate på 11%. Ingen forskjeller ble funnet mellom de som droppet ut og familiene som fullførte. Studien av Hyde og kollegaer (2013) hadde en drop-out rate på 15% (Hyde et al., 2013). Ingen forskjeller mellom de som fullførte og de som droppet ut ble funnet, men undersøkte heller ikke CU-trekk som faktor.

Årsaken til drop-out kan skyldes flere faktorer, og fører med seg spørsmål om hvilke faktorer som kan medføre økt sannsynlighet for drop-out. Blant annet er det funnet støtte for at drop-out fra behandling blant barn med atferdsforstyrrelse har sammenheng med en akkumulasjon av risikofaktorer (Kazdin, Mauzrick, & Bass, 1993). Dette ved at de mer dysfunksjonelle familiene har økt risiko for å falle ut av behandling. Barna som droppet ut utviste også mer alvorlig antisosial atferd, hadde mer kontakt med antisosiale jevnaldrende og lavere fungering på skolen (Kazdin et al., 1993). Videre var det mer sannsynlig at mødre av barn som droppet ut tidligere hadde utvist antisosial atferd selv.

Faktorer ved behandlingen kan også føre til økt sannsynlighet for drop-out. Miller og Prinz (2003) fant som nevnt i innledningen at det forelå sannsynlighet for drop-out ved alvorlige atferdsvansker med foreldretrening som eneste tilbud. Det kan se ut til at barn med alvorlige atferdsvansker bør motta en behandling som består av flere komponenter enn bare foreldretrening for å forebygge drop-out, dette kan muligens også gjelde for barn med høye nivå av CU-trekk og samtidige atferdsvansker. Gjennomgangen gir ingen klar indikasjoner på at høyere nivå av CU-trekk øker sannsynligheten for drop-out. Derimot er det få av studiene i

litteraturgjennomgangen som undersøker dette spesifikt, noe som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner

### **Forskningsdesign**

**Randomisering.** Blant de fem studiene som hadde mer enn én betingelse, har alle oppgitt at de benyttet randomisering til betingelse (Dadds et al., 2012; Högström et al., 2013; Hyde et al., 2013; Kolko & Pardini, 2010; Lazer, 2012). De tre resterende hadde kun én betingelse/gruppe, og randomisering var ikke relevant (Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013; Masi et al., 2013).

**Kontrollgruppe.** 5 av artiklene har ikke kontrollgruppe (Dadds et al. 2012; Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013; Lazer, 2012; Masi et al. 2013). Enkelte av studiene sammenliknet to grupper som begge mottok behandling med hverandre: Dadds og kollegaer (2012) sammenliknet en intervensjonsgruppe som mottok behandlingsprogrammet IFCCP, med en intervensjonsgruppe som fikk IFCCP i kombinasjon med ERT. Lazer (2012) sammenliknet også to behandlingsgrupper; en der foreldre i hovedsak ble opplært i belønningsrelaterte strategier, med en annen der de lærte disiplinære strategier, begge med utgangspunkt i DUÅ som behandlingsprogram. De resterende tre studiene hadde enten kontrollgruppe i form av ordinært tilbudt behandling (treatment as usual; Kolko & Pardini, 2010), venteliste (Högström et al., 2013), eller kontrollgruppe av ukjent type (Hyde et al., 2013).

**Kartlegging av CU-trekk.** Hvilket kartleggingsinstrument forskerne har lagt til grunn for å måle CU-trekk varierer mellom studiene. Fire av studiene har tatt i bruk APSD-SDQ (Dadds et al., 2012; Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013; Masi et al., 2013). To av studiene har målt CU-trekk med CU-subskalaen fra APSD (Högström et al., 2013; Kolko & Pardini, 2010). En annen studie tok i bruk ICU (Lazer, 2012). Den siste av studiene (Hyde et



al., 2013) laget sitt eget komposittmål på løgnaktig-kald atferd ut ifra ledd fra CBCL, ECBI og ACRS, for å kunne måle CU-liknende atferd (DC-atferd) hos et yngre utvalg enn vanlig.

APSD har flere kjente psykometriske begrensninger. Essau og kollegaer (2006) oppsummerer de mest sentrale psykometriske begrensningene knyttet til bruken av CU-skalaen i APSD som mål på CU-trekk. De nevner blant annet et lavt antall ledd i skalaen kan medføre lav indre konsistens, og at bruken av en trepunkts Likert-skala kan gi begrensninger med tanke på variabilitet og bredde ("range") i skårer. De har også påpekt at ordlyden i 5 av 6 ledd kan føre til økt sannsynlighet for at informanter besvarer spørsmålene i en gitt retning («response sets»). Både ICU og APSD-SDQ hevdes av noen forskere å ha bedre psykometriske egenskaper sammenliknet med CU-skalaen i APSD (Dadds et al., 2005; Dadds et al., 2009; Kimonis et al., 2008). Funnene fra de to studiene som tok i bruk CU-skalaen i APSD kan problematiseres noe på bakgrunn av de kjente begrensningen ved APSD. Samtidig har en god del av forskningen på CU-trekk hos barn og unge tatt i bruk APSD eller bare CU-subskalaene fra APSD (Essau et al., 2006). Dette illustreres for eksempel i en studie av Frick og White (2008), som i sin review fant at 27 av de 31 inkluderte studiene hadde målt CU-trekk gjennom en form av APSD.

Det bør regnes som høyst relevant å bruke et reliabelt og validt mål på CU-trekk. Forskningen på CU-trekkkonseptet vil kunne dra nytte av at det også forskes mer på de psykometriske egenskapene til de ulike CU-relaterte kartleggingsinstrumentene i tiden fremover. Enighet om hvilke(t) måleinstrument som bør brukes for ulike aldersgrupper savnes også. Gjennomgang av litteraturen gir ikke et klart bilde av hvilken aldersgruppe kartleggingsinstrumentene anbefales for. Kimmonis og kollegaer (2008) påpeker at ICU er funnet å ha gode psykometriske egenskaper i utvalg med tenåringer.

I alle studiene i litteraturgjennomgangen, brukes kartleggingsinstrumenter som innebærer utfylling av spørreskjema. En av studiene skilte seg ut ved at grad av CU-trekk bare ble vurdert med lærerrapport alene (Kolko & Pardini, 2010). Vurderinger av CU-trekk var i

hovedsak basert på foreldrerapport (Hawes & Dadds, 2005; Lazer, 2012; Hyde et al., 2013; Masi et al., 2013) eller både foreldre og lærere (Dadds et al., 2012; Hawes et al., 2013; Högström et al., 2013). En studie fant en moderat til sterk sammenheng mellom hva mødre, fedre og lærere rapporterte av CU-trekk hos barna (Hawes et al., 2013). Longman og kollegaer (2015) har funnet støtte for at målinger med bare mødre som informanter modererer sammenhengen mellom CU-trekk og alvorlighetsgraden av atferdsvanskene, og trekker fram relevansen av å forsøke å få til målinger med flere informanter om dette lar seg gjøre.

**Utfallsmål/behandlingseffekt.** Behandlingseffekt er blitt operasjonalisert og målt på ulikt vis i studiene i litteraturgjennomgangen. I enkelte ble forverring eller forbedring av atferdsvansker målt ved bruk av et diagnostisk intervju av barnas foreldre; DISCAP (Hawes & Dadds, 2005; Hawes et al., 2013) og K-SADS (Kolko & Pardini, 2010). I andre studier ble behandlingseffekt på atferdsvansker målt med ulike typer spørreskjema, fylt ut av barnas foreldre: To studier brukte ECBI (Högström et al., 2013; Hyde et al., 2013), andre har brukt SDQ-subskalaer (Dadds et al., 2012; Högström et al., 2013), CGI (Masi et al., 2012), NYPRS (Lazer, 2012), eller CBCL og SRA (Kolko & Pardini, 2010). Enkelte har kombinert flere av de overnevnte for å få både kategoriske mål på tilstedeværelse av atferdsforstyrrelsene ODD og CD, og dimensjonelle mål for å beskrive alvorlighetsgrad, omfang eller form på antisosial atferd.

Med et kategorisk mål på behandlingseffekt kan bedring være operasjonalisert som at barnet ikke lenger tilfredstiller diagnosekriteriene etter behandling, eller i motsatt fall, fortsatt gjør det. Et eksempel på bruk av kategorisk utfallsmål, er K-SADS, som ble benyttet av Kolko og Pardini (2010) for å undersøkte tilstedeværelse av ODD, og potensielt meningsfulle fasetter ved diagnosen som *ODD-sårende*.

DISCAP har et kategorisk og et dimensjonelt aspekt, og ble brukt som utfallsmål av Hawes og Dadds (2005) og Hawes med kollegaer (2013). I tillegg til K-SADS, brukte Kolko

og Pardini (2010) CBCL og SRA som supplerende dimensjonelle mål, for å kunne beskrive alvorlighetsgrad av atferd av antisosial type. Dadds og kollegaer (2012) på sin side, brukte subskalaene *atferdsvansker* og *totale vansker* fra SDQ som dimensjonelle utfallsmål. Högström og kollegaer (2013) og Hyde og kollegaer (2013) brukte ECBI på samme måte, ved at dette instrumentet gir informasjon om både intensitet og frekvens av atferdsvansker.

Masi og kollegaer (2013) er den eneste studien i litteraturgjennomgangen som benyttet seg av CGI som utfallsmål, gjennom to dimensjonelle *forbedrings-* og *alvorlighetsgradsskårer*. Disse ble vurdert og fastsatt av barnas behandlere for hver sesjon. Foreldrene er i dette tilfellet altså ikke involvert i utfallsmålet. K-SADS ble også benyttet i denne studien, men kun som del av innledende evaluering. Det kan tenkes at CGI er mer sensitivt for bias, og at den med sine to ledd gir en noe begrenset mengde informasjon om behandlingseffekt.

To av studiene skiller seg fra de andre, ved at de i tillegg har benyttet seg av mål på endring av foreldreferdigheter som sekundære utfallsmål for å besvare sine hypoteser. Lazer (2012) fant en assosiasjon mellom høyere CU-skårer og mindre forbedring av foreldreferdigheter ved å bruke PS som et sekundært utfallsmål. Ved å bruke PPI, fant Högström og kollegaer (2013) at det ikke forelå signifikante forskjeller i endring av foreldreatferd mellom gruppene med høy og lav CU.

**Skillet mellom klinisk og statistisk signifikans.** Hawes og Dadds (2005) brukte DISCAP for å avgjøre både alvorlighetsgrad av atferdsvanskene (sekundærmål), og hvorvidt barnet fortsatt tilfredstilte diagnosen etter behandling eller ikke (primærmål). I studien tilfredstilte alle deltakerne kriteriene for en ODD-diagnose før behandling, men dette falt til 19% like etter behandling, og steg deretter noe til 35% ved oppfølging seks måneder senere. Det er mulig at et barn som i utgangspunktet har atferdsvansker av alvorlig grad, også opplever stor reduksjon i disse uten å miste diagnosen. Motsatt kan små og lite meningsfulle endringer

medføre at barnet ikke lenger tilfredsstiller diagnosen. Den subjektive opplevelsen av lidelse og symptomtrykk er relevant her, både barnets og de pårørendes.

Det kan argumenteres for at studier som kun hadde valgt å bruke kategoriske mål, ville manglet meningsfull endringsinformasjon. Ingen av studiene i litteraturgjennomgangen har diagnose/ikke diagnose som sitt eneste utfallsmål. Hvordan studiene denoterer bedring eller tilfriskning av atferdsvansker, varierer.

Videre behøver ikke nødvendigvis en en endring som er statistisk signifikant, å være klinisk signifikant, eller oppleves som meningsfull for det enkelte barn og familie. I studien av Dadds og kollegaer (2012) påpekte de at selv der behandlingsbetingelsene medførte statistisk signifikant endring, forble barna likevel for det meste innen klinisk område.

Ryum og Halvorsen (2014) beskriver statistisk signifikans som mål på sannsynlighet for at forskjellene fra pre- til posttest eller mellom to betingelser, representerer et mønster og ikke tilfeldig variasjon eller målefeil. De beskriver videre klinisk signifikans som et mål på hvorvidt endringene som forekom etter behandling er meningsfulle fra et klinisk behandlerperspektiv. De beskriver flere eksempler på hvordan dette kan gjøres, eksempelvis ved bruk av Reliable Change Index (RCI); som sammenlikner i hvilken grad studiens utvalg har forflyttet seg reliabelt fra et klinisk nivå mot et normalnivå. Blant studiene i litteraturgjennomgangen benyttet for eksempel Lazer (2012) seg av endringsskårer. Hun fant blant annet at høyere CU-skårer var assosiert med mindre forbedring i oppdragsstrategier ansett som dysfunksjonelle målt med PS-endringsskåre, og at barn med høye CU-skårer forbedret seg mest i forhold til sine atferdsvansker målt med NYPRS-endringsskåre.

## **Behandling**

Forskjellige behandlingsprogram er blitt benyttet i de ulike studiene. Disse varierer i omfang, men også i grad av etterlevelse fra forskerne og behandlerenes side når det kommer til å følge hva behandlingsmanualen skisserer. Variasjoner i behandlingen kan gi nyttig

informasjon om hva i behandlingen som er virksomt for barn med høye nivå av CU-trekk. Det er imidlertid varierende hvor mye informasjon som blir gitt om gjennomføringen av behandlingen i de ulike studiene, noe som kan vanskeliggjøre vurderingen av hva behandlingen faktisk inneholder og hvilke elementer som kan være årsak til forskjellige funn. Eksempelvis om behandlingen i praksis er forenelig med tradisjonell foreldretrening eller har vesentlige mangler eller tilleggselementer som kan være medvirkende årsak til forskjeller i funnene.

**Behandlingsfokus.** Fokus i de ulike behandlingsprogrammene varierer også noe. Eksempelvis har DUÅ et spesielt fokus på å jobbe med foreldrenes evne til å fremme barns sosiale, emosjonelle og språklige utvikling. Både DUÅ og KOMET er designet som et gruppeformat, mens IFCCP blir gitt individuelt til foreldrene, noe som også vil påvirke fokus i behandlingen. IFCCP har et mer uttalt fokus på tilknytning mellom foreldre og barn, og er utviklet for en yngre aldersgruppe enn de andre programmene, men de fremhever at programmet også egner seg for eldre barn (Dadds & Hawes, 2006).

Ved bruk av foreldretreningsprogrammet til DUÅ ble det funnet at barn med høye CU-skårer hadde bedre utbytte av behandling enn kontrollgruppen (Lazer, 2012). Det er imidlertid vanskelig å identifisere hva ved denne behandlingen som er årsak til at den skiller seg ut. Spesielt med tanke på at studien som benyttet programmet KOMET, som skal bestå av de samme komponentene som DUÅ, fant at barn med høye nivå av CU-trekk hadde mindre utbytte av behandling. I vår litteraturgjennomgang benyttet imidlertid Högström og kollegaer (2013) seg av en internettbasert versjon av KOMET i denne studien, som i tillegg ble kortet ned, noe som kan ha hatt en innvirkning på resultatet.

I en av studiene der IFCCP ble benyttet, ble den i én betingelse gitt alene, og i en annen i kombinasjon med det internettbaserte MindReading-programmet ERT (Dadds et al., 2012). Barna med høye CU-skårer som kun mottok IFCCP-behandling hadde en forverring i atferdsvansker. Barna med høye CU-skårer som i tillegg mottok ERT opplevde derimot en

signifikant forbedring, noe som kan tyde på at det kanskje er fordelaktig å integrere ERT i foreldretreningsprogram rettet mot barn med høye CU-skårer. At disse barna fikk bedre behandlingseffekt ved å i tillegg til IFCCP også motta en komponent individuelt rettet mot barnet.

Generelt er det behov for flere studier sammenlikner kombinasjonen av ulike programmer med forskjellig fokus, for å få økt innsikt i hvordan spesifikke komponenter kan virke inn på behandlingsutfall for barn med CU-trekk.

**Behandlingsomfang.** Den mest omfattende behandlingen var det multimodale behandlingsopplegget i studien til Masi og kollegaer (2013), som ble gitt i form av én sesjon av 4 timers varighet per uke, over en periode på ett år. De benyttet seg av et egenkomponert foreldretreningsprogram uten å henvise til ytterligere litteratur eller tidligere utgitte artikler for informasjon om innhold og teoretisk fundament. Dette gjør sammenlikning med andre studier særdeles vanskelig med hensyn til hva ved behandlingen som er endringsbærende, og gjør det vanskelig å trekke ut lærdom til bruk i nyutvikling og videreutvikling av effektive behandlingsprogrammer for barn med høy tilstedeværelse av CU-trekk. Omfanget av behandlingen til Masi og kollegaer (2013), står eksempelvis i stor kontrast til den korte FCU-intervensjonen på 3 sesjoner som ble benyttet i studien til Hyde og kollegaer (2013).

I to av studiene hadde barn både med høye og lave CU-skårer like godt utbytte av behandling, men disse studiene spriket betraktelig i omfang. Den ene av disse studiene benyttet AF-CBT (Kolko & Pardini, 2010), den andre FCU (Hyde et al., 2013). AF-CBT er et multimodalt, omfattende program med omkring 21 ukentlige behandlingsmøter, mens FCU, som nevnt, kun består av tre sesjoner med foreldrene, noe som gjør det vanskelig å sammenlikne studiene og generalisere samlet fra disse. Imidlertid står det at etter tre sesjoner ble foreldrene tilbudt å delta på ytterligere sesjoner i form av foreldretrening, samt gitt tilbud om andre tjenester for å avhjelpe eventuelle utfordringer familien måtte ha, eksempelvis

vansker med bolig eller økonomi. Dette tilbudet gjør intervensjonen betydelig mer omfattende om dette blir benyttet, men det er ikke spesifisert hvor mange av foreldrene som benyttet seg av dette tilbudet, og vi vet dermed ikke om disse kan ha fått et annet behandlingsutbytte enn familiene som valgte å kun motta FCU. At det ble foretatt store tilpasninger i behandlingsopplegget gitt til den enkelte familie, gjør det vanskelig å sammenlikne studien med andre, eller generalisere på grunnlag av funnene.

Hyde og kollegaer (2013) foreslår selv en rekke faktorer som kan være årsak til at deres egen studie ved bruk av FCU, og Kolko og Pardini (2010) sin studie ved bruk av AF-CBT, ikke fant at CU trekk hadde en modererende behandlingseffekt. De fremhever først og fremst at FCU er en fleksibel intervensjon som i stor grad blir tilpasset den enkelte familie, i likhet med AF-CBT (Kolko et al., 2009; Kolko & Pardini, 2010). Videre vektlegger de at FCU skiller seg ut fra andre behandlingsformer ved at det er en forebyggende intervensjon for barn i høyrisikogrupper for utvikling av atferdsvansker. Det kan være årsak til tilsvarende behandlingseffekt av barn med høye og lave nivå av CU-trekk, ettersom det er et ungt utvalg som ikke enda har utviklet atferdsvansker. Det er imidlertid viktig å være klar over at et lavt nivå av atferdsvansker før behandling gir rom for mindre endring etter behandling (Drugli, 2013). Et utvalg selektert på grunnlag av forhøyet risiko fremfor allerede foreliggende atferdsvansker, er sannsynligvis mer lik normalpopulasjonen enn et klinisk utvalg, noe som kan være med på å påvirke resultatene.

**Multimodale behandlingsprogrammer.** Det var kun to multimodale behandlingsprogram blant studiene som er inkludert i litteraturgjennomgangen: Den ene multimodale intervensjonen fant redusert behandlingseffekt for barn med høye nivå av CU-trekk ved bruk av Masi og kollegaers (2013) intervensjon. Den andre fant ingen forskjell i behandlingseffekt mellom barn med lave og høye nivå av CU-trekk ved bruk av AF-CBT (Kolko & Pardini, 2010). Begge multimodale behandlingsstudier hadde individualterapi med

barna som en av komponentene i behandlingsopplegget. Eyberg og kollegaer (2008) vektlegger at behandling rettet direkte mot barn, ofte har bedre behandlingseffekt på eldre barn med atferdsvansker. Imidlertid fant de bare tilsvarende behandlingseffekt mellom barn med høye og lave nivåer av CU-trekk i den ene studien, selv om man kunne forventet at studiene skulle finne det samme. Med grunnlag i det overnevnte er det vanskelig å trekke noen klar konklusjon om effekten av multimodale programmer kun basert på studiene i denne litteraturgjennomgangen.

Årsak til ulike funn kan også komme av andre forhold enn at intervensjonene er multimodale. Det kan for eksempel tenkes at alder kan være av betydning også her. Studien som fant redusert behandlingseffekt for barn med høye nivå av CU-trekk hadde et eldre utvalg, med barn opp mot 14.4 år (Masi et al., 2013). Til sammenlikning hadde studien som ikke fant forskjeller i behandlingseffekt deltakere opptil 11 år (Kolko & Pardini, 2010). I tråd med antakelsen til Hyde og hans kollegaer (2013) om at yngre barn har bedre utbytte av behandling, fant vi i denne litteraturgjennomgangen en tendens til bedre behandlingseffekt for barna med høye nivå av CU-trekk i studien med yngst utvalg.

Videre kan det være vanskelig å være sikker på om foreldretrening er den eneste behandlingsform en familie mottar. Eksempelvis kan det være at noen barn blir medisineret for ADHD eller mottar hjelp på flere arenaer, eksempelvis gjennom tiltak på skolen. Dermed kan studier som har oppgitt foreldretrening som eneste behandlingsform muligens være multimodale i denne betydning. Dette kan bidra til å vanskeliggjøre klare konklusjoner om effekten av foreldretreningsprogram.

**Foreldrenes etterlevelse til behandlingsprogram.** Karakteristika ved foreldrene og deres etterlevelse av det de lærer seg i programmene vil også kunne være en av faktorene som påvirker behandlingseffekten i studiene. I betraktning av at det er barnets omsorgsgiver som gjennomfører foreldretreningen, og det i hovedsak er dem som bidrar med informasjon om



atferdsvansker og CU-nivå hos barna. Kanskje er årsaken til at barn med høye nivå av CU-trekk ikke ser ut til å få samme behandlingseffekt relatert til karakteristika ved barnas foreldre. Foreldreatferd er en av risikofaktorene for atferdsvansker som er mest forsket på (Burke et al., 2002). Dette er også noe av begrunnelsen for foreldretrening som virksom behandling for disse barna.

Flere psykososiale belastninger knyttet til familien er funnet å være risikofaktorer for atferdsvansker, blant annet omsorgssvikt, negativ oppdragelsespraksis, lav sosioøkonomisk status, familiekonflikter, psykiske vansker hos mor, og lavt evnenivå hos mor (Odgers et al., 2008). Videre har alvorlige atferdsvansker og utvikling av dette også vist seg å være assosiert med antisosial atferd hos barnas foreldre (Odgers et al., 2008). En opphopning av slike risikofaktorer vil antagelig være med på å vanskeliggjøre enhver type behandling for disse barna. Det kan muligens være slik at lavere behandlingseffekt hos barn med høye nivå av CU-trekk er en konsekvens av at barna ikke nyttiggjør seg av foreldretrening på lik linje med barn som har lavere nivå. Samtidig kan det også være at foreldrene til barn med høye nivå av CU-trekk ikke klarer å implementere foreldretreningen i lik grad som foreldrene til barn med lave nivå av CU-trekk.

Videre kan det stilles spørsmål omkring hva gruppen med høye nivå av CU-trekk kan frembringe hos sine foreldrene. Barn med høye nivå av CU-trekk vil muligens være vanskeligere å oppdra, grunnet den interpersonlige stilen dette trekket ser ut til å disponere for. Det kan tenkes at høye nivå av CU-trekk utløser mindre empati og varme fra barnets foreldre.

Noen av studiene som er inkludert i gjennomgangen har kontrollert for foreldrenes etterlevelse. Hawes og Dadds (2005) fant at høye nivå av CU-trekk predikerte mindre behandlingseffekt uavhengig av foreldrenes implementering av foreldretreningen. I tråd med dette fant Högström og kollegaer (2013) at begge foreldregruppene tilegnet seg ferdigheter som

følge av foreldretreningen, men det så ikke ut til å innvirke på atferdsvanskenes intensitet i gruppen regnet som høy CU.

Hawes og kollegaer (2013) påpeker at deres funn tyder på at endring av foreldreatferd ikke nødvendigvis vil føre til endringer i atferdsvansker hos barn med høye nivå av CU-trekk, på samme måte som hos barn med lave. I motsetning til disse funnene, fant Lazer (2012) at høyere nivå av CU-trekk var assosiert med mindre forbedringer av dysfunksjonelle foreldreferdigheter. Her er det vanskelig å konkludere, ettersom flere studier ikke har undersøkt eller kontrollert grad av etterlevelse.

En annen betraktning med tanke på foreldrekarakteristika, er at CU-trekk er funnet å ha en forholdsvis stor arvelig komponent (Tuvblad et al., 2011). Det kan være økt sannsynlighet for at barn med høye nivå av CU-trekk også har foreldre med relaterte trekk, noe som muligens kan påvirke deres etterlevelse av behandlingsprogrammene. Foreldredimensjonen "varme" er trukket frem som et aspekt ved foreldreatferd som kan påvirke CU-nivå (Pasalich et al., 2014). Kanskje har foreldre med antisosiale trekk større vansker med utøvelse av denne foreldredimensjonen. Det kunne vært interessant om videre forskning undersøkte antisosiale trekk hos foreldrene med barn som har høye nivå av CU-trekk.

**Forskjellig respons på foreldrepraksis.** Det fremkommer altså av litteraturgjennomgangen at det kan finnes flere ulike årsaker til at barn med atferdsvansker og høye nivåer av CU-trekk kan se ut til å respondere mindre på behandling. Eksempelvis kan ulikheter i behandlingfokus, foreldrenes grad av etterlevelse og implementering av det de lærer gjennom foreldretrening, karakteristika ved barna, såvel som samspillet mellom disse faktorene, virke inn på behandlingseffekten.

Barnet er ikke nødvendigvis et passivt offer for manglende foreldreferdigheter, men bringer aktivt inn sine individuelle forutsetninger, behov og krav i samspillet med andre. Barn med atferdsvansker kan i utgangspunktet være krevende, noe som vanskeliggjør foreldrenes

interaksjon med barna. De senere årene har man derfor begynt å ta hensyn til barnets temperament i større grad i foreldretreningsprogrammer, fordi barnet er med på å påvirke foreldrepraksiser (Askeland et al., 2014; Dadds & Hawes, 2006).

Barn med høye og lave nivå av CU-trekk har vist seg å reagere forskjellig på den samme foreldrepraksisen (Högström et al., 2013). I tråd med dette fant Hawes og Dadds (2005) støtte for at time-out og lignende disiplinære oppdragelsesteknikker var mindre effektive i bruk overfor barn med høyere CU-nivå. Disse funnene kan tyde på at den økte sannsynligheten for mindre behandlingseffekt forbundet med høye CU-skårer, kan ha en sammenheng med en lavere responsivitet til time-out, som gjerne er én av flere komponenter i foreldretrening. Frick (2003) beskriver også at barn med CU-trekk som oftest er mindre sensitive/reaktive overfor aversive foreldrestrategier. Videre fant Patalich, Witkiewitz, McMahon og Pinderhughes (2015) støtte for at ulike foreldredimensjoner som varme og hard/streng disiplin, hadde forskjellig påvirkning på atferdsvanskerelaterte symptomer og CU-trekk gjennom foreldretrening. Dette er med på å støtte at disse gruppene (høy/lav CU) kan ha behov for to forskjellige behandlingsintervensjoner for sine vansker.

Årsaken til at barn med CU-trekk er mindre sensitive/reaktive overfor aversive foreldrestrategier er til nå ukjent, men det kan tenkes at denne lavere sensitiviteten kan forklares av en avvikende biologisk utvikling som et resultat av et skadelig omsorgsmiljø (Susman, 2006). Forskere har funnet en sammenheng mellom traumer og dysfunksjon i HPA-aksen (Lipschitz et al., 2002). Videre synes det å være en sammenheng mellom CU-trekk og utrygg tilknytning (Patalich et al., 2012), og CU-trekk og tidlige traumer (Howard et al., 2012; Main & George, 1985). Dermed kan det hende at tidlige negative erfaringer hos barn med CU-trekk danner en biologisk basis for redusert responsivitet og sensitivitet.

### **Sammenhengen mellom CU-trekk og angst**

**Høy CU og lav angst.** En rekke forskere har funnet støtte for at høyere CU-nivå er assosiert med lavere angstnivå og omvendt (Frick et al., 1999; Pardini et al. 2007; Roose et al., 2011). Barn med lite angst anses å ha økt risiko for å utvikle CU-trekk (Kochanska, 1995).

I følge Pardini og kollegaer (2007) opplever sannsynligvis barn med lite angst for lav aktivering/reaksjon som respons på irettesettelse og straff, noe som kan skape et mangelfullt grunnlag for internalisering av empatibaserte moralske prinsipper hos barnet. Dette bidrar til å forklare hvorfor CU-trekk som er assosiert med lave angstnivå, også kan være assosiert med lavere behandlingseffekt av foreldretrening. Dette gjør at det også kan stilles spørsmål til hvor påvirkelige barn med høye nivå av CU-trekk og lave angstnivå er for behandling i form av foreldrerettede intervensjoner. Hawes og Dadds (2005) fant at barn med høye nivå av CU-trekk hadde signifikant lavere behandlingseffekt av disiplinære foreldrestrategier. Det kan tenkes at en tendens til lav affektiv respons fra barnet på disiplin fra foreldrene, kan fungere som en beskyttende buffer mot opplevd ubehag i form av angst og dårlig samvittighet, - spesielt i familier der streng disiplin/avstraffelse forekommer hyppig. Det foreligger noe forskningsstøtte for at det å utsettes for streng oppdragelse med fysisk avstraffelse i barndommen gir økt sannsynlighet for å utvikle CU-trekk (Pardini et al., 2007).

Økt foreldreinvolvering og -varme og reduksjon i foreldrebruk av fysisk avstraffelse, predikerer reduserte nivå av CU-trekk over tid (Pardini et al., 2007). En av studiene i litteraturgjennomgangen undersøkte om det forelå en sammenheng mellom angst, CU-trekk og behandlingseffekt (Hawes et al., 2013), og fant at et høyere angstnivå før behandling var assosiert med mindre atferdsvansker etter behandling, uavhengig av nivå på CU-trekk (Hawes et al., 2013). Dette tyder på at å minimere dysfunksjonelle foreldrestrategier kan forebygge eller redusere CU-trekk, og at barn med høye nivå av CU-trekk ikke er helt upåvirkelige av foreldretrening.

**Høy CU og høy angst.** Karpman (gjengitt i Sink, 2010) lanserte en teori som differensierer mellom to undergrupper av personer med psykopatitrek: En type med lite angst, den andre med mye angst. Fellesnevneren er at begge har psykopatitrek, men der ulik etiologi kan tilsi behov for forskjellig type behandling. Det antas at typen med psykopatitrek og lite angst i større grad har genetisk opphav. Typen med mye angst regnes derimot som mer forårsaket av miljøfaktorer, som for eksempel ineffektiv oppdragelse, traumer (Skeem, Poythress, Edens, Lilienfeld, & Cale, 2003), PTSD-symptomer og økt forekomst av komorbide symptomlidelsesdiagnoser som angst og depresjon (Sink, 2010). Skeem og kollegaer (2003) argumenterer for at denne undergruppen sannsynligvis vil ha bedre utbytte av individualterapi fremfor andre intervensjoner.

Det kan være at barn med atferdsforstyrrelse og høye nivå av både CU-trek og angst kanskje designerer en undergruppe som potensielt responderer bedre på multimodal behandling som inkluderer individualterapi og foreldretrening. Dette med grunnlag i sammenhengen mellom atferdsvansker og CU-trek, og det at omkring 40% av barna med alvorlig atferdsforstyrrelse i voksen alder vil kunne tilfredstille kriteriene for antisosial personlighetsforstyrrelse (Steiner & Remsing, 2007).

### **Stabilitet og endring i CU-trek**

CU-trek hos barn kan betraktes som nært knyttet til psykopatikonseptet hos voksne. En antakelse når det kommer til antisosial personlighet er at det er en viss stabilitet på tvers av utvikling (Frick & Viding, 2009). Dette antas å gi et perspektiv på CU-trek som noe som er relativt stabilt over tid.

Noen av studiene i gjennomgangen undersøkte også spesifikt stabilitet i CU-trek, dette ved å se på endring i CU-trek før- og etter behandling. Kolko og Pardini (2010) fant at verken TAU eller den multimodale behandlingen resulterte i signifikante endringer i CU-trek fra før til etter behandling. Dette er i tråd med Lazars (2012) funn om at høy korrelasjon mellom CU-

skårer fra før til etter behandling indikerer en viss stabilitet. Derimot fant en annen studie at gjennomsnittlige CU-skårer målt før behandling viste en reduksjon både etter behandling og ved oppfølging senere (Hawes & Dadds, 2005).

I denne litteraturgjennomgangen vil behandlingseffekt tilsi en reduksjon av atferdsvanskene hos barn med ulike nivå av CU-trekk. Basert på litteraturen på feltet, kan man anta at barn med høye nivå av CU-trekk har mer alvorlige atferdsvansker. Også Frick og White (2008) finner i sin review støtte for at CU-trekk er relativt stabile gjennom barndom og tenårene. Frick og Viding (2009) hevder at funn tyder på noe større stabilitet hos eldre barn og tenåringer. Derimot påpekte de også at selv med funn som indikerer høy stabilitet vil ikke det bety at det ikke er mulig å endre på nivå av CU-trekk. Psykososiale faktorer kan se ut til å føre til endringer i nivå av CU-trekk (Frick & Viding, 2009).

Andre forskningsfunn gir også indikasjoner på at nivå av CU-trekk kan påvirkes av behandling (Pardini et al., 2007). Somech og Elizur (2012) undersøkte blant annet i hvilken grad CU-trekk kan påvirkes gjennom foreldretrening i tidlig barnealder: Signifikante endringer i CU-skåre fra pre- til posttest og det at endringene var opprettholdt ett år etter avsluttet behandling, kan tyde på at det til en viss grad er mulig å påvirke CU-trekk gjennom foreldretrening. Videre fant Pasalich og kollegaer (2015) at en forebyggende foreldretreningsintervensjon var assosiert med høyere skårer på en foreldredimensjon av varme, og dette igjen predikerte reduserte nivå av CU-trekk etter behandling. Slike funn tyder på at i tillegg til at foreldretrening kan føre til endringer i atferdsvanskene, så kan det også føre til endringer i selve CU-trekket.

### **Etiske hensyn ved identifisering av CU-trekk hos barn**

Det er av høy relevans å øke kunnskapen om hvor påvirkelige CU-trekk er, blant annet på grunn av det etiske aspektet ved å klassifisere er barn som høy CU, ettersom det ofte ansees som en mulig forløper til psykopatikonseptet. Dadds, Fraser, Frost og Hawes (2005) poengterer

at bruken av konseptet psykopati på barn og unges aggressive og antisosial atferd er kontroversielt, både når det er snakk om klinisk- og teoretisk bruk av konseptet. En av studiene i litteraturgjennomgangen hadde svært unge barn i sitt utvalg, og som ble klassifisert som å være i enten gruppen med høy eller lav andel CU-liknende atferd (Hyde et al., 2013). En kan stille spørsmål rundt det å sette slike merkelapper på barn (McMahon, Witkiewitz, & Kotler, 2010), blant annet fordi det kan tenkes å få negative konsekvenser for barnet. Å bli tilskrevet slike trekk kan føre med seg u hensiktsmessig stigma for barna som kan medføre forutinntatthet og liten tro på endringsmuligheter som kan være gjenstand for selvoppfyllende profetier. Derimot hevder Kimonis, Fanti og Singh (2014) at ethvert begrep som brukes for å beskrive individer med antisosial atferd eller trekk vil tilegnes negative assosiasjoner uansett. De viser til at å sette en "merkelapp" på barn og unge knyttet til psykopati ikke fører til mer negative konsekvenser enn det å bruke begrepet alvorlig atferdsforstyrrelse.

Debatten rundt bruken av CU-konseptet hos barn omfatter først og fremst konflikt rundt hvorvidt bruk av psykopatiske trekk i barne og ungdomsalder er utviklingsmessig passende med tanke på formbarheten av personlighet under utvikling og at antisosial ungdom representerer en heterogen gruppe (McMahon et al., 2010). Det kan argumenteres for at det er viktig å identifisere barn med CU-trekk tidlig, fordi de kan ha nytte av tidlige intervensjoner som kan hindre videre skjevutvikling.

### **Fremtidig utvikling av effektive behandlingsprogram**

Å kunne identifisere hvilke spesifikke komponenter i foreldretreningsprogrammene som kan ha medført jevn god eller bedre behandlingseffekt for barn med høye CU-skårer, kan gi nyttig informasjon til bruk i videreutvikling av eksisterende behandlingsformer og etablering av nye. Det kan se ut til at gruppen av barn med høye nivå av CU-trekk og atferdsvansker har behov for mer enn tradisjonell foreldretrening.

Ettersom CU-trekk kan synes å være mer knyttet til den affektive kvaliteten ved foreldre-barn-samspeilet, er det nærliggende å anta at det kan kreve en annen type intervensjon enn tradisjonell foreldretrening. Utrygg tilknytning mellom mor og barn har vist seg å være assosiert med CU-trekk hos barna, vil behandling med et mer relasjonsrettet fokus med emosjonssosialisering kunne være av relevans for behandlingen av barn med høye nivå av CU-trekk (Pasalich et al., 2012; Pasalich et al., 2014). Det er blitt funnet en økt sannsynlighet for at mødre til barn med høye nivå av CU-trekk hadde en emosjonell sosialiseringsspraksis som var mer avvisende ovenfor barnets emosjoner (Pasalich et al., 2014). IFCCP har mer fokus på tilknytning enn de andre foreldretreningprogrammene, men viste seg likevel å ikke ha ekvivalent effekt på barn med høye nivå av CU-trekk som hos barn med lave nivå (Dadds et al., 2012; Hawes et al., 2013). På grunn av at IFCCP i disse studiene hadde et forløp av kortere varighet enn spesifisert i manualen, behøves flere studier som undersøker tradisjonell foreldretrening sammenliknet med foreldretrening med større tilknytningsfokus for disse barna.

Traumatiske opplevelser i barndommen er en risikofaktor for utvikling av både atferdsforstyrrelser (Greenwald, 2002) og psykopatologi (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999). Greenwald problematiserer at til tross for den store forekomsten av traumeopplevelser og posttraumatiske symptomer blant barn med atferdsforstyrrelser, så har nåværende behandlingsprogram for atferdsvansker bare delvis fokus på dette i behandlingen. Ifølge Greenwald involverer traumebehandling to generelle faser: Den første er å etablere en form for trygghet og den andre er å bearbeide det traumatiske materialet. Foreldretrening bidrar til stabilitet i oppvekstmiljøet, forutsigbarhet og støtte, og kan på den måten bidra med å etablere trygghet. Imidlertid er bearbeidingsfasen i mindre grad prioritert i standardiserte foreldretreningssprogram (Greenwald, 2002).



Pasalich og kollegaer (2015) hevder at atferdsvansker ser ut til å være sterkest assosiert til foreldredimensjonen streng/hard disiplin, relatert til Pattersons (1982) gjentakende mønstre av påtvingende samhandling mellom foreldre og barn. Intervensjoner som lærer foreldre å bruke ikke-voldelige og mer sensitive disiplinære strategier anses for å være hensiktsmessig for denne gruppen. Imidlertid hevder de at CU-trekk kan se ut til å kreve intervensjoner med større fokus på å øke foreldrenes grad av varm respondering på barnets atferd og emosjoner. Dette fordi de mener at CU-trekk fremstår som mer knyttet til foreldredimensjonen varme og den affektive kvaliteten ved foreldre-barnrelasjonen (Pasalich et al., 2014; Pasalich et al., 2015). Det kan se ut som at intervensjoner for barn med atferdsvansker og høye nivå av CU-trekk muligens burde ha et annet innhold, sammenliknet med intervensjoner for barn med bare atferdsvansker. Det argumenteres for mer individualiserte intervensjoner for både barn i risiko for å utvikle CU-trekk og for barna som allerede har høye nivå av CU-trekk.

Sink (2010) påpeker at individer med psykopatiske trekk synes å få mer ut av behandling som har vist seg å være effektiv på de med mer alvorlige tilfeller av atferdsforstyrrelser, for eksempel MST (Eyberg et al., 2008; Stickle & Frick, 2002 ). Tiltak på flere områder kan være relevant for barn med samtidige CU-trekk. I tråd med dette fant studien som benyttet seg av den multimodale intervensjonen AF-CBT (Kolko & Pardini, 2010), at barn med høye nivå av CU-trekk hadde likt utbytte av behandling som barn med lave nivå. Barnets evne til perspektivtaking og andre sosialkognitive evner ble oppøvd gjennom CBT i dette programmet, og ble vektlagt som særlig relevant i behandlingen av barn med atferdsvansker og CU-trekk. Dette antyder at flere studier av behandlingsprogrammer som inkluderer oppøvelse av sosialkognitive ferdigheter kan være fordelaktig.

### **Implikasjoner for videre forskning**

Til tross for flere begrensninger ved de ulike studiene i gjennomgangen, konvergerer de i hovedsak mot at barn med høy-CU på gruppenivå har noe lavere behandlingsrespons.

Imidlertid reflekterer gjennomgangen av studiene som er inkludert i litteraturgjennomgangen og øvrig litteratur på feltet en del begrensninger ved forskningen, som fremtidige studier burde ta i betraktning. Det trengs altså mer forskning for å se om replikasjonsstudier støtter at barn med høye nivå av CU-trekk og atferdsvansker har lavere behandlingseffekt av foreldretrening. Det er blitt påpekt at forskningen mangler longitudinelle studier (Pardini et al., 2007). Longitudinelle studier kan undersøke om det eksisterer sensitive perioder for behandlingseffekt hos barn som har høye nivå av CU-trekk, når atferdsmønstre kan se ut til å være mer påvirkelige og mindre stabile hos yngre barn (Hyde et al., 2013).

Fremtidige behandlingsstudier bør være longitudinelle, randomiserte, kontrollerte studier med store utvalg. Videre bør det bli sørget for nytteverdi av studiene og tydelighet i artiklene, eksempelvis ved å oppgi nødvendig informasjon om utvalg, behandlingsprogram, betingelser, analyser og resultater. Dette for å muliggjøre replikering, og sikre at funnene kan benyttes til utvikling av fremtidige studier og behandlingsprogram.

Det er blitt påpekt at det trengs mer forskning på instrumenter som brukes for å måle nivå av CU-trekk (Frick & White, 2008). En mangel ved tidligere forskning på kartleggingsinstrument av CU-trekk, - da spesielt APSD, er at det meste av forskningen tilsynelatende har vært gjort på utvalg bestående av tenåringer og grupper som er blitt henvist for atferdsvansker (Dadds et al., 2005). Kartleggingsinstrumentene har ikke blitt testet ut i like stor grad på yngre utvalg, med unntak av APSD-SDQ som også har blitt undersøkt i utvalg i alder fire til ni år (Dadds et al., 2005). Eller på mer generelle populasjonsutvalg, hvor atferdsvansker da ikke er i fokus (Moran et al., 2009).

Det vil være hensiktsmessig om fremtidig forskning konsekvent bruker instrumentene med mest støtte i forskningen; APSD-SDQ og ICU (Dadds et al., 2005; Dadds et al., 2009; Kimonis et al., 2008). Fremtidig forskning på området kan også dra nytte av å bruke flere informanter for å måle CU-trekk og å undersøke konvergens mellom disse målene (Dadds et

al., 2005; Hyde et al., 2013), da det vil kunne føre til mer valide og reliable mål på CU-trekk som vil kunne være enklere å sammenlikne mellom studiene. Klarere enighet omkring fastsettelse av cut-off-skårer og anbefalt aldersgruppe for de ulike kartleggingsinstrumentene, ville gjort det enklere å sammenlikne resultater mellom studier.

Utvalgene i studiene varierte på flere faktorer, for eksempel alder, kjønn, drop-out og alvorlighetsgrad av atferdsvansker. Dette er faktorer som kan ha påvirket behandlingseffekt på ulike vis, og er relatert til risikofaktorer ved atferdsvansker. Noen studier har kontrollert for slike faktorer, men det er ikke et gjennomgående ved i alle studiene.

Det er blitt antydnet at evidensbaserte intervensjoner for atferdsvansker generelt er mer effektive på nylig oppståtte tidlige vansker hos yngre barn, sammenliknet med eldre barn og tenåringer (Eyberg et al., 2008). Hyde og kollegaer (2013) foreslår at behandlingen kan være mer effektiv for de yngste barna fordi det er lettere å hindre negativ utvikling på et tidlig stadium mens barna ennå er forholdsvis unge. Det trengs imidlertid flere studier som ser på hvilke programmer som har best effekt på barn i ulike aldre slik at programmene blir optimaliserert og tilpasset hvilket utviklinstringstrinn barnet befinner seg på. Det er blitt påpekt at det trengs mer forskning på yngre utvalg og behandlingseffekt ved CU-trekk, ettersom litteraturen i hovedsak har hatt utvalg som bestående av eldre barn og tenåringer (Hyde et al., 2013).

Videre bør fremtidige studier undersøke nærmere alder for intervensjon, multimodale behandlinger og individuelt tilpassede behandlinger, for disse barna. Studier som sammenlikner to behandlingsbetingelser med hverandre, for eksempel foreldretrening opp mot mer multimodale behandlingsformer, vil være nyttige. Blant annet for å undersøke om barn med høye nivå av CU-trekk og atferdsvansker har økt behandlingseffekt av multimodale og individuelt tilpassede intervensjoner. I tillegg til å også sammenlikne hvilken effekt de ulike behandlingen har på barn i forskjellige aldersgrupper. Relevante spørsmål som dukker opp i

denne sammenheng er om yngre barn med CU-trekk har bedre behandlingseffekt av foreldretrening enn eldre barn. Videre er det nyttig å forske på om eldre barn har bedre nytte av mer multimodal behandling, med blant annet behandling gitt direkte til barnet. Med tanke på alder trengs det også forskning som undersøker hvilken betydning forebyggende programmer kan ha for barn som utviser CU-trekk. Relevansen for dette er nært knyttet til sammenhengen CU-trekk har med økt sannsynlighet for senere skjev utvikling, uavhengig av tilstedeværelse av atferdsvansker. Pasalich og kollegaer (2015) har også påpekt også at det mangler forskning på mellomliggende prosesser som utforsker hvordan forebyggende programmer forbedrer visse antisosiale utfall; hvilke komponenter i forskningen som er virksomme, og for hvem når det kommer til CU-trekk.

Det er funnet støtte for at nivå av CU-trekk kan reduseres som følge av behandling (Pardini et al., 2007). Ytterligere forskning omkring stabiliteten av CU-trekk er nødvendig. Fremtidig forskning på feltet bør også undersøke behandlingseffekten av foreldretrening på CU-trekk, ikke bare i forhold til atferdsvanskene. Det kan være hensiktsmessig å se nærmere på tidlige intervensjoner som potensielt kan forebygge eller redusere nivåene av CU-trekket, fremfor å kun undersøke behandlinger som reduserer atferdsvanskene til denne gruppen.

Litteraturen antyder også at barn med høye nivå CU-trekk ofte har vært utsatt for flere psykososiale belastninger. For eksempel er det funnet en sammenheng mellom CU-trekk og utrygg tilknytning (Pasalich et al., 2012) og traumer i barndommen (Main & George, 1985; Howard et al., 2012). Fremtidig forskning som undersøker behandlingseffekt hos disse barna bør ta dette i betraktning. Videre kunne det vært interessant om videre forskning undersøkte behandlingseffekt hos barn med høye nivå av CU-trekk og høye angstnivå. Dette ettersom litteraturen indikerer at dette kan tilsvare undergrupper innad i gruppen av høy CU som kanskje

vil kunne få bedre behandlingsutbytte med for eksempel individuelt tilpasset psykoterapi (Skeem et al., 2003).

### **Implikasjoner for klinisk virksomhet**

Litteraturgjennomgangen synes å støtte relevansen av at CU-trekk tas med i betraktning ved utredning og behandling av atferdsvansker.

CU-konseptet er funnet å inneha nytteverdi ved at det muliggjør identifisering barn som er i risiko for senere skjev utvikling. Dette kan identifisere en undergruppe av den generelt heterogene gruppen som har atferdsvansker og økt risiko for aggresjon og lovbrudd (Frick et al., 2003). Det ville vært nyttig med screeninginstrumenter som var egnet for klinisk praksis, med tanke på å kunne foreta tilpasninger av behandlingsopplegget til barn med atferdsvansker med samtidige CU-trekk. Dette ser ikke ut til å foreligge ennå (Frick & White, 2008).

Forskningen ser ut til å støtte at det bør vurderes om disse barna egentlig bør motta annen behandling enn barn som kun har atferdsvansker; eksempelvis foreldretrening med flere eller andre komponenter, eller andre intervensjonsformer. Samtidig er foreldretrening ansett som førstevalget i behandling barn med atferdsvansker (Beauchaine et al., 2005), og foreldreatferd er en av risikofaktorene ved atferdsvansker som det er forsket mest på (Burke et al., 2002). Det er mulig at barn som har høye nivå av CU-trekk kan ha behov for intervensjoner med større fokus på tilknytning og det affektive samspillet mellom foreldre og barn, som nevnt tidligere. Dette kan være relevante komponenter som er med på å påvirke behandlingseffekt. Derimot er det ikke gjort tilstrekkelig med forskning på dette til å kunne si at dette er støttet i forskning.

Resultatene fra studiene i litteraturgjennomgangen og øvrig forskning ser også ut til å antyde at barn med høye nivå av CU-trekk og atferdsvansker også har behandlingseffekt av foreldretrening, selv om denne er redusert sammenliknet med barn som har lavere nivå. En

vurdering av nivå av CU-trekk hos barn med atferdsvansker, vil kunne være av nytteverdi før intervensjoner igangsettes, både med tanke på effekt av behandling og kostnadseffektivitet.

Foreldretreningsprogram hevdes å være kostnadseffektivt med tanke på de langsiktige samfunnsmessige kostnadene som er assosiert med antisosial atferd som oppstår i barndommen (Scott et al., 2001). Det kan ser ut til å være økende støtte for at intervensjoner burde tilbys forebyggende som et lavterskeltilbud til høyrisikogrupper.

Psykososiale belastninger er overrepresentert i gruppen med høye nivå av CU-trekk (Viding, Fontaine, & McCrory, 2012). Det er økt sannsynlighet for at disse barna har opplevd traumer eller har foreldre med psykiske lidelser/antisosiale trekk (Viding et al., 2012). Behandlingsintervensjoner bør ta dette i betraktning. Videre påpekte Frick og Viding (2009) at risikofaktorer ved atferdsvansker er knyttet til miljø, gener og temperament, og at ingen av disse faktorene eksisterer i isolasjon. De hevdet derfor at intervensjoner bør være omfattende/multimodale for å rette seg mot mer enn en risikofaktor, og at noen av de mest effektive behandlingene for antisosial atferd har flere komponenter og har ikke bare fokus mot en risiko-faktor. Dette kan være spesielt relevant for høy CU-gruppe

### **Begrensninger ved litteraturgjennomgangen**

På grunn av litteraturens omfang har vi i denne gjennomgangen imidlertid valgt å ikke fokusere på sosioøkonomisk status eller komorbiditet ved utvalgene. Dette på tross av at litteraturen indikerer at dette er risikofaktorer som knyttes til atferdsvansker og CU-trekk, og det kunne således ha vært interessant å undersøke med tanke på utvalgene i studiene som er inkludert i litteraturgjennomgangen. Imidlertid er dette viktige faktorer som også fremtidige studier bør undersøke.

### **Konklusjon**

Resultatene av litteraturgjennomgangen peker i retning av at barn med CU-trekk og samtidige atferdsvansker har lavere behandlingseffekt av foreldretreningsintervensjoner.

Imidlertid er ikke funnene entydige, ettersom tre av de åtte studiene ikke fant støtte for en sammenheng mellom høye nivå av CU-trekk og lavere behandlingseffekt. Samtidig har det vært noe utfordrende å tolke resultatene på bakgrunn av forskjeller mellom utvalgene, metodologiske begrensninger og at det er brukt ulike behandlingsmetoder i studiene.

Barn med høye nivå av CU-trekk ser ut til å ha utbytte av foreldretrening, men behandlingseffekten kan virke noe mindre for disse sammenliknet med barna som har lavere nivåer av trekket. I tråd med dette har Stickle og Frick (2002) påpekt at atferdsvansker ofte ikke blir redusert til et mer normativt nivå etter behandling for en betydelig andel av barn og unge. Resultatene til studiene i gjennomgangen antyder at barn med høye CU-trekk er en del av denne gruppen.

Videre synes litteraturgjennomgangen og øvrig litteratur å indikere at barn med atferdsvansker og høye nivå av CU-trekk har behov for intervensjoner som i større grad er individualiserte og multimodale, sammenliknet med tradisjonell foreldretrening. Effektive intervensjoner for barn med høye nivå av CU-trekk bør sannsynligvis rette seg inn mot flere risikofaktorer, enn foreldreatferd alene.

Imidlertid trengs flere longitudinelle, randomiserte og kontrollerte studier med store utvalg, for å kunne undersøke hvilke intervensjoner som er mest effektive for barn med høye nivå av CU-trekk og samtidige atferdsvansker. Ettersom CU-trekk er funnet å kunne predikere et mer alvorlig, aggressivt og stabilt mønster av antisosial atferd, bør fremtidig forskning og klinisk virksomhet satse på forebyggende, tidlige intervensjoner for disse barna.

### Litteratur

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing.
- Anderson, H.W. (2009). *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge* (SINTEF-rapport A9714). Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport\\_a9714\\_pasienter\\_og\\_behandlingstilbud\\_i\\_psykisk\\_helsevern\\_for\\_barn\\_og\\_unge.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_a9714_pasienter_og_behandlingstilbud_i_psykisk_helsevern_for_barn_og_unge.pdf)
- Askeland, E., Apeland, A. K., & Solholm, R. (2014). PMTO: Foreldretrening for familier med barn som har atferdsvansker. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baron-Cohen, S., Golan, O., Wheelwright, S. & Hill, J. J. (2004). *Mind-reading: The Interactive Guide to Emotions*. London, England: Jessica Kingsley Limited.
- Barry, T. B., Frick, P. J., DeShazo, T. M., McCoy, M. G., Ellis, M. & Loney, B. R. (2000). *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 335-340. doi:10.1037/0021-843X.109.2.335
- Beauchaine, T. P., Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children treated for early-onset conduct problems: a latent growth curve analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 371. doi:10.1037/0022-006X.73.3.371
- Bjørknes, R., Kjøbli, J., Manger, T., & Jakobsen, R. (2012). Parent training among ethnic minorities: Parenting practices as mediators of change in child conduct problems. *Family Relations*, 61(1), 101-114. doi:10.1111/j.1741-3729.2011.00683.x
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: Evidence from a New Zealand birth cohort. *Journal*



*of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(11), 1125-1133.

doi:10.1016/j.jaac.2010.08.005

Burke, J. D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1275-1293. doi:10.1097/00004583-200211000-00009

Child Welfare Information Gateway. (2013). Alternatives for Families: A Cognitive Behavioral Therapy (AF-CBT). Hentet 11. september 2015 fra <https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/cognitive.pdf#page=4&view=Treatment> Phases and Key Components

Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity* (5. utg.). US: Mosby Medical Library.

Dadds, M. R., Cauchi, A. J., Wimalaweera, S., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood. *Psychiatry Research*, 199(3), 201-207. doi:10.1016/j.psychres.2012.04.033 22703720

Dadds, M. R., Fraser, J., Frost, A., & Hawes, D. J. (2005). Disentangling the underlying dimensions of psychopathy and conduct problems in childhood: a community study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 400-410. doi:10.1037/0022-006X.73.3.400

Dadds, M. R., & Hawes, D. (2006). Integrated family intervention for child conduct problems: A behaviour-attachment-systems intervention for parents. Bowen Hills, Qld: Australian Academic Press.

Dadds, M. R., Hawes, D. J., Frost, A. D., Vassallo, S., Bunn, P., Hunter, K., & Merz, S. (2009). Learning to 'talk the talk': The relationship of psychopathic traits to deficits in

empathy across childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(5), 599-606. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.02058.x

Dishion, T. J., Patterson, G. R., & Kavanagh, K. A. (1992). *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*. J. McCord, & E. J. Tremblay (Eds.). New York, NY, US: Guilford Press

Drugli, M. B. (2013). *Atferdsvansker hos barn: evidensbasert kunnskap og praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Essau, C. A., Sasagawa, S., & Frick, P. J. (2006). Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. *Assessment*, 13(4), 454-469. doi:10.1177/1073191106287354

Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Child & Adolescent Psychology*, 37(1), s. 215-237. doi:10.1080/15374410701820117

Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO™ implementation in Norway. *Prevention Science*, 12(3), 235-246. doi: 10.1007/s11121-011-0225-6

Fossum, S., Drugli, M. B., Handegård, B. J., & Mørch, W. –T. (2010). Barns ag gres si ve at ferd etter foreldretrening. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 1017–101. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php>

Frick, P. J. (1998). *Conduct Disorders and Severe Antisocial Behavior*. New York: Plenum.

Frick, P. J. (2002). Juvenile psychopathy from a developmental perspective: Implications for construct development and use in forensic assessments. *Law and Human Behavior*, 26(2), 247-253. doi: 10.1023/A:1014600311758

Frick, P. J., Bodin, S. D., & Barry, C. T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the

psychopathy screening device. *Psychological Assessment*, 12(4), 382-393.

doi:10.1037/1040-3590.12.4.382

Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 457-470. doi:10.1023/A:1023899703866

Frick, P. J., Cornell, A. H., Bodin, S. D., Dane, H. E., Barry, C. T., & Loney, B. R. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology*, 39(2), 246-260. doi:10.1037/0012-1649.39.2.246

Frick, P. J., & Hare, R. D. (2001). *The Antisocial Process Screening Device (APSD)*. Toronto: Multi-Health Systems.

Frick, P. J., Lilienfeld, S. O., Ellis, M., Loney, B., & Silverthorn, P. (1999). The association between anxiety and psychopathy dimensions in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 383–392. doi:10.1023/A:1021928018403

Frick, P. J., O'Brien, B. S., Wootton, J. M., & McBurnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of abnormal psychology*, 103(4), 700-707. doi:10.1037/0021-843X.103.4.700

Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C. & Kahn, R. E. (2014). Can Callous-Unemotional Traits Enhance the Understanding, Diagnosis, and Treatment of Serious Conduct Problems in Children and Adolescents? A Comprehensive Review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 1–57. doi:10.1037/a0033076

Frick, P. J., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Development and psychopathology*, 21(04), 1111-1131. doi:10.1017/S0954579409990071

- Frick, P. J., & White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01862.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586. doi:10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 5-23. doi: 10.1300/J146v06n01\_02
- Hare, R. D. (1994). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. England, London: Warner Books.
- Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2005). The Treatment of Conduct Problems in Children With Callous-Unemotional Traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 737-741. doi:10.1037/0022-006X.73.4.737 16173862
- Hawes, D. J., Dadds, M. R., Brennan, J., Rhodes, T., & Cauchi, A. (2013). Revisiting the treatment of conduct problems in children with callous-unemotional traits. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47(7), 646-653. doi:10.1177/0004867413484092
- Howard, A. L., Kimonis, E. R., Muñoz, L. C., & Frick, P. J. (2012). Violence exposure mediates the relation between callous-unemotional traits and offending patterns in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(8), 1237-1247. doi: 10.1007/s10802-012-9647-2
- Hyde, L. W., Shaw, D. S., Gardner, F., Cheong, J., Dishion, T. J., & Wilson, M. (2013). Dimensions of callousness in early childhood: links to problem behavior and family

intervention effectiveness. *Development and Psychopathology*, 25(2), 347-363.

doi:10.1017/S0954579412001101

Högström, J., Enebrink, P., & Ghaderi, A. (2013). The moderating role of child callous-unemotional traits in an Internet-based parent-management training program. *Journal of Family Psychology*, 27(2), 314-323. doi:10.1037/a0031883

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600-606. doi:10.1001/archpsyc.56.7.600

Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. og Boyle, C. L. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567–589. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). Personlighetspsykiatri. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kazdin, A. E. (1997). Parent Management Training: Evidence, Outcomes, and Issues. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1349-1356. doi:10.1097/00004583-199710000-00016

Kazdin, A. E., Mazurick, J. L., & Bass, D. (1993). Risk for attrition in treatment of antisocial children and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 2-16. doi:10.1207/s15374424jccp2201\_1

Kimonis, E. R., Fanti, K. A., & Singh, J. P. (2014). Establishing cut-off scores for the parent-reported Inventory of Callous-Unemotional Traits. *Archives of Forensic Psychology*, 1(1), 27-48. Hentet fra <http://www.archivesofforensicpsychology.com/>

Kimonis, E. R., Frick, P. J., Skeem, J. L., Marsee, M. A., Cruise, K., Munoz, L. C., ... & Morris, A. S. (2008). Assessing callous–unemotional traits in adolescent offenders:

- Validation of the Inventory of Callous–Unemotional Traits. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 241-252. doi:10.1016/j.ijlp.2008.04.002
- Kochanska, G. (1995). Children's temperament, mothers' discipline, and security of attachment: Multiple pathways to emerging internalization. *Child Development*, 66(3), 597–615. doi:10.1111/j.1467-8624.1995.tb00892.x
- Kochanska, G. (1997). Multiple Pathways to Conscience for Children With Different Temperaments: From Toddlerhood to Age 5. *Developmental Psychology*, 33(2), 228-240. doi:10.1037//0012-1649.33.2.228
- Kolko, J. D. (2015, september 11). AF-CBT. Hentet fra <http://www.afcbt.org/>
- Kolko, D. J., Dorn, L. D., Bukstein, O. G., Pardini, D., Holden, E. A., & 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*, 37(5), 591-609. doi:10.1007/s10802-009-9303-7
- Kolko, D. J., & Pardini, D. A. (2010). ODD dimensions, ADHD, and callous-unemotional traits as predictors of treatment response in children with disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(4), 713-725. doi:10.1037/a0020910
- 21090875
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M. B., Handegård, B. H., & Mørch, W-T. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled replication trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(1), 42-52. doi: 10.1007/s00787-008-0702-z
- Lazer, S. M. S. (2012). *Do Callous and Unemotional Traits in Young Children Predict Change in Parenting and Child Behavior In Response to Behavioral Parent Training?* (Doktorgradsavhandling), Long Island University, C. W. Post Center.

- Lipschitz, D. S., Morgan III, C. A., & Southwick, S. M. (2002). Neurobiological disturbances in youth with childhood trauma and in youth with conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 149-174. Doi:10.1300/J146v06n01\_08
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years: Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.  
doi:10.1097/00004583-200012000-00007
- Longman, T., Hawes, D. J., & Kohlhoff, J. (2015). Callous–Unemotional Traits as Markers for Conduct Problem Severity in Early Childhood: A Meta-analysis. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-9. doi:10.1007/s10578-015-0564-9
- Lorber, M. F., & Egeland, B. (2009). Infancy parenting and externalizing psychopathology from childhood through adulthood: Developmental trends. *Developmental psychology*, 45(4), 909-912. doi:10.1037/a0015675
- Lynam, D. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal Evidence that Psychopathy Scores in Early Adolescence Predict Adult Psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 155–165. doi:10.1037/0021-843X.116.1.155.
- Main, M., & George, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress in agemates: A study in the day care setting. *Developmental psychology*, 21(3), 407-412. doi:10.1037/0012-1649.21.3.407
- Martinussen, M. (2009). *Beskrivelse og vurdering av tiltaket: De utrolige årene (DUÅ) - Foreldretreningsprogram*. Ungsinn, tiltak nr 3. Hentet 16. mai 2015, fra [http://www2.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p\\_document\\_id=83884](http://www2.uit.no/portal/page/portal/Forebyggingsbasen/startside/artikkel?p_document_id=83884)

- Masi, G., Muratori, P., Manfredi, A., Lenzi, F., Polidori, L., Ruglioni, L., . . . Milone, A. (2013). Response to treatments in youth with disruptive behavior disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(7), 1009-1015. doi:10.1016/j.comppsy.2013.04.007
- McMahon, R. J., Witkiewitz, K., & Kotler, J. S. (2010). Predictive validity of callous–unemotional traits measured in early adolescence with respect to multiple antisocial outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(4), 752-763. doi: 10.1037/a0020796
- Menting, A. T. A., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *33*(8), 901-913. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.006
- Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J., & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the “real world?” A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical child and family psychology review*, *16*(1), 18-34. doi: 10.1007/s10567-013-0128-0
- Miller, G. E., & Prinz, R. J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy*, *34*(4), 517-534. doi:10.1016/S0005-7894(03)80033-3
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, *13*(02), 355-375. doi:10.1017/S0954579401002097
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge University Press.
- Moran, P., Rowe, R., Flach, C., Briskman, J., Ford, T., Maughan, B., ... & Goodman, R. (2009). Predictive value of callous-unemotional traits in a large community sample.



*Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(11), 1079-1084. doi:10.1097/CHI.0b013e3181b766ab

Nielsen, G. H., (2004). Ny giv i arbeidet med adferdsvanskelige barn og unge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 445–446. Hentet fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php>

Nordahl, T., Sørli, M.-A., Manger, T., & Tveit, A. (2014). Et helhetlig syn på atferdsvansker hos barn. *Psykologisk.no*. Hentet 22 mai 2015 fra: <http://psykologisk.no/2014/10/et-helhetlig-syn-pa-atferdsvansker-hos-barn/>

Norges forskningsråd. (1998). *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker. Hva kan nyere viten fortelle oss? Hva slags hjelp trenger de?* Ekspertuttalelse etter konferansen 18.–19. september 1997 om tilbud til barn og unge som er spesielt vanskelig og utagerende. Oslo: Norges forskningsråd.

O'Brien, B. S., & Frick, P. J. (1996). Reward dominance: Associations with anxiety, conduct problems, and psychopathy in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(2), 223-240. doi: 10.1007/BF01441486

Ogden, C. L., Moffitt, T. E., Broadbent, J. M., Dickson, N., Hancox, R. J., Harrington, H., . . . Caspi, A. (2008). Female and male antisocial trajectories: From childhood origins to adult outcomes. *Development and psychopathology*, 20(2), 673-716. doi: 10.1017/S0954579408000333

Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621. doi:10.1037/0022-006X.76.4.607

- Olson, S. L., Bates, J. E., Sandy, J. M., & Lanthier, R. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(2), 119-133. doi: 10.1023/A:1005166629744
- Pardini, D. A., Lochman, J. E., & Powell, N. (2007). The development of callous-unemotional traits and antisocial behavior in children: are there shared and/or unique predictors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 319-333. doi: 10.1080/15374410701444215
- Pasalich, D. S., Dadds, M. R., Hawes, D. J., & Brennan, J. (2012). Attachment and callous-unemotional traits in children with early-onset conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(8), 838-845. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02544.x
- Pasalich, D. S., Waschbusch, D. A., Dadds, M. R., & Hawes, D. J. (2014). Emotion Socialization Style in Parents of Children with Callous–Unemotional Traits. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(2), 229-242. doi: 10.1007/s10578-013-0395-5
- Pasalich, D. S., Witkiewitz, K., McMahon, R. J., Pinderhughes, E. E., & Conduct Problems Prevention Research Group. (2015). Indirect effects of the fast track intervention on conduct disorder symptoms and callous-unemotional traits: distinct pathways involving discipline and warmth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-11. doi:10.1007/s10802-015-0059
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process* (Vol. 3). Eugene, OR: Castalia Publishing Company.
- Patterson, G. R., DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335. doi:10.1037/0003-066X.44.2.329
- Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1984). Social interactional processes within the family: The study of the moment-by-moment family transactions in which human social

development is imbedded. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5(3), 237-262. doi:10.1016/0193-3973(84)90021-2

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys: A social interactional approach*. Eugene, OR: Castalia.

Reyno, S. M., & McGrath, P. J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems—a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544.x

Roose, A., Bijttebier, P., Claes, L., & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic traits in adolescence: Associations with the revised reinforcement sensitivity theory systems. *Personality and Individual Differences*, 50(2), 201–205.  
doi:10.1016/j.paid.2010.09.028

Ruma, P. R., Burke, R. V., & Thompson, R. W. (1996). Group parent training: Is it effective for children of all ages. *Behavior Therapy*, 27(2), 159-169. doi:10.1016/S0005-7894(96)80012-8

Ryum, T. & Halvorsen J. Ø. (2014). Psykoterafiforskning. I L. E. Kennair & R. Hagen (red.), *Psykoterafi: Tilnæringer og metoder* (s. 25-41). Oslo: Gyldendal.

Sanders, M. R., & Dadds, M. R. (1993). *Behavioral family intervention*. Boston: Allyn and Bacon.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624-640. doi:10.1037/0022-006X.68.4.624

- Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K. & Matthys, W. (2011). Conduct Disorder and the specifier callous and unemotional traits in the DSM-5. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 89–93. doi: 10.1007/s00787-010-0149-x
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British medical journal*, 323(7306), 191-194. doi:10.1136/bmj.323.7306.191
- Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27(2), 171-186. doi:10.1016/S0005-7894(96)80013-X
- Shanahan, L., Copeland, W., Jane Costello, E., & Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 34-42. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01822.x
- Shelleby, E. C., & Shaw, D. S. (2014). Outcomes of parenting interventions for child conduct problems: A review of differential effectiveness. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(5), 628-645. doi: 10.1007/s10578-013-0431-5
- Sink, H. E. (2010). *Distinguishing subtypes of psychopathy in youth based on anxiety, posttraumatic stress symptoms, and emotion recognition*. (Doctoral dissertation, Miami University Ohio). Hentet fra [https://etd.ohiolink.edu/ap/10?0::NO:10:P10\\_ACCESSION\\_NUM:miami1279481371#abstract-files](https://etd.ohiolink.edu/ap/10?0::NO:10:P10_ACCESSION_NUM:miami1279481371#abstract-files)
- Sitnick, S. L., Shaw, D. S., Gill, A., Dishion, T., Winter, C., Waller, R., ... & Wilson, M. (2014). Parenting and the family check-up: changes in observed parent-child interaction following early childhood intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(6), 970–984. doi:10.1080/15374416.2014.940623
- Skeem, J. L., Poythress, N., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., & Cale, E. M. (2003).

Psychopathic personality or personalities? Exploring potential variants of psychopathy and their implications for risk assessment. *Aggression and Violent Behavior*, 8(5), 513-546. doi:10.1016/S1359-1789(02)00098-8

Skogen, J. C., & Torvik, F. A. (2013). *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak* (Rapport 2013:4). Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/de3ab474a7.pdf>

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training-Oregon modellen. Teori, behandlingsprogram og implementering i Norge. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 42(7), 587-597. Hentet fra [http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=297106&a=2](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=297106&a=2)

Somech, L. Y., & Elizur, Y. (2012). Promoting self-regulation and cooperation in pre-kindergarten children with conduct problems: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(4), 412-422. doi:10.1016/j.jaac.2012.01.019

Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 126-141. doi: 10.1097/01.chi.0000246060.62706.af

Steiner, H., & Wilson, J. (1999). Conduct disorder. In R. L. Hendren (Ed.), *Disruptive behavior disorders in children and adolescents* (pp. 47-98). Washington DC: American Psychiatric Press.

Stickle, T. R., & Frick, P. J. (2002). Developmental pathways to severe antisocial behavior: Interventions for youth with callous-unemotional traits. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2(4), 511-522. doi: 10.1586/14737175.2.4.511

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (udatert). *The National Registry of Evidence-based Programs and Practices*. Hentet 23. mai 2015, fra <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=311> □
- Sundell, K., Kling, Å., Livheim, F., & Mautner, A. (2005). *Komet för föräldrar: vilka föräldrar deltar, vilka är barnen och vad tycker föräldrarna om Komet?*. Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad. Hentet 13. august fra [http://www.kometprogrammet.se/pdf/Komet-for-foraldrar\\_vad-tyckte-foraldrarna.pdf](http://www.kometprogrammet.se/pdf/Komet-for-foraldrar_vad-tyckte-foraldrarna.pdf)
- Susman, E. J. (2006). Psychobiology of persistent antisocial behavior: Stress, early vulnerabilities and the attenuation hypothesis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(3), 376-389. doi: 10.1016/j.neubiorev.2005.08.002
- Thomsen, P. H., & Skovgaard, A. M. (2007). *Børne- og ungdomspsykiatri: en lærebog om børn og unges psykiske sygdomme*. København: Fagl's Forlag.
- Top Tier Evidence Initiative, 2013. *Evidence Summary for Parent Management Training – the Oregon Model (PMTO)*. Hentet 11. August 2015, fra <http://evidencebasedprograms.org/1366-2/parent-management-training-the-oregon-model-pmto-near-top-tier>
- Tremblay, R. E. (2010). Developmental origins of disruptive behaviour problems: the 'original sin' hypothesis, epigenetics and their consequences for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 341-367. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02211.x
- Tuvblad, C., Narusyte, J., Grann, M., Sarnecki, J., & Lichtenstein, P. (2011). The genetic and environmental etiology of antisocial behavior from childhood to emerging adulthood. *Behavior genetics*, 41(5), 629-640. doi: 10.1007/s10519-011-9463-4

- Viding, E., Fontaine, N. M., & McCrory, E. J. (2012). Antisocial behaviour in children with and without callous-unemotional traits. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(5), 195-200. doi: 10.1258/jrsm.2011.110223
- Viding, E., & McCrory, E. J. (2012). Why should we care about measuring callous–unemotional traits in children. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 177-178. doi: 10.1192/bjp.bp.111.099770
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychological Bulletin*, 128(1), 118-150. doi: 10.1037//0033-2909.128.1.118
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(4), 666-678. doi: 10.1037/0022-006X.52.4.666
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 93-109. doi: 10.1037//0022-006X.65.1.93
- World Health Organization. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision (ICD-10). Geneva: WHO.