

Devaluering af PMTO- Teens i Danmark

Et single-case studie af Parent Management Training –
Oregon (PMTO)



*Devaluering af PMTO-Teens i Danmark – Et single-case studie
af Parent Management Training – Oregon (PMTO)*

© VIVE og forfatterne, 2022

e-ISBN: 978-87-7582-037-5

Modelfoto: Cathrine Ertmann/VIVE

Projekt: 301322

Finansiering: Den A.P. Møllerske Støttefond

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11, 1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD

Forord

Denne publikation er den første af to devalueringer af PMTO-Teens-projektet i Danmark. Det overordnede mål for projektet er at skabe øget trivsel i familien, skolen og fritiden. Projektet er en indsats for udsatte familier med unge i alderen 13-17 år med udadreagerende problemadfærd, eller familier plaget af vold og kriminalitet og har indeholdt opkvalificeringsforløb og implementeringsstøtte i de deltagende kommuner. Den anden devaluering består af en registerdatabaseret evaluering af de unges tilknytning til uddannelsessystemet og forældrenes tilknytning til arbejdsmarkedet efter projektets afslutning. Begge devalueringer udføres af VIVE med projektleder og projektchef Rasmus Højbjerg Jacobsen i spidsen. Anden devaluering forventes udgivet i slutningen af 2022.

Et sådant projekt og tilhørende evaluering kan ikke gennemføres uden hjælp og opbakning fra en række mennesker. Derfor vil vi gerne sige stor tak til alle de unge og forældre, som siden 2019 har deltaget i et PMTO-Teens-behandlingsforløb, samt familierapeuterne i projektet, som alle har deltaget i dataindsamlingen og dermed skabt grundlaget for at kunne evaluere PMTO-Teens-projektet.

Rapporten har været i review hos faglig programleder Helge Hallmann og uddannelsesleder Steffen Kaspersen, begge VIA University College, og vi takker for nyttige input og kommentarer. Evalueringen er gennemført af projektleder og chefanalytiker Christoffer Scavenius, studentermedhjælper Sara Lentz Jørgensen, sektionsleder Lasse Hønge Flarup, Aarhus Kommune Børn og Unge og projektchef Rasmus Højbjerg Jacobsen.

PMTO-Teens-projektet og evalueringen er finansieret af Den A.P. Møllerske Støttefond.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social

Indhold

Sammenfatning	5
1 Indledning.....	7
2 Metode.....	9
2.1 Rekrutterings- og dataindsamlingsprocedure	9
2.2 Målgruppe	11
2.3 Indsatsen	12
2.4 Instrumenter	15
2.5 Analyse.....	16
3 Resultater	18
3.1 Baggrundskarakteristika	18
3.2 Sammenhæng mellem behandlingsmål og PMTO-forløbet	21
3.3 Sammenhæng mellem behandlingsmål og tilsvarende behandlingskomponenter	23
4 Sammenfatning og diskussion	28
4.1 Begrænsninger	32
4.2 Perspektiver.....	33
Litteratur	37
Bilag 1 De ni behandlingsmål	39
Bilag 2 Familiernes gennemsnitlige niveau på behandlingsmål før, under og efter forløbet	41
Bilag 3 Sammenhæng mellem behandlingsmål og introduktion af behandlingskomponenter	55

Sammenfatning

Teenageårene er kendetegnet ved en rivende fysisk, kognitiv, emotionel og social udvikling. Denne transformation kan udfordre samspillet mellem teenageren og forældrene, hvis forældrene ikke har de nødvendige færdigheder til at forebygge eller reducere konflikterne. De fleste forældre vil stadig spille en vigtig rolle i teenagerens udvikling, men de kan have svært ved at forstå og følge med i ændringerne og få tilpasset forælderollen til teenagerens virkelighed. Nogle forældre kan eksempelvis have svært ved at involvere sig i den unges interesser og aktiviteter, svært ved at se og anerkende det, den unge er god til, svært ved at forstille sig den unges følelser og tanker og svært ved at beherske egne følelser i konflikter med den unge.

Kombinationen af manglende forældrefærdigheder og teenagerens udvikling kan medføre et forhøjet konfliktniveau i familien, hvor forældrene og den unge glider fra hinanden, hvilket for teenageren kan opleves som et tab, specielt i pressede situationer, hvor de stadig har brug for deres forældre. Distancen eller tabet kan efterfølgende smitte af på den unges sociale og emotionelle udvikling. Disse familier kan have glæde af professionel støtte til at navigere sikkert gennem transformationen og knytte forældre og teenager tættere til hinanden.

Flere studier har dokumenteret en positiv effekt af forældretræning med PMTO-modellen på forældrefærdigheder og børn og unges adfærd (se fx litteraturgennemgangen i Scavenius et al., 2020). I PMTO-forløbet arbejder forældrene med op mod ni forældrekompetencer, som skal styrke samspillet i familien. Hver af de ni forældrekompetencer er målrettet forældre til børn og unge med antisocial adfærd. Den underliggende antagelse i modellen er, at den antisociale adfærd kan løses ved at ændre barnets eller den unges sociale miljø, hvilket oftest vil sige at ændre forældrenes adfærd og måde at tilgå forælderollen. I denne evaluering beskriver vi de ni forældrekompetencer, og hvordan kompetencerne operationaliseres i PMTO-modellen. Derudover viser analysen, 1) hvornår i forløbet terapeuterne introducerer familierne til komponenterne, og 2) hvad familierne får ud af at arbejde med komponenterne.

Rapporten bygger på ti forældre-ung-dyaders udvikling før, under og efter deres deltagelse i et PMTO-Teens-forløb i løbet 2020 og 2021 i en af de fem kommuner Aarhus, Hjørring, Horsens, København og Skive. De unge er hovedsagligt drenge mellem 12 og 15 år, der bor hos deres mor, og som henvises til familiebehandling på grund af udadreagerende adfærd og disharmoni i hjemmet. I gennemsnit tog et PMTO-forløb 31 uger (med 18 sessioner), men der er samtidig stor variation i behandlingens længde – fra 20 uger til 51 uger. Forløbene er gennemført under coronanedlukningen, hvilket har påvirket terapeuternes mulighed for at møde forældrene fysisk. Begrænsningen kan også have påvirket forældrenes udbytte af forløbet, så rapportens resultater skal læses med dette forbehold.

Analysen ser på ugentlige spørgeskemadata, der er indsamlet fra forældrene ca. fire uger før opstart af PMTO-forløbet, under hele forløbet og ca. fire uger efter forløbet. Spørgeskemaet dækker ni behandlingsmål, der hver matcher en af de ni forældrekompetencer i PMTO-modellen. Det kunne eksempelvis være et behandlingsmål og en forældrekompetence, der ser på forældrenes *positive involvering* i teenagerens interesser eller evnen til at formulere *tydelige beskeder* blot for at nævne to af de ni kompetencer i modellen.

I alt analyseres 412 forældrebesvarelser for de ti forløb eller i gennemsnit 41 besvarelser pr. forløb. Evalueringen giver derfor et relativt detaljeret billede af familiernes udvikling på hver af de ni behandlingsmål hen over behandlingsforløbet.

Overordnet er der stor variation i familiernes udbytte af PMTO-forløbet. Der fremstår således ikke et entydigt billede af hverken fremgang, stagnation eller tilbagegang under og efter forløbet. Nogle familier oplever en trinvis fremgang henover hele forløbet, andre trinvis tilbagegang, mens de er i behandling, men fremgang ved behandlingens afslutning, og enkelte oplever trinvis tilbagegang over hele forløbet. For nogle er udviklings-trappen flad, for andre er den stejl. Ingen familier oplever fremgang på alle behandlingsmål. I stedet er der en tendens til, at de oplever fremgang på nogle mål, stagnation på andre og tilbagegang på enkelte mål. Samtidig varierer fremgang, stagnation og tilbagegang på et givent mål mellem familierne.

I evalueringen har vi også spurgt terapeuterne, hvornår de har introduceret familien til en given behandlingskomponent og sammenholdt terapeutens introduktion af behandlingskomponenten med familiens udbytte. Dette studie er således det første studie af PMTO-modellen, der kan kæde de ni behandlingskomponenter i PMTO-modellen direkte til tilsvarende behandlingsmål og undersøge sammenhængen mellem terapeutens introduktion af en given behandlingskomponent og forældrenes vurdering af udbyttet på det tilsvarende behandlingsmål. For det første ser vi, at de ni komponenter synes at falde i fire behandlingstrin, hvor terapeuterne først introducerer Positiv involvering, dernæst Tydelige beskeder og Ros og opmuntring, efterfulgt af Regulering af følelser og Problemløsning. Til sidst suppleres med Grænsesætning, Tilsyn og medleven, Kommunikation og Samarbejde med skolen. I rapporten kommer vi nærmere ind på indholdet i hver af de ni komponenter. For det andet ser vi en sammenhæng mellem familiernes udvikling fra før til efter forløbet og tidspunktet for terapeutens introduktion af behandlingskomponenterne. Flest forældre oplever fremgang på de forældrekompetencer, som blev introduceret tidligst i forløbet. Det vil sige, jo tidligere en forældrekompetence adresseres i PMTO-modellen, jo større sandsynlighed er der for, at familien oplever fremgang på det tilsvarende behandlingsmål.

1 Indledning

Familier, som begynder et PMTO-forløb, er ofte endt i et negativt selvforstærkende adfærdsmønster. Et klassisk eksempel, her løst gengivet fra Granic & Patterson (2006), kunne lyde som følger: En mor beder hendes søn om hjælp til at rengøre stuen. Lige før hun spørger sønnen, føler hun sig modløs over alle de andre ting, hun også skal nå i løbet af aftenen. Sønnen, som sidder og spiller Fortnite på sit værelse, hører sin mor og bliver irriteret, fordi han synes, hun altid spørger ham og aldrig hans bror. De negative tanker og følelser får sønnen til abruptt at afvise moren: "Det er ikke mig, der roder i stuen, så du kan selv gøre rent!". Moren bliver irriteret over sønnens flabede afvisning. I et forsøg på at afværge konflikten foreslår hun, at de kan bestille pizza, hvis han hjælper hende med at rengøre stuen. Sønnen synes, at moren beslaglægger hans sparsomme fritid, og hun blot vil forhindre ham i at spille Fortnite med sine venner. Irritationen over at skulle gøre rent vokser derfor til vrede, og han råber ad hende, at hun skal holde sin kæft og lade ham være i fred. Moren reagerer tilsvarende vredt og råber tilbage, at han er selvisk, og hun får aldrig mulighed for at slappe af med to uduelige teenagere i hjemmet. Sønnen kan ikke længere kontrollere sine følelser; han vil bare have moren og hendes krav til at forsvinde, så han kan spille videre. Han smækker og låser derfor døren til sit værelse. Moren banker hårdt på døren en enkelt gang og råber noget uforståeligt, men opgiver kampen med en følelse af nederlag som mor og foragt for sin søn. Hver eneste gang, de ender i sådan en uløselig konflikt, forstærkes de negative følelser og opfattelser af hinanden, og næste gang, moren beder sønnen om noget, ligger følelserne og reaktionsmønsteret latent i kroppen, klar til at starte den samme plade, i den samme rille.

I den engelsksprogede PMTO-litteratur defineres de negative, tvingende samspilmønstre i familien som 'coercive family cycles', dvs. de negative adfærdscirkler er drevet af en selvopretholdende kraft. I PMTO-modellen arbejder forælderen/forældrene med en PMTO-terapeut for at bryde adfærdscirklerne ved at arbejde med ni grundlæggende forældrekompetencer. I denne rapport beskriver vi hver af de ni kompetencer, men overordnet handler det om, at forældrene skal tilegne sig nogle simple teknikker, der kan forebygge og nedtrappe konflikter. Det kan eksempelvis være teknikker til at involvere sig i den unges interesser, give tydelige beskeder, rose for ønsket adfærd, definere tydelige grænser og konsekvenser for negativ adfærd og/eller regulere sin vrede i samspillet med den unge. Målet med PMTO-forløbet er, at forældrene inspireres til nye handlemuligheder, som bryder de negative mønstre, så den unge kan reducere sin antisociale adfærd, og samspillet bliver mere positivt.

I denne delrapport ser vi nærmere på de enkelte familiers udvikling henover PMTO-forløbet. Specifikt belyser vi to typer af sammenhænge: For hver familie belyser vi først sammenhængen mellem deltagelse i PMTO-forløbet og udvikling af forældrefærdigheder; dernæst ser vi nærmere på sammenhængene mellem terapeutens arbejde med specifikke forældrefærdigheder og forældrenes udvikling af ditto færdigheder. Det første delmål undersøger således, om familien ender et bedre sted efter forløbet i forhold til før forløbet, mens det andet delmål går mere i dybden med de enkelte delelementer af PMTO-modellen og undersøger sammenhængen mellem forældrefærdigheder og familiens udvikling. Evalueringens resultater skal dels anvendes til at belyse, hvordan PMTO-Teens anvendes i en dansk terapeutisk praksis, dels til at videreudvikle modellen i en dansk praksis.

Resten af evalueringen er opdelt i tre kapitler: Metode, Resultater og Diskussion. I metodekapitlet dykker vi ned i rapportens detaljer som forskningsdesign, rekruttering af familier, terapiforløbet, dataindsamling og analysemetode. Dette kapitel er for de læsere, som selv ønsker at vurdere fundamentet for vores resultater. I resultatkapitlet beskriver vi analysens fund. Kapitlet bygger på analyser af de enkelte familiers udvikling før, under og efter PMTO-forløbet, og hver af disse udviklingsforløb er illustreret i rapportens bilag. Resultatkapitlet dokumenterer nøgternt analysens resultater, mens diskussionskapitlet diskuterer disse fund. Specielt diskuteres resultaterne i forhold til PMTO-modellen, herunder hvordan PMTO-terapeuterne arbejder med modellen, og hvordan modellen kan styrkes, tilpasses eller udvikles i en dansk, kommunal kontekst.

2 Metode

Dette kapitel rummer fire elementer til at beskrive den overordnede evalueringsmetode: Først beskrives rekrutteringen og dataindsamlingen, dernæst præsenteres målgruppens demografiske karakteristika og komponenterne i PMTO-modellen, og sluttelig beskrives analysen. Kapitlet er målrettet læsere, der ønsker at grave dybere ned i evalueringens maskinrum og metodiske overvejelser. Specielt analyseafsnittet forudsætter et kendskab til grundlæggende statistisk analyse. Læsere, der udelukkende er interesseret i resultaterne, kan springe dele af eller hele dette kapitel over uden at miste hovedkonklusionerne. Læsere, som eksempelvis ikke er bekendt med målgruppen for PMTO-modellen, kan nøjes med afsnit 2.2, og læsere, som ønsker at vide mere om PMTO-modellens operationalisering af de ni forældrekompetencer, kan nøjes med afsnit 2.3 om indsatsen.

I projektet har vi anvendt et single-case design, hvor der indsamles flere målinger fra hver familie både før, under og efter indsatsen. Dette skyldes undersøgelsens formål om at undersøge, både om PMTO-forløbet påvirker familiens udvikling, og om terapeutens arbejde med behandlingskomponenterne påvirker familiens udvikling under forløbet. Ved løbende at følge de deltagende familier i hele perioden kan vi specifikt undersøge sammenhænge mellem familiens udvikling og tre markante skift i perioden: opstart af forløbet, introduktion af behandlingskomponenten og afslutning af forløbet. Derudover har single-case designet en statistisk fordel i små interventionsstudier som dette, fordi de mange observationer over tid øger den statistiske styrke (Kazdin, 1982).

2.1 Rekrutterings- og dataindsamlingsprocedure

Dette afsnit rummer først en beskrivelse af rekrutteringen af henholdsvis kommuner, terapeuter og familier og dernæst en beskrivelse af den gennemførte dataindsamling.

I denne evaluering har vi siden januar 2020 indsamlet data fra i alt 20 familier, hvoraf 12 familier også har gennemført PMTO-forløbet. Familierne er fordelt på fem kommuner: Aarhus, Hjørring, Horsens, København og Skive. Kommunerne er primært udvalgt, fordi de har et tilstrækkeligt højt flow af henvisninger, en stærk implementering af PMTO og samtidig har et tæt samarbejde med VIA. Alle kommunerne anvender derudover PMTO til børn i alderen 4-12 år. Vurderingen af terapeutens fidelitet over for PMTO-modellen har spillet en mindre rolle i udvælgelsen. Alle terapeuter har indsendt en optagelse af en samtale med en teenager. Fideliteten af samtalen er scoret efter PMTO-standarden med Fidelity of Implementation Rating (FIMP). FIMP-scoren var oprindeligt tiltænkt som udvælgelseskriterie, men i sidste ende blev kommunerne hovedsagelig udvalgt ud fra praktiske hensyn, som ville øge rekrutteringen af familier til studiet. Den præcise udvælgelse af terapeuter er derefter foregået lokalt i kommunerne.

Rekrutteringen af deltagerfamilier er ligeledes foregået i kommunerne. I en kommune er familierne gennem myndigheden (fx sagsbehandler eller anden instans med myndighed til at henvise til familiebehandling) blevet visiteret direkte til PMTO-forløb, mens familierne i de resterende kommuner er blevet visiteret til familiebehandling, hvorefter familierapeuten så har tilbudt dem et PMTO-forløb. I alle tilfælde har det været ønsket, at familierne

skulle rekrutteres så tidligt som muligt i visitationsprocessen, da en del af dataindsamlingen skulle foregå, inden de egentlige PMTO-samtaler begyndte. Dette betyder imidlertid, at for 8 af de 20 rekrutterede familier blev dataindsamlingen afbrudt, fordi det viste sig, at et PMTO-forløb alligevel ikke matchede familiens behov og ønsker.

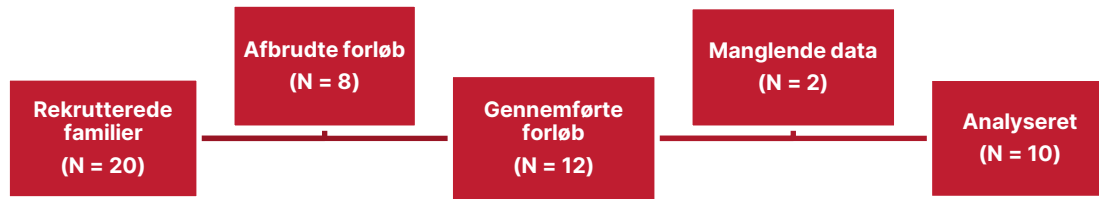
For at evaluere familiernes udvikling før, under og efter forløbet har vi valgt at indsamle to typer af effektdata: et større spørgeskema, som indsamles to gange henholdsvis før og efter PMTO-forløbet, og et kort spørgeskema, der indsamles ugentligt via link i SMS igennem hele forløbet. Det større skema er indsamlet blandt forældre og unge, mens det korte skema kun er indsamlet blandt forældre. Terapeuten eller myndigheden indsamlede før-målingen til det store skema, mens terapeuten indsamlede efter-målingen. Målingerne blev indsamlet i forbindelse med opstart og afslutning af forløbet. VIVE indsamlede de korte målinger. Antallet af målinger med det korte spørgeskema afhænger af antallet af sessioner. Vi tilstræbte at indsamle fire ugentlige målinger før forløbet, ugentligt under forløbet og fire ugentlige målinger efter forløbet. For at øge responsraten på de korte ugentlige spørgeskemaer modtog familierne gavekort af totalt 2.000 kr. fordelt på mindre gavekort efter henholdsvis 5 og 16 ugers besvarelser og 4 uger efter forløbets afslutning.

For at undersøge sammenhængen mellem terapeutens introduktion af en given behandlingskomponent og familiens udbytte bad vi terapeuterne registrere behandlingsforløbet. Efter hver session skulle terapeuten udfylde et registreringskema. I skemaet noterede terapeuten bl.a. dato for sessionen, længde af sessionen, og hvilke(n) komponent(er) de havde arbejdet med. Ved forløbets afslutning skulle terapeuten scanne dokumentet og sende det til VIVE.

2.1.1 Frafald fra PMTO-forløbet og dataindsamlingen

Ud af de i alt 20 forløb har 12 familier gennemført og afsluttet hele PMTO-forløbet (55 %), mens otte er afbrudt før eller undervejs i forløbet. For én af de 12 gennemførte familier mangler der data for, hvornår terapeuten har introduceret og arbejdet med kernekomponenterne. En anden familie begyndte PMTO-forløbet samtidig med dataindsamlingen; familien har derfor ingen før-målinger, hvilket efterlader ti familier med komplette data. I fem af de otte afbrudte forløb er det familierapeuten, der har afbrudt forløbet, enten fordi der var andre store udfordringer i familierne, eller fordi familierapeuten vurderede, at det ikke var relevant med et PMTO-forløb alligevel. I to tilfælde er det familien selv, der har valgt at afbryde forløbet – én fordi det var for tidskrævende, og én fordi den unge begyndte på efterskole. I en familie blev PMTO-forløbet sat på pause, og det blev ikke optaget igen, førend vi afsluttede dataindsamlingen. Den sidste af de otte familier blev taget ud af dataindsamlingen til projektet, fordi familien ikke udfyldte nok skemaer, til at de kunne bruges i evalueringen.

Figur 2.1 Forløbsdiagram



Note: Diagrammet viser familiernes vej gennem forløbet fra rekruttering til analyse med single-case-metoden. N er antallet af familier.

I to af de ti familier med komplette data er de deltagende unge tvillinger, og i en familie skiftede den unge primær bopæl undervejs i forløbet, hvorfor spørgeskemabesvarelsen overgik fra far til mor. Disse familier indgår i analysen som alle andre familier, medmindre andet er beskrevet i teksten.

Blandt ti familier med komplette data har alle ti forældre udfyldt det lange skema før forløbet, men kun ni har udfyldt efterskemaet. Når det gælder de unge, har otte unge udfyldt skemaet inden forløbet, hvoraf fem også har besvaret skemaet efter forløbet. Årsagen til de unges manglende besvarelser er, at nogle unge ikke har ønsket at besvare skemaet, og en ung er taget på efterskole, og det derfor ikke har været muligt at få besvarelsen. Da det høje antal manglende besvarelser skaber potentielle udfordringer omkring repræsentativitet, har vi valgt udelukkende at anvende forældrenes baseline-målinger til at beskrive familiernes baggrundskarakteristika.

2.2 Målgruppe

Målgruppen for PMTO-Teens er typisk familier med teenagere i alderen 13-17 år, som udviser udadreagerende problemadfærd, og/eller er familier plaget af vold og kriminalitet, som derfor kvalificerer sig til kommunal familiebehandling. Problemadfærden kan være i alvorlig eller moderat grad og kan eksempelvis spænde fra den moderate ende, hvor den unge taler grimt til forældrene, ikke rydder op efter sig selv eller nægter at følge husregler til mere alvorlige problemer, hvor den unge pjækker fra skole, stjæler, misbruger alkohol og stoffer eller har tilsvarende adfærd med alvorlige konsekvenser. Fælles for familierne er, at samværet domineres af konflikter, og forældre og unge er eventuelt begyndt at undgå hinanden for at slippe for negative samspil.

De 20 rekrutterede unge fordeler sig aldersmæssigt fra 12-16 år med et gennemsnit på 14,2 år ved forløbets start. I fire familier (20 %) er de rekrutterede unge piger. For at give et billede af de unge i projektet beskrives her en typisk ung, som deltager i PMTO-forløbet. Den typiske unge har forældre, der ikke bor sammen (88 %); den unge bor oftest hos moren, ligesom det er moren, der oftest er inkluderet i PMTO-forløbet (73 %). Den unge er typisk henvist til familieafdelingen på baggrund af udadreagerende adfærd (87 %), skoleproblemer (67 %), disharmoni i hjemmet (67 %) og kommunikationsproblemer i hjemmet (67 %). Familien har ofte flere henvisningsårsager (80 % har tre eller flere henvisningsårsager). Enkelte af de unge er henvist på grund af kriminel adfærd og selvskade, ligesom enkelte unge også er diagnosticeret med ADHD, er i børne- og ungdomspsykiatrien eller er i kontakt med PPR.

2.3 Indsatsen

PMTO beskrives af programudviklerne som en model, der bygger på en Social-Interaction-Learning model, der beskriver, hvordan adfærdsmønstre dannes og vedligeholdes i familien (Bandura, 1977; Forgatch et al., 2016; Patterson, 1982, 2005). Et adfærdsmønster i familien kunne eksempelvis være en forælder, der beder sit barn om at hjælpe med aftensmaden, men hvor barnet bliver vred og nægter, hvorefter forælderen selv laver aftensmad. Hvis sådanne mønstre gentager sig, forstærkes de, og barnet lærer efterhånden, at vrede fjerner forælders krav. Det vil sige, at barnets negative adfærd er betinget af adfærden hos forælderen. Mere generelt kan mønsteret beskrives som en adfærdskæde bestående af a) forudgående stimuli, b) barnets adfærd og c) den efterfølgende konsekvens (Pavlov, 1960; Skinner, 1965). PMTO-modellen argumenterer for, at forældre med træning i nogle enkle og tydeligt definerede forældrefærdigheder (a og c i kæden) kan bryde fastlåste og negative samspilmønstre og dermed ændre barnets adfærd (b). Som beskrevet i indledningen kaldes disse fastlåste og negative samspilmønstre (i den engelsksprogede PMTO-litteratur) for 'coercivefamily cycles' (Granic & Patterson, 2006).

I PMTO-modellen til forældre med teenagere er nødvendige forældrefærdigheder operationaliseret i ni komponenter (Ros og opmuntring, Positiv involvering, Problemløsning, Grænsesætning, Tilsyn og medleven, Regulering af følelser, Tydelige beskeder, Kommunikation og Samarbejde med skole), som terapeuten kan trække ind i forløbet alt efter forældrenes behov. Som udgangspunkt opfordres terapeuterne dog til at arbejde med Positiv involvering først i forløbet. Dernæst med de to komponenter Ros og opmuntring og Tydelige beskeder, efterfulgt af komponenten Grænsesætning. Positiv involvering tilbydes som den første komponent for at skabe en positiv kontakt mellem forælderen og den unge, hvor den unge føler sig hørt, set og respekteret. Den positive involvering skal igangsætte en positiv stemning i hjemmet, så den unge er motiveret til at deltage i forløbet. Komponentens Tydelige beskeder placeres som umiddelbar optakt til eller som en del af komponenten Ros og opmuntring. Når forældrene mestrer disse tre kompetencer, arbejdes med Grænsesætning. Nedenfor beskrives de ni forældrekompetencer og operationaliseringen af disse i PMTO-modellen.

Positiv involvering handler om forældrefærdigheder til at skabe og vedligeholde et positivt samspil med den unge gennem et kærligt og tillidsfuldt forhold. Det er således en ramme for fællesskabet i familien og beskrives som en af hovedkomponenterne i PMTO-modellen: alle de andre behandlingskomponenter i modellen har elementer af positiv involvering. Positiv involvering handler eksempelvis om at skabe en positiv atmosfære omkring hverdagsrutiner, vise begejstring, når den unges lykkes, være fysisk og mentalt tilgængelig, at vise interesse for den unge og støtte den unges tilegnelse af nye færdigheder. I PMTO-modellen arbejder forældrene med at huske "gyldne øjeblikke", hvor både forælderen og den unge kan lide at være sammen samt etablere nye hyggestunder med positiv involvering.

Tydelige beskeder handler om, at forældrene skal lære at formulere enkle, venlige og præcise beskeder, som den unge kan forstå og efterleve. Forældrene lærer bl.a. at formulere, hvad de forventer af den unge og fortæller den unge, hvad og hvornår han/hun skal gøre noget, frem for hvad han/hun ikke skal gøre. En tydelig besked kunne fx være:

"Vær sød at tale stille og roligt" frem for "Lad være med at råbe". Helt konkret arbejder PMTO-modellen med den tommelfingerregel, at den unge skal efterleve mindst halvdele af forælders besked inden for 10 til 15 sekunder. Hovedværktøjerne for terapeuten til at lære forældrene tydelige beskeder er dialog og rollespil.

Ros og opmuntring handler om, at forældrene skal få øje på, anerkende og forstærke det, som den unge er god til. Forældrene skal lære at rette opmærksomheden mod den unges positive adfærd og rose denne, så den unge motiveres til at ændre adfærd over imod noget mere ønskeligt. Forældrene lærer bl.a. at være opmærksomme på ny positiv adfærd og give specifik og entydig ros, som ikke efterfølges af et "men". Et eksempel kunne være, at forælderen siger: "Dejligt at du hjalp med at tage af bordet" frem for: "Dejligt at du hjalp med at tage af bordet, men kan du ikke gøre det af dig selv næste gang?". PMTO-modellen anbefaler konkret, at forældrene giver fem gange så meget positiv opmærksomhed som negativ opmærksomhed. Hovedværktøjet til terapeuten for at lære forældrene ros og opmuntring er udvikling af et belønningssystem, eksempelvis et afkrydsningskema, der kobler ønsket adfærd til en given belønning. Belønningen kan bestå af privilegier eller goder, som den unge kan gøre sig fortjent til ved at optjene point, vise ansvar og samarbejde.

Grænsesætning handler om, at forældrene kan sætte faste, trygge og forudsigelige grænser for den unges adfærd. Forældrene skal informere den unge om, hvilke grænser der gælder og gøre det klart, hvilke konsekvenser han/hun vil møde, hvis grænserne brydes. I PMTO-modellen anvendes ekstraopgaver og inddragelse af goder til at understøtte forældrenes grænsesætning. Forældrene fastlægger små, medium og store ekstraopgaver, der i omfang og tid modsvarer et potentielt regelbrud. Hvis den unge bryder reglen, beder forælderen den unge om at udføre ekstraopgaven, og indtil opgaven er udført, inddrager forældrene et gode eller privilegium fra den unge. Hvis den unge eksempelvis kommer en halv time senere hjem end aftalt, kunne ekstraopgaven være, at den unge skal rengøre kattebakken, og indtil denne opgave er udført, har den unge ingen computertid. Som hovedregel anbefaler PMTO-modellen, at grænsesætningen begrænses, så der er fem gange så mange positive interaktioner som negative konsekvenser.

Problemløsning er en struktureret fremgangsmåde til at drøfte familieanliggender og til at få lavet tydelige aftaler i familien, der inddrager alles synspunkter. Problemløsningsmodellen bruges eksempelvis på familiemøder eller til at løse uenigheder i familien, og den indeholder syv successive trin: 1) beskriv målet, 2) lav brainstorm, 3) vurder løsninger, 4) læg en plan, 5) lav en skriftlig aftale, 6) afprøv den valgte løsning og 7) evaluér den valgte løsning. Hvis familien eksempelvis har mange højtråbende konflikter omkring aftensmaden, kunne et mål for problemløsningen være: "Når vi spiser aftensmad, beder vi om tingene med en venlig og stille stemme". Trinnene skal sikre, at familien får en konstruktiv dialog og i fællesskab når frem til en fremadrettet løsning på et problem, som de kan afprøve. Trinnene i problemløsningsmodellen integreres i hele PMTO-forløbet, både i rollespil og ved, at terapeuten demonstrerer modellen i faktiske problemer.

Regulering af følelser trænes, så forældrene opmuntrer og viser glæde, når den unge gør som ønsket, samt forholder sig følelsesmæssigt neutralt, når den unge har en negativ adfærd. Følelsesregulering handler om at kunne beherske sin vrede og undgå optrapning af konflikter, have flere neutrale følelser i konfliktsituationer og skrive op for positive fø-

lelser i samspillet med den unge. Regulering af følelser er en grundlæggende forældrekompetence, som de skal mestre i alle dele af behandlingsforløbet. PMTO-modellen tilbyder forælderen forskellige strategier til at regulere sine følelser i stressede situationer, eksempelvis at forlade situationen, bede den unge forlade rummet, tælle til 10, tage dybe vejrtrækninger, lytte til musik, skifte emne, tænke positivt, forstå den unges perspektiv, opsummere hvad den unge siger, undgå uønskede råd m.m. Ved hjælp af rollespil og samtale med terapeut kan forældrene øve og planlægge deres kropssprog, og hvad de skal sige i de stressende eller belastende situationer, der typisk leder til konflikter med den unge.

Tilsyn og medleven handler om, at forældrene skal lære følge med i den unges liv. Specifikke handleanvisninger i PMTO-modellen arbejder med, at forældrene skal vide, hvor den unge er, hvem han/hun er sammen med, hvad han/hun laver, og hvornår og hvordan den unge kommer hjem. Som i kernekomponenten Grænsesætning er hovedreglen, at den unge skal gøre sig fortjent til sine privilegier ved at vise ansvar.

Kommunikation fletter sig også ind i de andre behandlingskomponenter og handler om, at forældrene gennem kommunikationsfærdigheder kan støtte den unge og give dennes interesser, gøremål, oplevelser og følelser positiv opmærksomhed. Specifikt handler komponenten om, at forældrene kan observere den unges følelser og interesser, adskille egne følelser fra den unges følelser, lytte uden at bebrejde og tale med den unge om hans/hendes følelser og interesser. Komponentens bygger på hjemmeopgaver, samtaler og rollespil med terapeuten, hvor forældrene registrerer den unges aktiviteter og følelser og øver sig i at tale med den unge om fester, alkohol, tobak, stoffer, seksuel debut eller andre emner, der kan være svære at tale om.

En typisk PMTO-session tager en time og indeholder følgende fem dagsordenspunkter (Socialstyrelsen, 2014a, 2014b):

1. Ankomst, modtagelse (5 minutter)
2. Gennemgang af forrige hjemmeopgave (10 minutter)
3. Dagens tema (25-30 minutter)
 - a. Gennemgang af tidligere lærte færdigheder
 - b. Problemløsning og brainstorm
 - c. Introduktion af nye færdigheder
 - d. Rollespil og øvelser
 - e. Emner i temaet, som familien er specielt optaget af eller har behov for at gennemgå nøjere
4. Ny hjemmeopgave (10 minutter)
5. Afslutning (5 minutter).

Efter hver session journaliserer terapeuten forløbet, og inden næste session følges op med en telefonsamtale. Telefonsamtalen er et kort 'tjek-in', hvor terapeuten kan høre, hvordan det går med hjemmeopgaven og de aftalte tiltag. Her har terapeuten også mulighed for at foregribe eventuelle vanskeligheder, der opstår i familien mellem sessionerne, og forberede næste session.

2.3.1 Coronapandemiens påvirkning på interventionen

Projektets tidsplan har betydet, at covid-19-pandemien har påvirket forløbene, og derfor udsendte VIA et survey til de ti terapeuter i projektet for at undersøge, hvordan pandemien og dertilhørende hjemsendelse potentielt kunne påvirke PMTO-forløbene. Surveyet blev udsendt i april 2020 til de 11 igangværende terapeuter, hvoraf 10 besvarede hele skemaet.

Surveyet viste bl.a., at to af de ti terapeuter ikke afholdt PMTO-teens-samtaler under første nedlukning, mens de resterende otte terapeuter har omlagt de fysiske samtaler til virtuelle møder og telefonopkald. Flere terapeuter betoner behovet for, at man forud for videosamtalerne har skabt en fortrolig relation med familien, da det ikke er muligt at skabe denne fortrolighed gennem hverken telefon eller videosamtaler. Hvis der er opbygget en fortrolighed, er det derimod en fordel, at forældrene ikke skal transportere sig hen til terapeuten, og terapeuten nemmere kan inddrage den unge, når det er relevant. Omvendt peger de på, at det er svært at anvende tavlen, at man ikke kan demonstrere rollespillet, og at der generelt er mere uro i baggrunden under samtalerne. Af de otte terapeuter, der afholdt møder i perioden, angiver syv (88 %), at de anvender rollespil mindre online end på de fysiske møder. Generelt vurderer terapeuterne, at de primært arbejder med at fastholde de redskaber, som forældrene allerede har tilegnet sig frem for at arbejde med nye komponenter. Fem af terapeuterne (63 %) svarer derudover, at samtalerne længde er uændret, og seks terapeuter (75 %) fortæller, at de holder sig på PMTO-sporet under samtalerne i samme grad som tidligere.

2.4 Instrumenter

2.4.1 Det korte spørgeskema med behandlingsmål

Det korte skema er udviklet i samarbejde med VIA og vurderer familiernes udvikling i ni behandlingsmål, som er direkte relateret til de ni forældrekompetencer eller behandlingskomponenter i PMTO-modellen. Spørgsmålene er udviklet, så de er direkte relateret til indholdet af PMTO-indsatsen. Både behandlingsmål og komponenter fokuserer på konkrete vanskeligheder i den unges og forældrenes interaktionsmønstre. Skemaet (se Bilag 1) består af to spørgsmål for hver af de ni komponenter. For eksempel for komponenten Positiv involvering lyder et spørgsmål: *"I den seneste uge har jeg opsøgt NAVN for at lave noget sammen med KØN"*; for komponenten Tydelige beskeder lyder et spørgsmål: *"I den seneste uge har NAVN gjort, hvad jeg har bedt KØN om, enten første eller anden gang, at jeg bad KØN om det"*. Ud over de 2 gange 9 spørgsmål relateret til behandlingskomponenterne indeholder skemaet ét generelt spørgsmål om forælderens evne til at rumme sit barns adfærd den seneste uge. Det korte skema har derfor 19 spørgsmål i alt, der summer til en totalscore. Hvert spørgsmål besvares på en skala fra 0 til 2. På de ni behandlingsmål kan derfor scores mellem 0 og 4 point og totalt mellem 0 og 38 point. En højere score indikerer færre konflikter og en bedre interaktion i forælder-ung-relationen.

2.4.2 Det lange skema med baggrundskarakteristika

Det større spørgeskema inkluderer to validerede instrumenter: The Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE15, Stratton et al., 2010) og Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman, 1997; Arnfred et al., 2019). Derudover indeholder spørgeskemaet en række spørgsmål om skolegang, sundhedsvaner og andre baggrundsvariable.

SCORE15 er et kort valideret spørgeskema om problematisk interaktion og ændringer i familien. Skemaet består af 15 udsagn, som beskriver familien, hvortil den unge eller en forælder kan svare, at udsagnet beskriver familien: "meget godt", "godt", "delvist", "ikke godt" eller "slet ikke". Det validerede skema dækker tre subskalaer omkring familien: 1) Strengths and adaptability, 2) Overwhelmed by difficulties og 3) Disrupted communication.

SDQ-skemaet består af 25 spørgsmål om den unges socioemotionelle vanskeligheder inden for de sidste seks måneder. Spørgsmålene indeholder primært fem subskalaer: 1) Emotionelle problemer, 2) Adfærdsvanskeligheder, 3) Hyperaktivitet/uopmærksomhed, 4) Problemer i forhold til jævnaldrende og 5) Sociale styrker. De fire første skalaer (20 spørgsmål) samles til en score for *Sociale vanskeligheder* (score fra 0 til 40), hvor en højere score indikerer flere vanskeligheder, og fem spørgsmål samles i *Sociale styrker* (score fra 0 til 10). I denne evaluering bruger vi et udvidet SDQ-skema med fem yderligere spørgsmål omkring betydningen af sociale vanskeligheder for *Daglig funktion* (score fra 0 til 10), hvor en højere score indikerer større påvirkning i dagligdagen.

Skolegang. Spørgsmålene ser på en række spørgsmål omkring den unges skole og skolegang. Spørgsmålene fokuserer på tre hovedkategorier: 1) Uddannelsesniveau og skoletype, 2) Fravær og pjæk og 3) Vurdering af fagligt niveau og skoletræthed.

Sundhedsvaner. Spørgsmålene fokuserer på tre hovedkategorier: 1) Rygevaner, 2) Alkoholvaner og 3) Misbrug af hash eller andre stoffer.

Baggrundsoplysninger omhandler eksempelvis familiesammensætning, etnisk oprindelse, forældres uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet.

2.5 Analyse

Analysen af familiernes udvikling er opdelt i to delanalyser. I den første delanalyse undersøger vi sammenhænge mellem familiens udvikling og deltagelse i PMTO-forløbet. Mere specifikt ser vi på familiens udvikling i behandlingsmålene før, under og efter PMTO-forløbet. Den anden delanalyse undersøger sammenhængen mellem behandlingsmål og terapeutens introduktion af de ni komponenter i PMTO-modellen. For hvert af de ni behandlingsmål undersøger vi, om der er en sammenhæng mellem terapeutens introduktion af en komponent og familiens udvikling i det tilsvarende behandlingsmål. For eksempel for behandlingsmålet og -komponenten Grænsesætning undersøger vi, om familien oplever en positiv udvikling i behandlingsmålet Grænsesætning efter terapeutens introduktion og arbejde med komponenten Grænsesætning.

Til hver delanalyse hører både figur- og tabelresultater. Figurresultater viser udviklingen i en enkelt familie for et givent behandlingsmål, mens tabelresultaterne viser den gennemsnitlige udvikling for alle familier samlet for et givent behandlingsmål. Tabeller og figurer til første delanalyse er listet i Bilag 2, mens tabeller og figurer til anden delanalyse ses i Bilag 3. Til analysen er defineret tre markante skift i behandlingsforløbet. De tre skift er benævnt t_0 (opstart), t_m (introduktion af den medierende komponent) og t_1 (afslutning af behandlingsforløbet).

Analyserne approksimerer familiernes udvikling med simple gennemsnit. I de to delanalyser opdeles familiens udvikling i tre eller fire segmenter. I den første delanalyse, hvor vi undersøger sammenhænge mellem behandlingsmål og deltagelse i PMTO-forløbet, opdeler vi familiens udvikling i tre segmenter: før, under og efter PMTO-forløbet. I den anden delanalyse, hvor vi undersøger sammenhænge mellem behandlingsmål og tilhørende behandlingskomponenter, opdeler vi udviklingen i fire segmenter: før forløbet, opstart af forløbet, introduktion af komponenten og efter forløbet. Matematisk er modellen beskrevet ved gennemsnittet i hvert segment. I den første delanalyse med tre tidssegmenter er familiernes udvikling således beskrevet ved tre gennemsnit: β_0 gennemsnittet før forløbet; $\beta_0+\beta_1$ gennemsnittet under forløbet og $\beta_0+\beta_2$ gennemsnittet efter forløbet. Tilsvarende, i den anden delanalyse, er familiernes udvikling beskrevet ved fire gennemsnit: β_0 gennemsnittet før forløbet; $\beta_0+\beta_1$ gennemsnit under forløbet og frem til terapeuten introducerer den medierende behandlingskomponent; $\beta_0+\beta_1+\beta_m$ gennemsnit under forløbet, men efter terapeuten har introduceret komponenten, og $\beta_0+\beta_2$ gennemsnit efter forløbet.

Gennemsnittene i sig selv er mindre interessante, når vi ønsker at undersøge, om familiens behandlingsmål ændres ved markante skift i behandlingsforløbet. Analyserne præsenterer derfor ændringer i familiens udvikling i forhold til en tidligere periode, også kaldet marginale ændringer i familiens udvikling. Matematisk er de marginale ændringer ved de tre skift i perioden givet ved: β_1 den marginale ændring ved opstart af forløbet, β_m den marginale ændring ved introduktion af behandlingskomponenten, og β_2 den marginale ændring ved afslutning af forløbet i forhold til før forløbet. For hver af de marginale ændringer er beregnet tilhørende p-værdier fra tosidet test (* $p \leq 5\%$; ** $p \leq 1\%$), som angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Stjernemarkeringer signalerer således et statistisk signifikant skift i familiernes udvikling. En signifikant β_2 -værdi betyder derfor, at gennemsnittet for behandlingsmålet er højere efter PMTO-forløbet end før forløbet, og en signifikant β_m -værdi betyder, at gennemsnittet for behandlingsmålet stiger, når terapeuten introducerer den tilhørende behandlingskomponent.

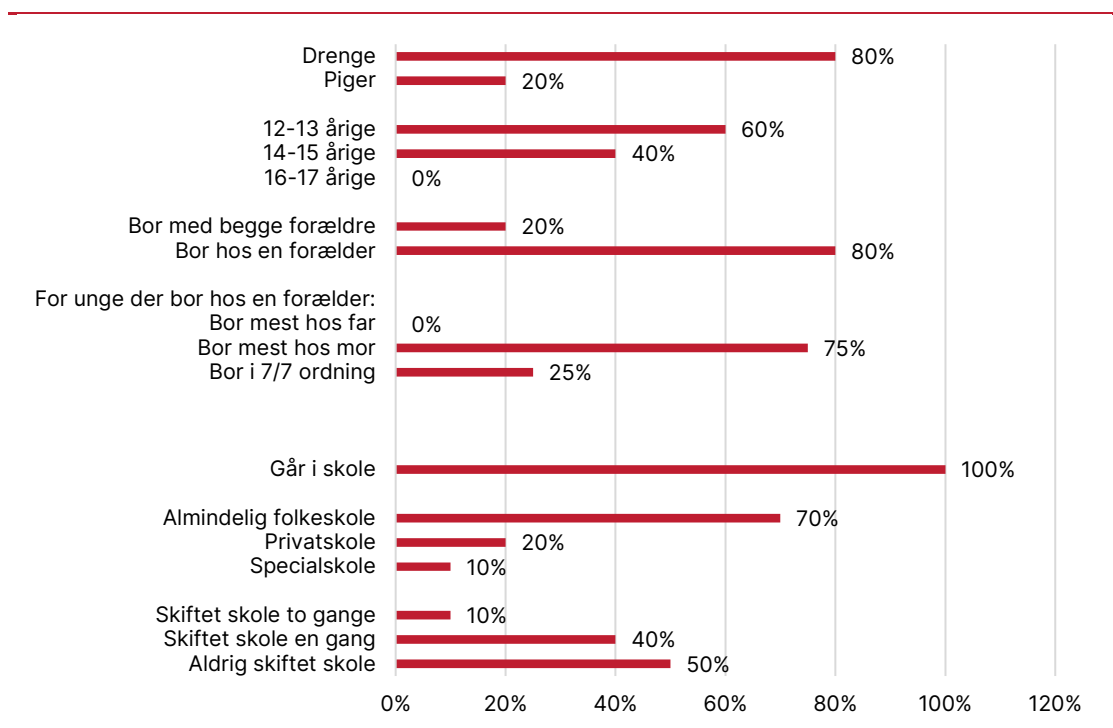
3 Resultater

Dette Kapitel beskriver først en række baggrundskarakteristika omkring de unge og deres forældre. Derefter præsenteres sammenhængen mellem behandlingsmål og deltagelse i PMTO-forløbet, både når man kigger på enkeltfamilier og familierne samlet. Slutelig undersøges sammenhængen mellem terapeutens introduktion af behandlingskomponenter og familiens udvikling i det tilsvarende behandlingsmål.

3.1 Baggrundskarakteristika

Figur 3.1 viser baggrundskarakteristika for de 10 unge med komplette data i PMTO-forløbet. Flertallet af de unge er 12-13 år (60 %) ved projektets begyndelse. En lille del bor med begge forældre, mens flertallet blandt de unge, der bor hos én forælder (80 %), bor hos deres mor (75 %). Alle de unge er indskrevet i en skole, hvor flertallet går i en almindelig folkeskole (70 %). Halvdelen af de unge i projektet har skiftet skole en eller flere gange.

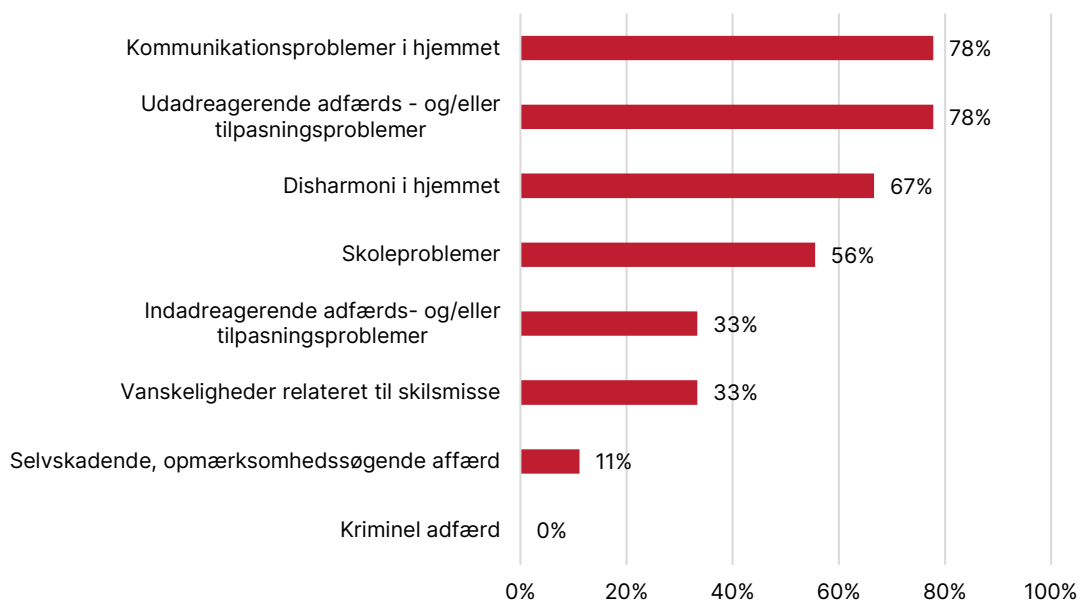
Figur 3.1 Karakteristika ved inkluderede unge



Anm.: N = 10 unge.

Figur 3.2 viser typiske henvisningsårsager for de inkluderede familier. Kommunikationsproblemer i hjemmet (78 %) og udadreagerende adfærd og/eller tilpasningsproblemer (78 %) er de hyppigste henvisningsårsager, som begge beskriver ca. tre fjerdedele af de unge. I forlængelse af dette oplever flertallet af de unge disharmoni i hjemmet (67 %) og skoleproblemer (56 %). Ingen af de unge i projektet er henvist på baggrund af kriminel adfærd. Familierne har ofte flere samtidige henvisningsårsager – i 78 % af familierne er markeret tre eller flere grunde til henvisning.

Figur 3.2 Frekvens af henvisningsårsager

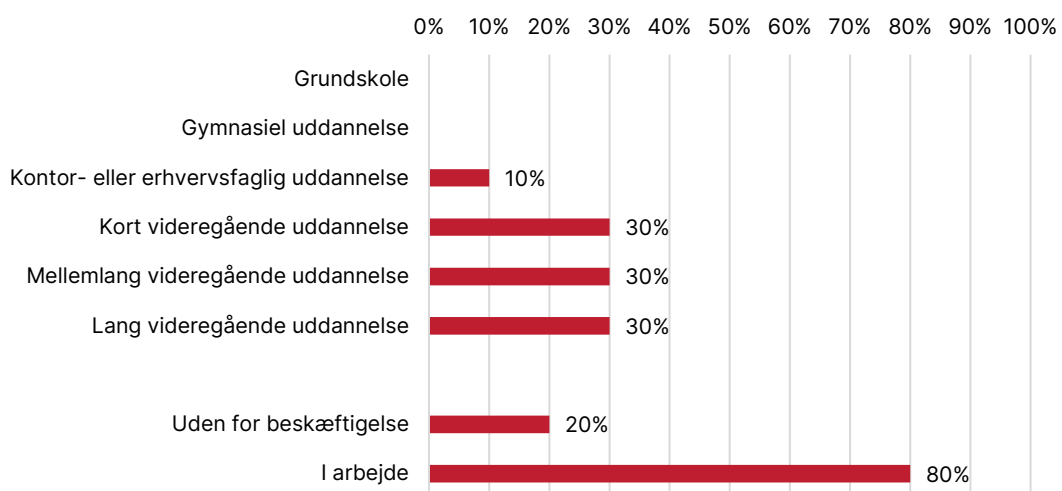


Anm.: N = 9 ud af de 10 familier med gennemførte forløb.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Figur 3.3 viser forældrenes uddannelsesniveau og tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt forældrene er 80 % i arbejde. Hvis man kigger på forældrenes uddannelsesbaggrund, ses det, at 30 % af forældrene har en lang videregående uddannelse og 10 % en kontor- eller erhvervsfaglig uddannelse. Til sammenligning havde 10,7 % af danskerne i 2020 en lang videregående uddannelse, 17,8 % en mellemlang videregående uddannelse og 5,1 % en kort videregående uddannelse. Altså er forældrene i evalueringen længere uddannet end gennemsnittet.

Figur 3.3 Karakteristika ved inkluderede forældre



Anm.: N = 10 unge.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

Som nævnt tidligere har forældrene besvaret spørgsmål om deres oplevelse af den unges vanskeligheder både før og efter indsatsen gennem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), og disse besvarelser er samlet i Tabel 3.1. Inden for SDQ arbejder man med forskellige normtal for de 11-17-årige børn. Scoren kategoriseres som 'meget høj', hvis mindst 95 % har en lavere score; som 'høj', hvis mindst 90 % har en lavere score, og som 'let forhøjet', hvis mindst 80 % har en lavere score (Arnfred et al., 2019). Normscoren i tabellen er angivet som grænsen mellem 'almindelig' og 'let forhøjet' og beskriver dermed grænseværdien til de 20 % med højest problemadfærd.

Tabel 3.1 viser, at forældrene i projektet gennemsnitligt oplever, at de unge har markant flere vanskeligheder end unge normalt. Inden projektet var den gennemsnitlige samlede problemscore 18,3 (maks.=25, min.=11), så familierne i projektet er blandt de 20 % med højest problemadfærd. Fem familier har en problemscore i kategorien 'meget høj', inden projektet starter. Hvis man undersøger de enkelte komponenter i totalscoren, er det især faktorerne omkring følelsesmæssige symptomer og adfærdsmæssige symptomer, hvor de unge i projektet ligger langt fra normen. Dette kunne tyde på, at man er lykkedes med at rekruttere den ønskede målgruppe.

Overordnet ser vi ingen statistiske ændringer i problemadfærden målt med SDQ. De observerede ændringer i Tabel 3.1 kan således skyldes tilfældigheder i datamaterialet. Ser vi alligevel nærmere på ændringerne med dette forbehold in mente, så viser tabellen, at forældrenes oplever et fald i de unges problemadfærd. Den samlede problemscore er faldet fra et gennemsnit på 18,3 før projektet til 11,9 efter projektet (maks.=20, min.=4), og problemadfærden nærmer sig 11 og dermed grænsen til normområdet for danske unge. Kigger man på scores for vanskeligheder i forhold til jævnaldrende, vanskeligheder i forhold til adfærd og hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder, ses det, at scoren er faldet så meget, at de unge i projektet gennemsnitligt ligger lige under grænsen til norm-området. Men som sagt er disse ændringer ikke statistisk signifikante og må derfor betragtes som meget usikre resultater.

Tabel 3.1 Forældres vurdering af udvikling i de unges vanskeligheder (SDQ) før og efter PMTO-forløbet sammenlignet med den øvre grænse for normalområdet

	Før	Efter	Norm
Total SDQ - Samlet problemscore	18,3	11,9	11,0
Score for følelsesmæssige symptomer	6,3	4,6	4,0
Score for adfærdsmæssige symptomer	4,0	2,5	1,0
Score for hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder	4,2	2,9	4,0
Score for vanskeligheder i forhold til jævnaldrene	3,8	1,9	2,0

Anm.: Egne beregninger samt inddragelse af normscores fra danske børn: <http://sdq.dk/wp-content/uploads/2019/12/SDQ-normtal-for-11-17-%C3%A5rige.pdf>. Normscoren er defineret ved grænsen mellem de 80 % med få eller ingen adfærdsvanskeligheder og de 20 % med flest vanskeligheder. N=8 forældre har besvaret SDQ-spørgsmål både før og efter.

Note: Der er anvendt dobbeltsidet t-test til at teste signifikante forskelle mellem besvarelserne før og efter, men der er ingen signifikante forskelle på 5 % signifikansniveau.

Kilde: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.

3.2 Sammenhæng mellem behandlingsmål og PMTO-forløbet

Afsnittet viser sammenhængen mellem familiens udvikling og deltagelse i PMTO-forløbet. Først undersøger vi sammenhængen for alle familierne samlet, og dernæst ser vi på sammenhængen i hver familie for sig. Udviklingen i familierne beskrives ud fra de 10 behandlingsmål beskrevet i afsnit 2.4: totalscoren og de 9 behandlingsmål, som er direkte relateret til de 9 komponenter. Familiernes score på de 10 behandlingsmål undersøges før, under og efter PMTO-forløbet. Det vil sige, at vi undersøger, om scoren stiger, falder eller er statistisk uændret henover forløbet – kort sagt slutter familien et bedre sted, end den begyndte.

3.2.1 Gennemsnitlig udvikling for alle familier samlet

I gennemsnit ser vi ingen ændring i behandlingsmålene henover forløbet, når vi ser på alle familierne samlet. Bilagstabel 1.1 og Bilagstabel 2.1 viser sammenhængen mellem behandlingsmålene og PMTO-forløbet i tre tidsperioder: før, under og efter PMTO-forløbet. Udviklingen i de tre perioder er beskrevet ved tre gennemsnit: gennemsnittet før forløbet, gennemsnittet under forløbet og gennemsnittet efter forløbet. Estimatet β_2 beskriver ændringen i gennemsnittet fra før til efter forløbet. Som det fremgår af tabellens β_2 -værdier og de tilhørende p-værdier ($p \geq 0,09$), er gennemsnitsscoren statistisk uændret fra før forløbet til efter forløbet. Det vil sige, at familierne i gennemsnit slutter samme sted, som de begyndte, når vi ser på alle familierne samlet.

3.2.2 Individuelle gennemsnit

Den gennemsnitlige udvikling for alle familier samlet set skjuler pr. definition udviklingen i de individuelle familier. Den resterende del af dette afsnit folder derfor gennemsnittene ud og undersøger hver enkelt families udvikling i behandlingsmålene henover forløbet. Afsnittet bygger på 100 figurer, som vi for overskuelighedens skyld har valgt at placere i Bilagsfigur 2.1-2.10. De ti bilagsfigurer viser familiernes individuelle gennemsnit før, under og efter forløbet i de ni behandlingsmål samt totalscoren. Figurerne indeholder en del information om familiernes udvikling: På y-aksen vises familiens score på behandlingsmålet, og på x-aksen vises tid i uger. Den første uge i PMTO-forløbet er markeret på x-aksen som uge 0, mens den anden markering på x-aksen viser den sidste uge i behandlingsforløbet. I figuren viser de grå punkter forbundet med en stiplede linje de faktiske observationer. Den fuldt optrukne linje viser familiens gennemsnitlige score i de tre tidssegmenter, mens det grå bånd viser den statistiske usikkerhed i disse estimater: med 95 % sandsynlighed ligger familiens gennemsnit i tidssegmentet inden for det grå bånd. Under hver figur vises β - og tilhørende p-værdier for gennemsnittene. β -værdierne viser gennemsnittet før forløbet (β_0), væksten i gennemsnittet ved opstarten af forløbet (β_1) og væksten i gennemsnittet ved forløbets afslutning i forhold til før forløbet (β_2). Hvis familien fx i gennemsnit har en score på 10, 12 og 16 i de tre tidssegmenter, er $\beta_0=10$; $\beta_1=12-10=2$, og $\beta_2=16-10=6$.

Det første, vi kan aflæse af figurerne, er, at der er stor variation i længden af de 10 behandlingsforløb. De to korteste forløb er 20 uger, dernæst 23, 24, 25, 27, 34, 42 og 42 uger, mens det længste forløb er 51 uger. I gennemsnit er et forløb 31 uger. Ud over variationen i forløbslængde er der også variation i antallet af sessioner i hvert af de 10 forløb. Færrest sessioner er 12, dernæst 13, 15 og 24 sessioner i forløb med flest sessioner. Gen-

nemsnitligt modtager hver familie 18 sessioner. Ud over forløbslængden i uger viser figurerne også, at der er markante forskelle i familiernes udvikling på behandlingsmålene (trapetrinene på linjen). Nogle oplever en trinvis fremgang, andre træder et trin ned, mens de er i behandling, og et trin op ved behandlingens afslutning; enkelte oplever trinvis tilbagegang. For nogle er trappen flad, for andre er den stejl. Ingen familier oplever fremgang på alle behandlingsmål. I stedet er der en tendens til, at de oplever fremgang på nogle mål og stagnation på andre. Samtidig varierer fremgang, stagnation og tilbagegang på et givent mål mellem familierne. Nedenfor beskrives mønstre og variation i familiernes udvikling for hvert behandlingsmål.

Tabel 3.2 Individuelle ændringer behandlingsmål fra før til efter PMTO-forløbet

Behandlingsmål	Familie									
	3	5	6	8	9	13	14	16	17	19
Total score	+	+	+	+	+	+	+	0	+	-
Positiv involvering	+	+	+	+	+	+	+	0	+	-
Tydelige beskeder	+	0	+	+	+	0	+	+	+	0
Ros og opmuntring	+	+	+	+	+	+	+	0	+	-
Grænsesætning	0	0	0	+	+	+	+	+	0	-
Problemløsning	+	0	+	+	+	+	+	0	+	-
Regulering af følelser	+	0	+	+	+	0	0	+	+	0
Tilsyn og medleven	+	+	0	+	0	+	+	0	0	0
Kommunikation	+	+	0	+	0	0	+	0	0	-
Samarbejde med skolen	0	0	0	0	0	+	0	0	0	-

Anm.: Tabellen viser sammenhængen mellem behandlingsmål og PMTO-forløbet – mere specifikt om familien ligger på et højere niveau efter forløbet end før forløbet. Se figurer i bilag 2. Et 0 indikerer ingen statistisk signifikant sammenhæng ($p > 0.05$); et plus (+) indikerer en statistisk signifikant og positiv sammenhæng ($p \leq 0.05$), og et minus (-) indikerer en statistisk signifikant, men negativ sammenhæng ($p \leq 0.05$).

Kilde: Bilagstabel 2.1-2.10.

Tabel 3.2 opsummerer resultater fra de 10 billagsfigurer: om familiens gennemsnit er større, mindre eller statistisk uændret fra før til efter forløbet. Første kolonne viser de 10 behandlingsmål; efterfølgende kolonner viser resultater for hver af de 10 familier. For alle behandlingsmål gælder det, at en højere score indikerer en positiv fremgang. En statistisk signifikant fremgang i familien er markeret med et plus (+), en statistisk signifikant tilbagegang er markeret med et minus (-), mens en insignifikant ændring er markeret med et nul (0).

De fleste familier oplever fremgang på nogle eller flere behandlingsmål, mens én familie oplever tilbagegang på de fleste behandlingsmål. I de ni familier, der oplever fremgang, opnås i gennemsnit en fremgang på 6,4 mål. Den familie med fremgang på færrest mål, har kun fremgang på 3 behandlingsmål, herefter følger 5, 6, 6, 6, 7, 8, 8 og til sidst 9 behandlingsmål med en fremgang i den familie med størst succes. Familien med tilbagegang oplever tilbagegang på 7 af de 10 behandlingsmål. Umiddelbart synes der ikke at være nogen systematik i, hvilke behandlingsmål familierne oplever fremgang eller stagnation på, ud over at der er flest (otte forløb), som oplever fremgang på Positiv involvering og Ros og opmuntring og færrest (tre forløb), som oplever fremgang på Samarbejde med skolen. Denne tilsyneladende manglende systematik vender vi dog tilbage til i slutningen af næste afsnit, hvor vi undersøger sammenhængen mellem behandlingsmål og terapeutens introduktion af den tilsvarende behandlingskomponent.

3.3 Sammenhæng mellem behandlingsmål og tilsvarende behandlingskomponenter

Afsnittet viser resultater for sammenhængen mellem familiens udvikling på hvert af de ni behandlingsmål umiddelbart efter terapeutens introduktion af behandlingskomponenterne. For eksempel for behandlingsmålet og komponenten Tydelige beskeder undersøger vi, om familien oplever en positiv udvikling i behandlingsmålet Tydelige beskeder umiddelbart efter terapeutens introduktion og arbejde med samme komponent; dvs. om den unge bliver bedre til at følge forældrenes anvisninger, efter forældrene har arbejdet med at formulere enkle, venlige og præcise beskeder i PMTO-forløbet – og tilsvarende for de andre 9 behandlingsmål beskrevet i kapitel 2.4.

Afsnittet bygger på 100 figurer, som vi for overskuelighedens skyld har valgt at placere i Bilagsfigur 3.1-3.10. Figurerne svarer til Bilagsfigur 2.1-2.10, der dannede fundament for resultaterne i forrige afsnit, som så på familiernes udvikling før, under og efter PMTO-forløbet, dog med den tilføjelse, at Bilagsfigur 3.1-3.10 tilføjer terapeutens introduktion af behandlingskomponenterne. På x-aksen er derfor tilføjet en række lodrette streger, der opdeler figurerne i fire segmenter: før forløbet, under forløbet og frem til terapeuten introducerer behandlingskomponenten, under forløbet, men efter terapeuten har introduceret komponenten, og efter forløbet. Hvis terapeuten eksempelvis har introduceret familien for behandlingskomponenten i uge 10 og afsluttet forløbet i uge 20, markerer x-aksen således tre tidspunkter i perioden: opstart af forløbet (uge 0), terapeutens introduktion af komponenten (uge 10) og afslutning af forløbet (uge 20). Hvis terapeuten ikke har arbejdet med behandlingskomponenten, er der kun to markeringer: opstart og afslutning. Hvis terapeuten er vendt tilbage til komponenten og har arbejdet med den flere gange i forløbet, er der tilsvarende flere markeringer på x-aksen.

Tabel 3.3 Sammenhæng mellem terapeutens introduktion og arbejde med behandlingskomponenten og det tilhørende behandlingsmål

Behandlingsmål/-komponent	Familier									
	3	5	6	8	9	13	14	16	17	19
Positiv involvering	n.a.	0	0	n.a.	+	0	+	+	+	+
Tydelige beskeder	+	0	0	0	n.a.	0	0	0	+	0
Ros og opmuntring	+	+	0	0	+	0	0	0	+	0
Grænsesætning	n.a.	+	+	0	+	0	+	n.a.	n.a.	n.a.
Problemløsning	+	0	0	n.a.	+	+	0	+	+	n.a.
Regulering af følelser	0	-	+	0	+	0	0	0	+	0
Tilsyn og medleven	n.a.	n.a.	n.a.*	0	0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Kommunikation	+	+	+	-	+	n.a.	+	-	0	n.a.
Samarbejde med skolen	0	n.a.	0	n.a.	0	n.a.	0	0	0	0

Anm.: Tabellen viser sammenhæng mellem behandlingsmål og terapeutens introduktion og arbejde med den tilhørende behandlingskomponent. Et 0 indikerer ingen statistisk signifikant sammenhæng ($p > 0.05$); et plus (+) indikerer en statistisk signifikant og positiv sammenhæng ($p \leq 0.05$); et minus (-) indikerer en statistisk signifikant, men negativ sammenhæng ($p \leq 0.05$), og n.a. betyder, at terapeuten ikke har introduceret familien for komponenten. Familie 5 (n.a.*) blev introduceret til komponenten tilsyn og medleven, men vi har ingen besvarelser fra familien i perioden efter introduktionen og frem til afslutningen af forløbet (se Bilagsfigur 3.7).

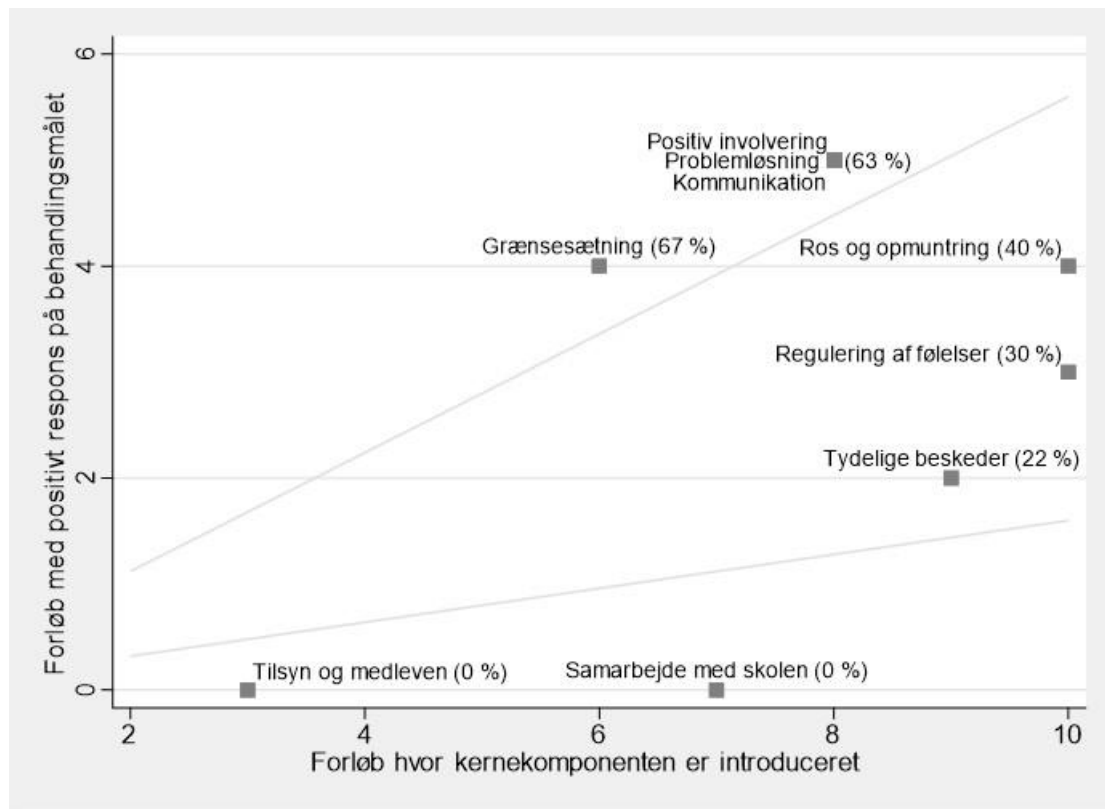
Kilde: Bilagsfigur 3.1-3.10.

Tabel 3.3 opsummerer resultaterne fra Billagsfigur 3.1-3.10. Tabellen viser de statistisk signifikante sammenhænge mellem terapeutens introduktion og arbejde med behandlingskomponenten og familiernes udvikling i det tilhørende behandlingsmål umiddelbart efter dets introduktion. Første kolonne viser de ni behandlingsmål og behandlingskomponenter; de efterfølgende kolonner viser resultater for hver af de ti familier. For alle behandlingsmål gælder det, at en højere score indikerer en positiv fremgang på behandlingsmålet, efter at terapeuten har introduceret familien for komponenten. En statistisk signifikant fremgang i familien er markeret med et plus (+), en statistisk signifikant tilbagegang er markeret med et minus (-), mens en insignifikant ændring er markeret med et nul (0). Markeringen n.a. (not available) indikerer, at terapeuten ikke har introduceret familien for behandlingskomponenten i forløbet.

Af Tabel 3.3 kan vi aflæse, at familierne bliver introduceret til nogle komponenter oftere end andre. De tre komponenter, som terapeuterne oftest anvender i forløbene, er Ros og opmuntring (introduceret i 10 ud af 10 forløb), Regulering af følelser (introduceret i 10 ud af 10 forløb) og Tydelige beskeder (introduceret i 9 ud af 10 forløb). Omvendt er komponenten Samarbejde med skolen, introduceret i 7 ud af 10 forløb, Grænsesætning er introduceret i 6 ud af 10 forløb, og Tilsyn og medleven er introduceret i 3 ud af 10 forløb. I gennemsnit introduceres familierne til 7 ud af de 9 behandlingskomponenter. Det færreste antal introducerede komponenter i et forløb er 5, og det højeste er 9 (i henholdsvis familie 19 og 6).

Figur 3.4 opsummerer andelen af familier, der responderer positivt (+) på en introduceret komponent. Andelen af familier med positiv respons er højest for de 4 komponenter Grænsesætning, Positiv involvering, Problemløsning og Kommunikation; næsthøjest for komponenterne Ros og opmuntring, Regulering af følelser og Tydelige beskeder, mens ingen familier responderer positivt på de 2 komponenter Samarbejde med skolen og Tilsyn og medleven. Specielt interessant er de komponenter, som terapeuterne oftest introducerer familierne for og flest eller færrest familier responderer positivt på umiddelbart efter introduktionen. Blandt de 8 komponenter, der er introduceret i seks eller flere forløb, reagerer familierne oftest positivt på de 4 komponenter Grænsesætning, Positiv involvering, Problemløsning og Kommunikation ($\geq 63\%$), mens andelen af familier, der responderer positivt, er mindst for de 4 komponenter Ros og opmuntring, Regulering af følelser, Tydelige beskeder og Samarbejde med skolen ($\leq 40\%$). Forældrefærdighederne Grænsesætning, Positiv involvering, Problemløsning og Kommunikation synes at være de færdigheder, som forældrene har lettest ved at tilegne sig og umiddelbart opnå resultater på. Hvorimod forældrefærdighederne Ros og opmuntring, Regulering af følelser, Tydelige beskeder og Samarbejde med skolen synes svært tilgængelige og derfor svære at ændre på kort sigt.

Figur 3.4 Frekvens af familier, der responderer positivt på behandlingsmålet, når terapeuten introducerer den tilhørende behandlingskomponent



Note: Figuren opsummerer sammenhængen mellem terapeuternes introduktion og arbejde med de 9 behandlingskomponenter og familiernes positive respons på det tilhørende behandlingsmål.

Kilde: Tabel 3.3.

3.3.1 Rækkefølgen af komponenter

I PMTO-modellen til teenagere anbefales terapeuterne at begynde forløbet med komponenten Positiv involvering. Dernæst introduceres de to komponenter Ros og opmuntring og Tydelige beskeder, efterfulgt af komponenten Grænsesætning. Der er stor forskel på den rækkefølge, som terapeuterne arbejder med komponenterne på i de enkelte familier, som det fremgår af Bilagsfigur 3.1-3.10. I Tabel 3.4 har vi forsøgt at skabe et overblik over, hvordan terapeuterne rent faktisk har prioriteret at introducere komponenterne i PMTO-forløbet.

Tabellen viser kumuleret hyppighed og frekvens af komponentrækkefølgen. Den kumulerede hyppighed er det første tal i cellen, og den kumulerede frekvens i procent vises i parentes. Første sølje viser de 9 komponenter. Komponentrækkefølgen, viser hvornår i PMTO-forløbet terapeuten har introduceret komponenten, fx om terapeuten har introduceret komponenten som den 1., 2., 3., ... eller 9. komponent i forløbet. Første række i tabellen viser eksempelvis, at 5 familier (71 %) er introduceret til komponenten Positiv involvering som den 1. komponent, 6 familier (86 %) er introduceret til Positiv involvering som 1. eller 2. komponent, og 7 familier (100 %) er introduceret til Positiv involvering som 1., 2. eller 3. komponent i forløbet. De andre rækker viser tilsvarende kumulerede hyppigheder og procenter for de andre 8 komponenter.

Tabel 3.4 Kumuleret hyppighed og frekvens af komponenten-rækkefølgen i PMTO-forløbet

Komponent	Komponent-rækkefølge								
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	Total
Positiv involvering	5 (71)	6 (86)	7 (100)	0	0	0	0	0	7
Tydelige beskeder	3 (38)	6 (75)	7 (88)	8 (100)	0	0	0	0	8
Ros og opmuntring	1 (11)	3 (33)	8 (89)	9 (100)	0	0	0	0	9
Regulering af følelser	0	3 (33)	4 (44)	6 (67)	7 (78)	9 (100)	0	0	9
Problemløsning	1 (14)	2 (29)	0	3 (43)	7 (100)	0	0	0	7
Grænsesætning	0	0	1 (17)	3 (50)	4 (67)	5 (83)	6 (100)	0	6
Tilsyn og medleven	0	0	0	0	1 (50)	2 (100)	0	0	2
Kommunikation	1 (14)	0	0	3 (43)	0	4 (57)	6 (86)	7 (100)	7
Samarb. med skole	0	0	0	2 (33)	4 (67)	0	5 (83)	6 (100)	6

Anm.: Kumuleret hyppighed er det første tal i cellen. Kumuleret frekvens i procent vises i parentes. Første søjle viser de 9 komponenter. Komponentrækkefølgen viser, hvornår i PMTO-forløbet terapeuten har introduceret komponenten, fx introduceret komponenten som den 1., 2., 3., ... eller 9. komponent i forløbet. Første række viser eksempelvis, at 5 familier er introduceret til komponenten Positiv involvering som den 1. komponent, 6 familier er introduceret til Positiv involvering som 1. eller 2. komponent, og 7 familier er introduceret til Positiv involvering som 1., 2. eller 3. komponent i forløbet. Markeringer med fed viser hvornår to ud af tre (67 %) af familierne er introduceret til komponenten. En familie med tvillinger behandles i tabellen som ét forløb, så introduktionen af komponenten kun tæller med én gang. I nogle familier har terapeuten introduceret mere end én komponent i samme session; derfor kan søjlerne se ud til at have mere end 9 familier; anden søjle summer eksempelvis til 11, fordi familie 8 har arbejdet med både Tydelige beskeder og Ros og opmuntring i første uge, og familie 14 har arbejdet med Positiv involvering og Kommunikation i første uge.

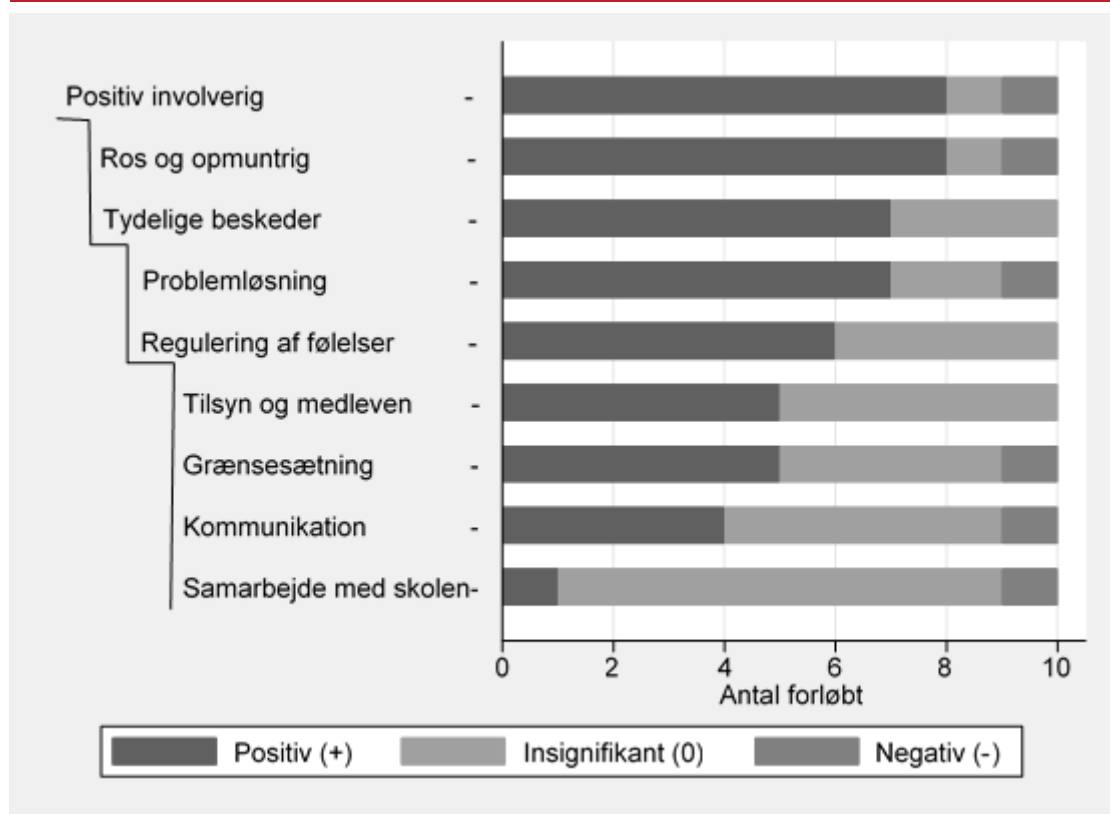
Kilde: Bilagsfigur 3.1-3.10 og Bilagstabel 1.2.

I PMTO-modellen til børn arbejdes ofte med en komponenttrappe, der viser rækkefølgen for, hvornår i forløbet terapeuten skal introducere forældrene til en given behandlingskomponent. Ud fra samme tankegang har vi i Tabel 3.4 skitseret, hvornår terapeuterne har introduceret behandlingskomponenterne i PMTO-modellen til teenagere (skitseret ved de fire kasser). Komponenterne synes at falde i 3 til 4 trin eller faser, hvis vi sorterer komponenterne efter, hvornår 2 ud af 3 (67 %) af familierne er introduceret til komponenten (markeret med fed skrift i figuren). I første fase introduceres familierne til Positiv involvering. I anden fase introduceres Tydelige beskeder og Ros og opmuntring. Derefter Regulering af følelser og Problemløsning. I sidste fase suppleres med behandlingskomponenterne Tilsyn og medleven, Grænsesætning, Kommunikation og Samarbejde med skolen.

Sammenholder vi resultaterne i forrige afsnit, i Tabel 3.2, der viser, om familierne slutter et bedre sted, end de begynder med komponentrækkefølgen i Tabel 3.4, så dukker et ret interessant mønster op. Dette mønster er illustreret i Figur 3.5. Figuren viser andelen af de 10 forløb med fremgang, stagnation eller tilbagegang. En statistisk signifikant fremgang i familien er markeret med et plus (+), en statistisk signifikant tilbagegang er markeret med et minus (-), mens en insignifikant ændring er markeret med et nul (0). De øverste søjler viser de behandlingsmål, hvor flest familier oplever fremgang fra før til efter forløbet. De nederste søjler viser de behandlingsmål, hvor færrest familier oplever fremgang fra før til efter forløbet. De behandlingsmål, hvor flest familier oplever fremgang, er også de behandlingsmål, som terapeuten har introduceret tidligst i forløbet, hvorimod behandlingsmål, hvor færrest familier oplever fremgang, er introduceret senest i forløbet. Resultatet

peger derfor på en sammenhæng mellem introduktionstidspunkt og succes på behandlingsmålet: at en tidligere introduktion øger sandsynligheden for behandlingssucces.

Figur 3.5 Komponentrækkefølgen i PMTO-forløbet sammenholdt med individuelle ændringer i ni behandlingsmål fra før til efter PMTO-forløbet



Anm.: Andelen af 10 behandlingsforløb med fremgang, stagnation eller tilbagegang fra før til efter forløbet. En statistisk signifikant ($p \geq 0,05$) fremgang er markeret med et plus (+), en statistisk signifikant tilbagegang er markeret med et minus (-), mens en insignifikant ændring er markeret med et nul (0).

Kilde: Tabel 3.2 og tabel 3.4.

4 Sammenfatning og diskussion

Rapporten målrettet PMTO-Teens bygger på 10 forældre-ung-dyaders udvikling før, under og efter deres deltagelse i et PMTO-Teens-forløb i løbet 2020 og 2021 i en af fem kommuner Aarhus, Hjørring, Horsens, København eller Skive. De unge var mellem 12 og 15 år på rekrutteringstidspunktet og fordeler sig på to piger og otte drenge, der primært bor hos deres mor. Kommunikationsproblemer i hjemmet, den unges udadreagerende adfærd og disharmoni i hjemmet listes som de primære årsager til, at kommunen tilbyder familiebehandling. De 10 forældre vurderer tilsvarende [målt før behandlingsforløbet med SDQ (Goodman, 1997)], at de unges generelle adfærdsvanskeligheder ligger blandt de 20 % unge med flest vanskeligheder i Danmark (Arnfred et al., 2019).

Vi har analyseret ugentlige spørgeskemadata, der er indsamlet fra forældrene, ca. fire uger før opstart af PMTO-forløbet, under hele forløbet og ca. fire uger efter forløbet. Spørgeskemaet dækker 9 behandlingsmål, der hver matcher en tilsvarende behandlingskomponent i PMTO-modellen, eksempelvis behandlingsmålet og behandlingskomponenten Positiv involvering, Tydelige beskeder, Ros og opmuntring osv. I alt analyseres 412 forældrebesvarelser for de 10 forløb eller i gennemsnit 41 besvarelser pr. forløb. Vi har derfor et relativt detaljeret billede af familiernes udvikling på hver af de 9 behandlingsmål henover behandlingsforløbet.

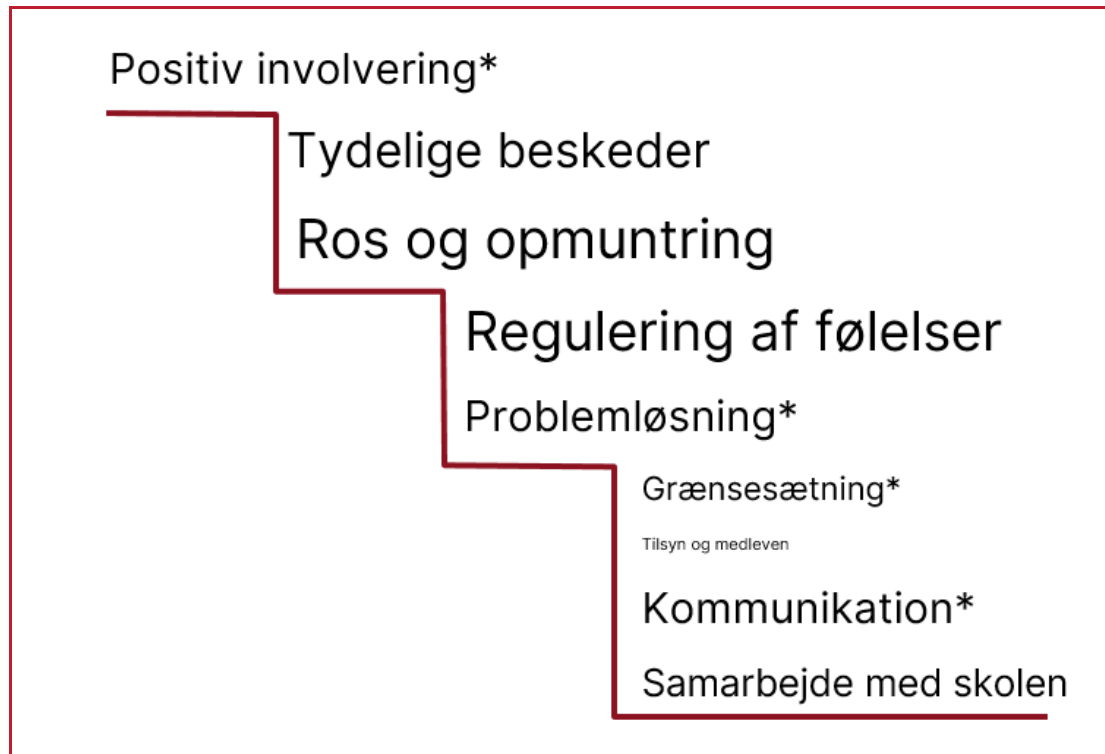
Overordnet der er stor variation i familiernes udbytte af PMTO-forløbet. Der fremstår således ikke et entydigt billede af hverken fremgang, stagnation eller tilbagegang under og efter forløbet. Nogle familier oplever en trinvis fremgang henover hele forløbet, andre en trinvis tilbagegang, mens de er i behandling, men fremgang ved behandlingens afslutning, og enkelte oplever en trinvis tilbagegang over hele forløbet. For nogle er udviklingstrappen flad, for andre er den stejl. Ingen familier oplever fremgang på alle behandlingsmål. I stedet er der en tendens til, at de oplever fremgang på nogle mål, stagnation på andre og tilbagegang på enkelte mål. Samtidig varierer fremgang, stagnation og tilbagegang på et givent mål familierne imellem. Det generelle billede af familiernes udvikling fra før til efter forløbet er derfor lidt mudret.

Når billedet af familiernes udvikling under og efter forløbet bliver lidt mudret, kan det skyldes, at de har forskellige udfordringer i hjemmet, og forældrene har forskellige kompetencer og ressourcer ved opstart af forløbet. Nogle forældre er eksempelvis gode til at give tydelige beskeder, men de har måske vanskeligt ved at involvere sig positivt i den unges liv, mens andre forældre har andre kombinationer af styrker og svagheder. Hvis terapeuten fokuserer sit arbejde på at træne forældrens svageste kompetencer på bekostning af træning af de stærkere kompetencer, og terapeuten lykkedes med dette, vil vi se en skønnsom blanding af fremgang, stagnation og tilbagegang på de enkelte behandlingsmål, som afhænger af terapeutens vurdering af familiens vanskeligheder ved opstarten. Fremtidige studier kunne med fordel indsamle data om familiernes behandlingsbehov ved opstart af forløbet, fx stærke og svage forældrekompetencer. Sådanne analyser kunne undersøge sammenhængen mellem familiens behandlingsbehov ved opstart og senere udbytte af forløbet. I dette studie har vi ikke undersøgt, hvorfor terapeuterne har valgt eller fravalgt de enkelte behandlingskomponenter og kan derfor ikke præcisere, om der er en sammenhæng mellem terapeutens vurdering af familiens behandlingsbehov og familiens udbytte

på ditto behandlingsmål. Vi har derimod spurgt terapeuterne, om og hvornår de har introduceret familien til en given behandlingskomponent. Dette studie er således det første studie af PMTO-modellen, der kan kæde de 9 behandlingskomponenter i PMTO-modellen direkte til tilsvarende behandlingsmål og undersøge sammenhængen mellem terapeutens introduktion af en given behandlingskomponent og forældrenes vurdering af succes på det tilsvarende behandlingsmål. Andre studier af PMTO har typisk undersøgt sammenhængen mellem behandling og adfærd generelt, eksempelvis effekten af PMTO-indsatsen på forælderrollen og/eller børn og unges internaliserende, eksternaliserende eller sociale adfærd [se fx Scavenius et al. (2020) for en gennemgang af PMTO effektstudier]. Her går vi lidt tættere på terapeutens arbejde med specifikke forældrekompetencer i PMTO-modellen ved at se på sammenhænge mellem terapeutens introduktion og arbejde med forskellige behandlingselementer i modellen og familiens udvikling på tilsvarende behandlingsmål. Analysen af enkeltforløb har således givet os mulighed for både at se nærmere på, hvordan terapeuterne arbejder med PMTO-Teens-modellen, dykke ned i det generelt mudrede billede og se nærmere på hver families udvikling.

Nogle behandlingskomponenter anvendes mere end andre. I gennemsnit introduceres familierne til 7 ud af de 9 komponenter. *Ros og opmuntring* samt *Regulering af følelser* anvendes i alle 10 forløb. *Ros og opmuntring* handler om, at forældrene skal få øje på, anerkende og forstærke det, som den unge er god til, mens *Regulering af følelser* handler om, at forældrene skal kunne forholde sig neutralt og kontrollere deres vrede i potentielle konflikter med den unge samt vise glæde, interesse, omsorg eller tilsvarende positive følelser over for den unge. *Tydelige beskeder* introduceres i 9 forløb og handler om, at forældrene skal lære at formulere enkle, venlige og præcise beskeder, når de beder den unge om noget. Disse 3 komponenter er derfor blandt de mest anvendte i PMTO-Teens-modellen.

Figur 4.1 Terapeuternes introduktion og valg af de 9 behandlingskomponenter i PMTO-modellen



Anm.: Trappetrinene viser, hvornår terapeuterne har introduceret familierne til behandlingskomponenten. Størrelsen på teksten reflekterer, hvor mange familier der har arbejdet med komponenten. Under forløbet oplever flest forældre fremgang på forældrekompetencer markeret med en stjerne (*). Efter forløbet oplever flest forældre fremgang på forældrekompetencer på de øverste trappetrin. De 9 forældrekompetencer er defineret som følger: Positiv involvering – skab og vedligehold et positivt samspil med den unge. Tydelige beskeder – lær at formulere enkle, venlige og præcise beskeder. Ros og opmuntring – få øje på, anerkend og forstærk det, den unge er god til. Regulering af følelser – kontrollér følelser (fx vrede eller frustration) i konflikter. Problemløsning – lær at lave tydelige aftaler, der inddrager alle synspunkter. Grænsesætning – sæt faste, trygge og forudsigelige grænser. Tilsyn og medleven – følg med i, hvem den unge omgås. Kommunikation – observér den unges følelser og interesser, adskil egne følelser fra den unges følelser, lyt uden at bebrejde og tal med den unge om hans/hendes følelser og interesser. Samarbejde med skolen – skole og forældre skal trække i samme retning.

De tre næstmest anvendte behandlingskomponenter i forløbene er *Positiv involvering*, *Problemløsning* og *Kommunikation*, der er introduceret i 8 af de 10 forløb. Positiv involvering handler om at skabe og vedligeholde et positivt samspil med den unge, Problemløsning er et planlægningsværktøj med 7 successive trin, som skal hjælpe familien med at lave tydelige aftaler, der inddrager alles synspunkter, og Kommunikation handler om, at forældrene skal blive bedre til at observere den unges interesser og følelser, adskille egne følelser fra den unges følelser, lytte uden at bebrejde og tale med den unge om hans/hendes interesser og følelser.

Forældrefærdigheden *Samarbejde med skolen* er introduceret i 7 forløb, *Grænsesætning* i 6 forløb, mens *Tilsyn og medleven* kun er introduceret i 3 forløb. Samarbejde med skolen handler om, at skole og forældre skal trække i samme retning. Grænsesætning handler om at sætte faste, trygge og forudsigelige begrænsninger for den unges adfærd. Tilsyn og medleven handler om, at forældrene skal følge med i, hvem den unge omgås. Hovedprincipperne i både Grænsesætning og Tilsyn og medleven er, at den unge skal gøre sig fortjent til sine privilegier ved at vise ansvar.

Ud over hvilke behandlingskomponenter terapeuterne introducerer og arbejder med, belyser analysen også rækkefølgen, som terapeuten har introduceret komponenterne. Overordnet synes de 9 komponenterne at falde i fire trin. Boks 4.1 illustrerer de fire behandlingstrin, og i hvor mange forløb terapeuterne har valgt at arbejde med de enkelte behandlingskomponenter. Behandlingskomponenter med en større skrifttype reflekterer, at flere familier har arbejdet med komponenten (fx Ros og opmuntring og Regulering af følelser), mens en lille skrifttype betyder, at kun få familier har arbejdet med komponenten (fx Tilsyn og medleven).

I modsætning til PMTO-modellen til børn er der i PMTO-modellen til teenagere ikke obligatoriske komponenter, som terapeuten skal introducere i forløbet, eller en obligatorisk komponentrækkefølge. I stedet kommer PMTO-Håndbogen med anbefalinger til rækkefølgen (Dishion et al., 2016; Socialstyrelsen, 2014a, 2014b). I evalueringen kan vi se, at rækkefølgens tredje og fjerde trin er lidt anderledes end den rækkefølge, som PMTO-Håndbogen anbefaler. I PMTO-modellen til teenagere anbefales terapeuterne at begynde forløbet med komponenten Positiv involvering. Dernæst introduceres de to komponenter Ros og opmuntring og Tydelige beskeder, efterfulgt af komponenten Grænsesætning. Trappetrinsmodellen skal sikre, at forældrene tilegner sig forældrefærdigheder i en optimal og logisk rækkefølge, hvor hvert trin bygger på det forrige. I alle forløb i denne undersøgelse har terapeuten vurderet, at forældrene skulle lære at kontrollere deres følelser i samspillet med den unge, og i 8 forløb har forældrene også haft brug for et konkret problemløsningsværktøj til at lave tydelige aftaler med den unge, hvor alles synspunkter bliver inddraget. De to komponenter Regulering af følelser og Problemløsning er derfor introduceret tidligere i forløbene end forventet. Samtidig synes evnen til Kommunikation (observér og lyt til den unge) at have en større rolle og Grænsesætning en mindre rolle end forventet.

Sammenholder vi familiernes udvikling fra før til efter forløbet med tidspunktet for terapeutens introduktion af behandlingskomponenterne, kan vi se en sammenhæng mellem introduktionstidspunktet og antallet af familier med positiv fremgang. Efter forløbet oplever flest forældre fremgang på forældrekompetencer på de øverste trappetrin. Det vil sige, jo tidligere en forældrekompetence adresseres, jo større sandsynlighed er der for, at familien oplever fremgang på det tilsvarende behandlingsmål. En hypotese på denne sammenhæng kunne være, at det, du gør mest af, er også det, du bliver bedst til, hvilket stemmer overens med evolutionsbiologiske hypoteser om, at menneskets handlemønstre tilpasses adaptivt til krav i dets nærmiljø (Ellis & Del Giudice, 2019). Dette er også beskrevet som neuroplasticitet – at hjernen formes efter, hvordan den bruges (Pascual-Leone et al., 2005). Når terapeuten eksempelvis introducerer Positiv involvering tidligt i forløbet, har forældrene og terapeuten bedre tid til at etablere komponenten som en fast rutine i familiens dagligdag, og dermed øges sandsynligheden for, at forældrene og den unge ændrer adfærd på dette behandlingsmål. Hvis det fx tidligt i forløbet lykkes forældrene at være fysisk og mentalt tilstede, få skabt hyggestunder med den unge, vise begejstring, når den unge lykkes, eller på anden måde få skabt et mindre stressfyldt og mere positivt involverende miljø, så øges sandsynligheden for, at den unge tilpasser sin adfærd til de nye rammer.

Ud over tidsaspektet kan andre aspekter af dosering også have betydning for, om familien oplever succes på et behandlingsmål. Terapeutens viden og engagement omkring

komponenten eller terapeutens tilfredshed med behandlingen har tidligere vist sig at have betydning for børn og forældres udbytte af PMTO-modellen (Hagen & Ogden, 2017). Tilsvarende kan forældrenes engagement, tillid til terapeuten og tilfredshed med sessionen påvirke udbyttet. Andre aspekter af tid og kvalitet kan således også påvirke effekten af PMTO-modellen både alene og i fællesskab. I dette studie har vi ikke haft mulighed for at pin-pointe disse modererende og medierende effekter.

4.1 Begrænsninger

Undersøgelsens resultater skal naturligvis læse med forbehold for designets mangler og begrænsninger. For det første er data indsamlet midt under det første år med covid-19-pandemien. Nedlukningerne har derfor også påvirket behandlingsforløbene; sessioner har være udskudt eller afholdt elektronisk, hvilket måske har påvirket effekten af forløbet. For det andet har der været et betydeligt frafald både fra indsatsen og til dels også fra dataindsamlingen. Vi havde planlagt at indsamle data fra 20 familier, men endte med 10 familier. Udfordringen med frafald er dels, at det reducerer den statistiske styrke, og derfor muligheden for at drage robuste konklusioner, dels at vi ikke ved, hvordan det gik de familier, som faldt fra – faldt de fra, fordi de klarede sig for godt, eller fordi de opgav og ikke magtede at gennemføre? Vi kan derfor ikke sige noget om, hvordan frafaldet har påvirket resultaterne, da det vil afhænge af, hvilke familier der faldt fra. For det tredje, hvilket vi allerede har berørt, kan der være selektion i, hvilke behandlingskomponenter terapeuten introducerer familien til. Terapeuten havde mulighed for at introducere behandlingskomponenter til familier med størst behov på tilsvarende behandlingsmål. Behandlingsfriheden vanskeliggør naturligvis evaluering, men et design, som begrænser terapeutens behandlingsfrihed, vil kræve grundige etiske overvejelser og kunne sandsynligvis ikke gennemføres i praksis. Tilsvarende har vi ikke haft mulighed for at undersøge, om terapeuterne har arbejdet med behandlingskomponenterne som foreskrevet i PMTO-modellen – også kaldet fidelitet, hvilket i tidligere studier er beskrevet som en vigtig del af PMTO-modellens effektivitet (Forgatch, Kjøbli & Oslo, 2016). For det fjerde kan vi ikke udelukke, at der mangler registreringer af, hvornår terapeuterne har introduceret familierne til de forskellige behandlingskomponenter. Fordi vi kun ser på 10 familier, kan en eller to manglende registreringer godt ændre på nogle af resultaterne. Retrospekt kunne vi med fordel have dobbelttjekket terapeuternes registreringer for at kvalitetssikre disse data. For det femte bygger evalueringen på nyudviklede – og ikke validerede – instrumenter for behandlingsmålene. Fremtidige evalueringer kunne fx forsøge at validere instrumenterne eller supplere analysen med interviews eller observationer i familierne for derved at nuancere sammenhængen mellem introduktionen af en behandlingskomponent og familiens udbytte. Sidst, men ikke mindst, analyseres betydningen af komponenterne hver for sig, men man kan sagtens forstille sig, at der er vigtige interaktionseffekter mellem komponenterne, og at interaktion mellem komponenterne giver den ønskede virkning. DeGarmo, Patterson & Forgatch (2004) argumenterer for sådan en afhængighed mellem komponenterne, at nogle komponenter er nødvendige, for at andre komponenter er virksomme. Tilsvarende anbefaler PMTO-modellen eksempelvis, at Grænsesætning ikke står alene, men at forældrene besidder de tre kompetencer Positiv involvering, Tydelige beskeder og Ros og opmuntring, inden de anvender Grænsesætning.

4.2 Perspektiver

Terapeutens valg af komponentrækkefølgen er ikke uvæsentlig for behandlingssucces. På den ene side skal terapeuten tilbyde forældrene nye værktøjer og handlemuligheder, som de hurtigt kan tilegne sig og anvende med succes derhjemme. Sandsynligheden for et succesfuldt forløb øges, hvis forældrene hurtigst muligt opbygger en alliance med terapeuten, hvor de har tillid til, at terapeuten kan løse familiens udfordringer (Horvath, 2002). På den anden side skal terapeuten også arbejde med at ændre grundlæggende forældrefærdigheder, der kan være svære at ændre og opbyde modstand hos forældrene, men ikke desto mindre er nødvendige for, at terapien har en vedvarende effekt. Resultaterne af analysen kan bidrage med perspektiver på valg af komponentrækkefølgen ved at se på forældrenes udbytte af de ni behandlingskomponenter både under og efter forløbet.

På kort sigt, dvs. under PMTO-forløbet – fra terapeuten introducerer en behandlingskomponent til PMTO-forløbet afsluttes – ser det ud til, at forældrene har størst udbytte af at arbejde med fire komponenter (markeret med * i boks 4.1). Forældrefærdighederne Grænsesætning, Positiv involvering, Problemløsning og Kommunikation synes at være de fire færdigheder, som flest forældrene har lettest ved at tilegne sig og umiddelbart opnå resultater på, hvorimod forældrefærdighederne Ros og opmuntring, Regulering af følelser, Tydelige beskeder og Samarbejde med skolen synes svært tilgængelige og derfor vanskeligere at ændre på kort sigt.

Samarbejde med skolen kræver involvering af tredjepart (fx den unges klasselærer), så det er ikke så underligt, hvis det er svært at opnå resultater på dette behandlingsmål, både på kort og lidt længere sigt. Samtidig er studiet gennemført under coronapandemien, hvor skolerne har været delvist nedlukket, hvilket muligvis har påvirket forældrenes besvarelser. På den anden side fremhæver PMTO-litteraturen også den unges relation til sine klassekammerater som en afgørende faktor for den unges adfærd (Patterson, 2016); terapeuterne har også valgt at introducere komponenten i syv ud af de ti forløb, så de har vurderet, at det er vigtigt, at skole og forældre trækker i samme retning. Samlet set er det derfor svært på baggrund af de indsamlede data at drage konklusioner eller beskrive perspektiver for dette behandlingsmål.

Positiv involvering anbefales som den første behandlingskomponent i PMTO-Teens-modellen, og det er også den komponent, som flest terapeuter har lagt ud med i forløbet. Forældrene skal skabe en varm og hyggelig atmosfære i hjemmet, hvor den unge føler sig set af forælderen. I praksis betyder det fx, at forældrene får til opgave at nedskrive fem hverdagssituationer, hvor de har et positivt samspil og hygger sig sammen med deres teenager. Samtidig skal de i 5 minutter hver dag involvere sig i teenagerens interesser eller aktiviteter uden at opdrage, men blot være sammen på teenagerens præmisser. Når vi ser, at flere forældre oplever succes med positiv involvering både under (fem familier) og umiddelbart efter forløbet (otte familier), kan det skyldes de meget konkrete handleanvisninger om daglig involvering, der over tid opbygger en gensidig positiv kontakt. Resultatet stemmer også fint overens med teorien om 'coersive family cycles' (Granic & Patterson, 2006), som vi beskrev i indledningen: at de tvingende, negative adfærdscirkler kan brydes med simple positive handlinger, der over tid akkumuleres og forstærker det positive samspil.

Forældrekompetencen Tydelige beskeder introduceres på andet trin i behandlingstrappen. I ni familier har terapeuten vurderet, at forældrene skulle arbejde med at formulere tydelige beskeder for at øge sandsynligheden for, at den unge samarbejder. Under forløbet oplever kun to forældre succes på dette behandlingsmål, men umiddelbart efter forløbet oplever syv forældre, at den unge forstår deres beskeder og gør, hvad han/hun bliver bedt om enten første eller anden gang. Umiddelbart kan det synes enkelt og ligetil at formulere en tydelig besked, men i praksis involverer det både fysiske, kognitive og emotionelle kompetencer. Når forældrene giver en tydelig besked, skal de være tæt på den unge, have øjenkontakt, tale venligt, bestemt og konkret, give én besked, bruge enkle ord samt undgå argumenteren, spørgsmål, negative følelser, trusler og sarkasme. For at opnå succes på dette behandlingsmål skal forælderen først lære at formulere tydelige beskeder; dernæst skal teenageren forstå beskeden og gøre, som forælderen beder om. Behandlingsmålet i spørgeskemaet fokuserer kun på det sidste led i denne årsagskæde, at den unge forstår og følger beskeden, hvilket kan forklare, hvorfor kun få familier oplever succes på dette mål under forløbet, mens flere familier oplever, at den unge samarbejder efter forløbet.

På andet trin i behandlingstrappen introduceres også behandlingskomponenten Ros og opmuntring. Forældrene skal lære at rette opmærksomheden mod den unges positive adfærd og rose denne, så den unge motiveres til at ændre adfærd over imod noget mere ønskeligt. Forældrene bl.a. lære at være opmærksomme på ny positiv adfærd og give specifik og entydig ros. Ligesom med tydelige beskeder skal ros være præcis og specifik, og den gives i en venlig tone med positivt kropssprog og uden overdrivelse eller bebrejdelser. Hovedværktøjet for terapeuten til at lære forældrene ros og opmuntring er udvikling af et belønningssystem, eksempelvis et afkrydsningskema, der kobler ønsket adfærd til en given belønning. Belønningen kan bestå af privilegier eller goder, som den unge kan gøre sig fortjent til ved at optjene point, vise ansvar og samarbejde.

"Ros og opmuntring er en måde at guide den unges adfærd på", som det beskrives i PMTO-materialet til forældrene, "... men det er ikke altid nok til at få den unge til at følge de regler, familien har". Modellen anbefaler derfor, at familierne også arbejder med Grænsesætning. Grænsesætning handler om at sætte faste, trygge og forudsigelige begrænsninger for den unges adfærd og opretholde disse grænser med milde negative restriktioner, hvor forældrene fx pålægger ekstraopgaver eller inddrager privilegier ved uønsket adfærd. Brugen af negative restriktioner ved uønsket adfærd og belønningssystemer ved positiv adfærd er blevet kritiseret for at være styret mere af ydre motivation end af den unges indre motivation. Kohn (2005) argumenterer for, at ydre motivation giver en positiv ændring på kort sigt, fordi barnet gør, som forældrene beder om for at undgå konsekvensen eller opnå belønning, men den positive adfærdsændring vil forsvinde igen, hvis dette stimuli fjernes, fordi barnet ikke er motiveret af egen interesse. I dette studie kan vi ikke undersøge de unges indre og ydre motivation, men ser vi på forældrenes besvarelser på de to behandlingsmål Grænsesætning og Ros og opmuntring, kunne noget tyde på, at de to behandlingskomponenter supplerer hinanden.

Alle forældre i de ti forløb har arbejdet med Ros og opmuntring, men under forløbet oplever kun fire forældre (40 %) succes på behandlingsmålet. Efter forløbet oplever otte forældre (80 %) derimod flere episoder i løbet af en uge, hvor de har haft lyst til at belønne og rose den unge frem for at sætte grænser og irrettesætte. På den anden side er seks forældre

introduceret til Grænsesætning, og fire af dem (67%) oplever fremgang på dette behandlingsmål under forløbet. Efter forløbet ser vi, at fem ud af de ti familier (50 %) oplever fremgang på behandlingsmålet Grænsesætning. Blandt de ti familier i dette studie ser vi således tegn på, at behandlingskomponenten Grænsesætning hjælper relativt flere forældre under forløbet, mens behandlingskomponenten Ros og opmuntring hjælper relativt flere forældre efter forløbet. Arbejdet med de to komponenter kunne derfor supplere hinanden ved, at Grænsesætning skaber motivation for forældrene under forløbet, mens Ros og opmuntring styrker samspillet efter forløbet.

På tredje trin introduceres Regulering af følelser. Alle forældre har arbejdet med at styre negative følelser (fx vrede, irritation, tristhed eller frustration) i interaktionen med den unge. I sessionerne arbejder forældrene med at identificere situationer, hvor de reagerer i affekt over for deres barn og eksempelvis bemærker, hvordan kroppen reagerer i situationen. Evnen til at mærke og forstå emotioner i kroppen er fundamentet for al affektregulering (Lane & Schwartz, 1987; Van der Kolk, 2019). For at kunne regulere sine følelser i en presset situation, skal man først fornemme, at den knugende fornemmelse i brystet signalerer vrede og irritation. Derefter kan man arbejde med kognitive strategier for at dæmpe vreden, fx forlade situationen, tage en dyb indånding, bruge humor til at løsne op på situationen osv. Under forløbet oplever tre forældre fremgang på dette behandlingsmål, men efter forløbet vurderer seks forældre, at de kan kontrollere deres vrede og ophidselse, når de var sammen med den unge. Forældrenes evne til at regulere egne følelser er derudover nødvendig for at kunne håndtere konsekvente og milde restriktioner i Grænsesætning. Allen & Tan (2016) har dokumenteret, at fysisk afstraffelse, psykisk vold eller på anden måde hård eller inkonsekvent grænsesætning kan traumatisere unge og forstærke et usikkert tilknytningsmønster, hvor den unge enten afviser kontakt til forælderen eller bliver ængstelig og urolig sammen med forælderen. Blandt de seks familier, som arbejder med Grænsesætning, har langt de fleste (fem) også først arbejdet med Regulering af følelser, inden de arbejder med Grænsesætning, så de ikke pålægger restriktioner i affekt.

På tredje trin arbejdes også med Problemløsningsmodellen. Otte familier har arbejdet med syv-trins modellen, der anviser syv specifikke trin, som forældrene kan bruge på familiemøder eller til at løse uenigheder i familien. Fem ud af de otte familier oplever fremgang på denne kompetence under forløbet, og efter forløbet oplever syv forældre, at de selv er bedre til at inddrage den unge i familiens beslutninger, og at den unge oftere tager medansvar for at løse familiens problemer. Modellen er således en af de metoder, der gavner flest familier både under og efter forløbet.

Kommunikationsmålet introduceres på fjerde trin. Otte forældre har arbejdet med denne kompetence, der handler om at tage sig tid til at lytte til og tale med den unge, uden at de misforstår hinanden. Terapeuten lærer bl.a. forælderen at lytte uden at give råd samt registrere den unges følelser og aktiviteter i løbet af en uge. Kommunikationsmålet kan således opdeles i konkrete handlinger (fx lyt, observér og hold igen med at kommentere og give råd) og forældrens evne til at regulere egne tanker og følelser og forestille sig den unges tanker og følelser, også kaldet mentalisering (Bateman & Fonagy, 2019). Samspillet mellem handlinger og mentalisering er livligt debatteret blandt adfærdsterapeuter og psykoanalytikere (Patterson, 2005). Det vil være for omfattende at gå ind i denne diskussion her. Vi skal blot bemærke, at vi i spørgeskemaet ikke undersøger forældrenes

mentaliseringssevne. Når vi ser en relativ hurtig gevinst på kommunikationsmålet, skyldes det sandsynligvis denne begrænsning i spørgeskemaet, der primært fokuserer på handlinger, såsom om forælderen har lyttet til og talt med den unge inden for den sidste uge – og ikke på mentalisering, såsom om forælderen kan regulere egne tanker og følelser og forestille sig eller forstå den unges tanker og følelser. PMTO-modellen bygger på en antagelse om, at ændringer i handlinger vil igangsætte vedvarende ændringer i eksempelvis mentalisering (Granic & Patterson, 2006; Patterson, 2005).

Den sidste komponent, som også introduceres på fjerde trin, er Tilsyn og medleven. I PMTO-modellen beskrives Tilsyn og medleven som en essentiel forældrekompetence. Patterson har sammen med kollegaer i flere amerikanske studier (Patterson, 1982; 2005) vist, at unge har mindre antisocial adfærd, hvis forældrene ved, hvor den unge er, og hvem han er sammen med. Der er derfor lidt overraskende, at denne komponent kun trænes i tre af de ti forløb. En sandsynlig forklaring på dette er nok, at denne komponent passer dårligt med dansk terapeutisk praksis. Komponenten handler om, at forælderen skal vide, hvor den unge er, hvem han/hun er sammen med, kan forælderen stole på disse personer, har personerne et misbrug, har personerne et dårligt rygte, har personerne god indflydelse på den unge, hvad laver den unge, hvornår og hvordan kommer han/hun hjem osv. Komponenten har således elementer af overvågning, og i den engelske PMTO-model hedder komponenten også 'Monitoring'. I den danske version har man valgt at have en større grad af tillid til den unge og dennes valg. Dette ses eksempelvis i den danske oversættelse til Tilsyn og medleven. Komponenten minder også mere om komponenten Positiv involvering, der opfordrer forældrene til at involvere sig i den unges interesser og aktiviteter på den unges præmisser. Ved at involvere sig opdager forældrene selv, hvem den unge omgås, og hvad de laver. En PMTO-terapeut fortæller således om den danske tilpasning: "Tanken er, at det under alle omstændigheder ikke er nok at vide, hvem deres fodboldtræner er, hvis ikke man også står på sidelinjen og følger med i træningen i ny og næ for derigennem at lære både træneren og de andre forældre at kende. Det er ikke nok at spørge sønnen, hvem han er sammen med, hvis sønnen alligevel bare lyver, fordi han ikke har tillid til forældrene". Forgatch & Domenech Rodríguez (2016) beskriver også, at de seneste versioner af PMTO-modellen ligger knap så meget vægt på Tilsyn og medleven i forhold til andre komponenter (fx Tydelige beskeder, Samarbejde med skolen, Regulering af følelser, Problemløsning og Kommunikation). Ingen af de tre familier, som arbejder med Tilsyn og medleven, oplever fremgang under forløbet. Efter forløbet oplever fem forældre derimod, at de ved, hvor den unge er, og hvem han/hun er sammen med, og at de dagligt taler med den unge om hans/hendes interesser, tanker, følelser eller småting, der foregår i hans/hendes liv og dagligdag.

Litteratur

- Allen, J.P., & Tan, J.S. (2016). The multiple facets of attachment in adolescence. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 399–415). New York, NY: Guilford Press.
- Arnfred, J., Svendsen, K., Rask, C., Jeppesen, P., Fensbo, L., Houmann, T., ... Bilenberg, N. (2019). Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Danish Medical Journal*, *66*(6), 1–7.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalization i Mental Health Practice*. Washington, DC.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- DeGarmo, D.S., Patterson, G.R. & Forgatch, M.S. (2004). How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane Over Time? *Prevention Science*, *5*(2), 73–89.
- Dishion, T., Forgatch, M., Chamberlain, P. & Pelham, W.E. (2016). The Oregon Model of Behavior Family Therapy: From Intervention Design to Promoting Large-Scale System Change. *Behavior Therapy*, *47*(6), 812–837.
- Ellis, B.J. & Del Giudice, M. (2019). Developmental Adaptation to Stress: An Evolutionary Perspective. *Annual Review of Psychology*, *70*, 111–139.
- Forgatch, M.S. & Domenech Rodríguez, M.M. (2016). Interrupting coercion: The iterative loops among theory, science, and practice. In T. J. Dishion & J. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Coercive Relationship Dynamics* (pp. 194–214). New York, NY: Oxford University Press.
- Forgatch, M.S., Kjøbli, J. & Oslo, N. (2016). Parent Management Training-Oregon Model: Adapting Intervention with Rigorous Research. *Family Process*, *55*(3), 500–513.
- Forgatch, M.S., Snyder, J.J., Patterson, G.R., Pauldine, M.R., Chaw, Y., Elish, K., ... Richardson, E.B. (2016). Resurrecting the chimera: Progressions in parenting and peer processes. *Development and Psychopathology*, *28*(3), 689–706.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–586.
- Granic, I. & Patterson, G.R. (2006). Toward a Comprehensive Model of Antisocial Development. *Psychological Review*, *113*(1), 101–131.
- Hagen, K.A. & Ogden, T. (2017). Predictors of changes in child behaviour following parent management training: Child, context, and therapy factors. *International Journal of Psychology*, *52*(2), 106–115.
- Horvath, A.O. (2002). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 365.
- Kazdin, A.E. (1982). *Single-Case Research Designs: Methods for Clinical and Applied Settings*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kohn, A. (2005). *Unconditional Parenting: Moving from Rewards and Punishments to Love and Reason*. New York, NY: Simon and Schuster.

- Lane, R.D. & Schwartz, G.E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144, 133–143.
- Pascual-Leone, A., Amedi, A., Fregni, F. & Merabet, L.B. (2005). The plastic human brain cortex. *Annual Review of Neuroscience*, 28, 377–401.
- Patterson, G.R. (1982). *Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, 28(2), 27–33.
- Patterson, G.R. (2016). Coercion theory: The study of change. In T. J. Dishion & J. Snyder (Eds.), *The Oxford Handbook of Coercive Relationship Dynamics*. (pp. 7–22). New York, NY: Oxford University Press.
- Pavlov, I.P. (1960). *Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. Mineola, NY: Dover Publications.
- Scavenius, C., Chacko, A., Lindberg, M.R., Granski, M., Vardanian, M.M., Pontoppidan, M. ... Eiberg, M. (2020). Parent Management Training Oregon Model and Family-Based Services as Usual for Behavioral Problems in Youth: A National Randomized Controlled Trial in Denmark. *Child Psychiatry and Human Development*, 51(5), 839–852.
- Skinner, B.F. (1965). *Science and Human Behavior*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Socialstyrelsen. (2014a). *PMTO-håndbog: Afslutning af forløbet*. Odense: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014b). *PMTO-håndbog: Effektforskning på PMTO-behandlingsmetoden*. Odense: Socialstyrelsen.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E. & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32(3), 232–258.
- Van der Kolk, B. (2019). *Kroppen holder regnskab: Hjerne, psyke og krop i heling af traumer*. Aarhus: Klim.

Bilag 1 De ni behandlingsmål

Bilagstabel 1.1 Spørgeskema om de 9 behandlingsmål

Komponent	
Samlet	1. I den seneste uge har jeg været god til at rumme NAVNs adfærd, selv når KØN overskrider mine regler, grænser eller værdier.
Positiv involvering	2. I den seneste uge har jeg opsøgt NAVN for at lave noget sammen med KØN. 3. I den seneste uge har jeg haft mere positiv end negativ kontakt med NAVN.
Tydelige beskeder	4. I den seneste uge har NAVN forstået alle mine beskeder. Det er min fornemmelse, at der kun har været få beskeder, som KØN har misforstået. 5. I den seneste uge har NAVN gjort, hvad jeg har bedt KØN om – enten første eller anden gang, at jeg bad KØN om det.
Ros og opmuntring	6. I den seneste uge har der været mange episoder, hvor jeg har haft lyst til at belønne NAVN. Der har kun været få episoder med konflikter, hvor jeg har haft lyst til at sætte grænser for KØN. 7. I den seneste uge har jeg rost NAVN meget mere, end jeg har rettesat KØN eller skældt KØN ud.
Samarbejde med skole/uddannelse	8. I den seneste uge har NAVNs skole og/eller lærer været mere en modspiller end en medspiller. 9. I den seneste uge har NAVN haft flere succesoplevelser i skolen og med klassen; KØN har fx fået ros, er mødt til tiden eller har haft faglige eller sociale succesoplevelser. Der har kun været ganske få dårlige oplevelser.
Regulering af følelser	10. I den seneste uge har der været mindst én episode, hvor jeg ikke kunne kontrollere mine negative følelser sammen med NAVN. Der har fx været en episode, hvor jeg var alt for vred, irriteret, frustreret, bange, nervøs og/eller ked af det. 11. I den seneste uge, har jeg været meget mere rolig end ophidset sammen med NAVN. Selv hvis NAVN har været ophidset, har jeg forholdt mig rolig.
Grænsesætning	12. I den seneste uge har jeg for det meste følt mig magtesløs i konflikter med NAVN. Der har kun været få episoder, hvor jeg har været ovenpå, tydelig og handlekraftig. 13. I den seneste uge har der været flest episoder, hvor NAVN er gået over grænsen (fx brudt regler eller været uforskammet); der har været færrest episoder, hvor KØN har holdt sig inden for grænsen.
Problemløsning	14. I den seneste uge har jeg inddraget NAVN i alle beslutninger der vedrører KØN eller familien (fx spurgt, hvad KØN synes, tænker eller føler). 15. I den seneste uge har NAVN oftere taget et medansvar for at løse vores problemer, end KØN har meldt sig ud af problemløsningen.
Kommunikation	16. I den seneste uge har jeg taget mig tid til at lytte, hver gang NAVN har fortalt mig noget. 17. I den seneste uge har NAVN og jeg for det meste været gode til at snakke med hinanden; der har kun været få episoder, hvor vi har misforstået hinanden.
Tilsyn og medleven	18. I den seneste uge har jeg vidst, hvor NAVN var, hvem KØN var sammen med, og hvornår KØN kom hjem; der har kun været få timer, hvor jeg ikke vidste det. 19. I den seneste uge har jeg dagligt talt med NAVN om KØNs interesser, tanker, følelser eller småting, der foregår i KØNs liv og dagligdag lige nu.

Bilagstabel 1.2 Statistik for 9 behandlingsmål fordelt på fire markante tidssegmenter i PMTO-forløbet

Behandlingsmål	Før			Under						Efter		
	N	CI	M (SD)	Før t_m			Før t_m			N	CI	M (SD)
Positiv involvering	80	10	2.92(0.96)	79	10	2.92(0.93)	198	8	2.87(0.99)	55	10	3.04(1.19)
Tydelige beskeder	80	10	1.63(1.21)	115	10	2.00(1.40)	162	9	2.15(1.08)	55	10	2.38(1.25)
Ros og opmuntring	80	10	2.26(1.38)	81	10	1.96(1.40)	196	10	2.69(1.19)	55	10	2.82(1.49)
Regulering af følelser	80	10	2.44(1.34)	138	10	2.36(1.39)	139	10	2.82(1.22)	55	10	2.82(1.29)
Problemløsning	80	10	1.77(1.09)	167	10	1.71(0.84)	110	8	2.42(1.04)	55	10	2.18(1.17)
Grænsesætning	80	10	2.60(1.22)	211	10	2.07(1.29)	65	6	3.51(1.00)	55	10	2.58(1.47)
Tilsyn og medleven	80	10	2.96(0.80)	247	10	2.72(0.98)	30	2	1.53(0.86)	55	10	3.22(0.92)
Kommunikation	80	10	2.86(1.02)	192	10	2.65(1.08)	85	8	3.01(0.97)	55	10	2.98(1.15)
Samarb. med skolen	80	10	2.09(0.96)	186	10	2.10(0.81)	91	7	2.31(0.76)	55	10	2.18(0.64)

Note: Antal observationer [N = observationer, CI = unge-clustre], gennemsnit (M) og standard afvigelse (SD). Hvis første uge i forløbet defineres som uge t_0 , ugen hvor kerne- eller støttestruktur introduceres, defineres som uge t_m , og sidste uge i forløbet defineres som uge t_1 , så er statistikken beregnet på de fire tidssegmenter: Før forløbet, hvis $uge < t_0$; under forløbet med før introduktion af komponenten, hvis $t_0 \leq uge < t_m$; under forløbet med efter introduktion af komponenten $t_m \leq uge < t_1$, og efter forløbet, hvis $t_1 \leq uge$.

Bilagstabel 1.3 Hyppighed og frekvens af komponentrækkefølgen i PMTO-forløbet

Komponent	Komponent-rækkefølge									Total
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	
Positiv involvering	5 (71)	1 (14)	1 (14)	0	0	0	0	0	0	7
Tydelige beskeder	3 (38)	3 (38)	1 (13)	1 (13)	0	0	0	0	0	8
Ros og opmuntring	1 (11)	2 (22)	5 (56)	1 (11)	0	0	0	0	0	9
Regulering af følelser	0	3 (33)	1 (11)	2 (22)	1 (11)	2 (22)	0	0	0	9
Problemløsning	1 (14)	1 (14)	0	1 (14)	4 (57)	0	0	0	0	7
Tilsyn og medleven	0	0	0	0	1 (50)	1 (50)	0	0	0	2
Grænsesætning	0	0	1 (17)	2 (33)	1 (17)	1 (17)	1 (17)	0	0	6
Kommunikation	1 (14)	0	0	2 (29)	0	1 (14)	2 (29)	1 (14)	0	7
Samarbejde med skolen	0	0	0	2 (33)	2 (33)	0	1 (17)	1 (17)	0	6

Note: Hyppigheden er det første tal i cellen. Frekvensen i procent vises i parentes. Første søjle viser de 9 komponenter. Komponentrækkefølgen viser, hvornår i PMTO-forløbet terapeuten har introduceret komponenten, fx introduceret komponenten som den 1., 2., 3., ... eller 9. komponent i forløbet. Første række viser eksempelvis, at 5 familier er introduceret til komponenten Positiv involvering som den første komponent, 1 familie er introduceret til Positiv involvering som anden komponent, og 1 familie er introduceret til Positiv involvering som den tredje komponent i forløbet. En familie med tvillinger behandles i tabellen som ét forløb, så introduktionen af komponenten kun tæller med én gang.

Kilde: Bilagsfigur 3.1-3.10.

Bilag 2 Familiernes gennemsnitlige niveau på behandlingsmål før, under og efter forløbet

Bilag 2 viser tabeller og grafer til første delanalyse, der undersøger sammenhænge mellem familiens behandlingsmål og behandlingsforløbet. De ti bilagsfigurer viser familiernes individuelle gennemsnit før, under og efter forløbet i totalscoren og de ni behandlingsmål. Figurerne indeholder en del information om familiernes udvikling: På y-aksen vises familiens score på behandlingsmålet, og på x-aksen vises tid i uger. Den første uge i PMTO-forløbet er markeret på x-aksen som uge 0; den anden markering på x-aksen viser den sidste uge i behandlingsforløbet. I figuren viser de grå punkter forbundet med en stiplede linje de faktiske observationer. Den fuldt optrukne linje viser familiens gennemsnitlige score i de tre tidssegmenter, mens det grå bånd viser den statistiske usikkerhed i disse estimater: med 95 % sandsynlighed ligger familiens gennemsnit i tidssegmentet inden for det grå bånd. Under hver figur vises β - og tilhørende p-værdier for gennemsnittene. β -værdierne viser gennemsnittet før forløbet (β_0), væksten i gennemsnittet ved opstarten af forløbet (β_1) og væksten i gennemsnittet ved forløbets afslutning i forhold til før forløbet (β_2). Hvis fx familien i gennemsnit har en score på 10, 12 og 16 i de tre tidssegmenter, er $\beta_0=10$; $\beta_1=12-10=2$ og $\beta_2=16-10=6$. Nedenfor opsummerer vi resultaterne for hver bilagsfigur.

Totalscoren. Resultaterne for totalscoren er vist i Bilagsfigur 2.1. Det er muligt at score mellem 0 og 38 point på totalscoren. For at undersøge, om familiens niveau ændrer sig fra før til efter PMTO-forløbet, ser vi på, om β_2 er statistisk større end, mindre end eller lig med nul i de 10 familier. I 8 familier (familie 3, 5, 6, 8, 9, 13, 14 og 17) kan spores et positivt skift i niveauet for totalscoren ($\beta_2>0$ og $p\leq 0,01$); i 1 familie (familie 16) er ændringen insignifikant ($p>0,05$), og i 1 familie (familie 19) finder vi en statistisk negativ udvikling ($\beta_1<0$ og $p\leq 0,01$).

Positiv involvering (Bilagsfigur 2.2) er en af de primære forældrekompetencer i PMTO-modellen og blandt de komponenter, som forældrene først skal tilegne sig. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på Positiv involvering. I 8 familier (familie 3, 5, 6, 8, 9, 13, 14 og 17) kan spores en stigning i niveauet af positiv involvering ($\beta_2>0$ og $p\leq 0,05$); i 1 familie (familie 16) er ændringen insignifikant ($p>0,05$), og i 1 familie (familie 19) finder vi et statistisk negativt skift ($\beta_1<0$ og $p\leq 0,01$).

Tydelige beskeder (Bilagsfigur 2.3) handler om, at forældrene skal lære at formulere enkle, venlige og præcise beskeder, som den unge kan forstå og efterleve. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på behandlingsmålet. I 7 familier (familie 3, 6, 8, 9, 14, 16 og 17) kan spores et positivt skift i niveauet af tydelige beskeder ($\beta_2>0$ og $p\leq 0,05$), og i 3 familier (familie 5, 13 og 19) er ændringen insignifikant ($p>0,05$). Familie 13, med statistisk insignifikant ændring, begynder med en gennemsnitsscore på 3,50 point, hvilket er højere end de andre familier, og slutter med en gennemsnitsscore på 4; den højeste score på skalaen. Den insignifikante ændring kan derfor skyldes en loftseffekt på skalaen.

Ros og opmuntring (Bilagsfigur 2.4) handler om, at forældrene skal få øje på, anerkende og forstærke det, som den unge er god til. Sammen med Tydelige beskeder introduceres

denne forældrekompetence efter Positiv involvering. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på behandlingsmålet. I 8 familier (familie 3, 6, 8, 9, 13, 14 og 17) finder vi et positivt skift i niveauet ($\beta_2 > 0$ og $p \leq 0,05$); i 1 familie (familie 16) er ændringen insignifikant ($p > 0,05$), og i 1 familie (familie 19) finder vi et statistisk negativt skift ($\beta_1 < 0$ og $p \leq 0,01$).

Regulering af følelser (Bilagsfigur 2.5) trænes, så forældrene opmuntres og viser glæde, når den unge gør som ønsket, samt forholder sig følelsesmæssigt neutralt, når den unge har en negativ adfærd. Regulering af følelser er en grundlæggende forældrekompetence, som forældrene skal mestre i alle dele af behandlingsforløbet. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på regulering af følelser. I 6 familier (familie 3, 6, 8, 9, 16 og 17) estimerer vi et positivt skift i behandlingsmålet ($\beta_2 > 0$ og $p \leq 0,05$); i 4 familier (familie 5, 13, 14 og 19) er ændringen insignifikant ($p > 0,05$). 3 af de 4 familier med statistisk insignifikant ændring – familie 5, 13 og 14 – begynder relativt højt på henholdsvis 3,17, 4,00 og 3,71 point; loftseffekter kan derfor forklare, hvorfor disse familier ikke oplever en positiv udvikling på scoren.

Problemløsning (Bilagsfigur 2.6) er en struktureret fremgangsmåde til at drøfte familieanliggender og få lavet tydelige aftaler i familien, der inddrager alles synspunkter. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på behandlingsmålet. I 7 familier (familie 3, 6, 8, 9, 13, 14 og 17) kan vi spore en positiv ændring i scoren ($\beta_2 > 0$ og $p \leq 0,05$); i 2 familier (familie 5 og 16) er ændringen statistisk insignifikant ($p > 0,05$), og i 1 familie (familie 19) finder vi et statistisk negativt skift ($\beta_1 < 0$ og $p \leq 0,01$).

Grænsesætning (Bilagsfigur 2.7) handler om, at forældrene kan sætte faste, trygge og forudsigelige grænser for den unges adfærd. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på Grænsesætning. I 5 familier (familie 8, 9, 13, 14 og 16) kan spores et positivt skift i evnen til grænsesætning ($\beta_2 > 0$ og $p \leq 0,05$); i 4 familier (familie 3, 5, 6 og 17) er ændringen insignifikant ($p > 0,05$), og i 1 familie (familie 19) finder vi et statistisk negativt skift ($\beta_1 < 0$ og $p \leq 0,01$). Familie 5 med en insignifikant ændring har en gennemsnitsscore på 3,17 før forløbet og 3,75 efter forløbet og kunne derfor nærme sig en loftseffekt.

Tilsyn og medleven (Bilagsfigur 2.8) handler om, at forældrene skal lære at følge med i den unges liv. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på behandlingsmålet. I 5 familier (familie 3, 5, 8, 13 og 14) ser vi et positivt skift i niveauet for scoren ($\beta_2 > 0$ og $p \leq 0,05$), og i 5 familier (familie 6, 9, 16, 17 og 19) er ændringen statistisk insignifikant ($p > 0,05$). Familie 6 har en gennemsnitsscore på 3,92 før forløbet og 4,00 efter forløbet, så den insignifikante ændring i scoren for denne familie skyldes sandsynligvis, at familien allerede før forløbet scorer omkring maksimum på behandlingsmålet.

Kommunikation (Bilagsfigur 2.9) fletter sig også ind i de andre behandlingskomponenter og handler om, at forældrene gennem kommunikationsfærdigheder kan støtte den unge og give den unges gøremål, oplevelser og følelser positiv opmærksomhed. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på behandlingsmålet Kommunikation. I 4 familier (familie 3, 5, 8 og 14) kan spores et positivt skift i kommunikationsevnen ($\beta_2 > 0$ og $p \leq 0,05$); i 5 familier (familie 6, 9, 13, 16 og 17) er ændringen insignifikant ($p > 0,05$), og i 1 familie (familie 19) finder vi et statistisk negativt skift ($\beta_1 < 0$ og $p \leq 0,01$). Familie 6, 9 og 13 har en gennemsnitsscore på henholdsvis 3,50; 3,30 og 3,50 før forløbet og 3,88; 3,66 og 4,00 efter forløbet; den insignifikante ændring kunne derfor tilskrives, at familierne er tæt på scorens loft allerede inden forløbet.

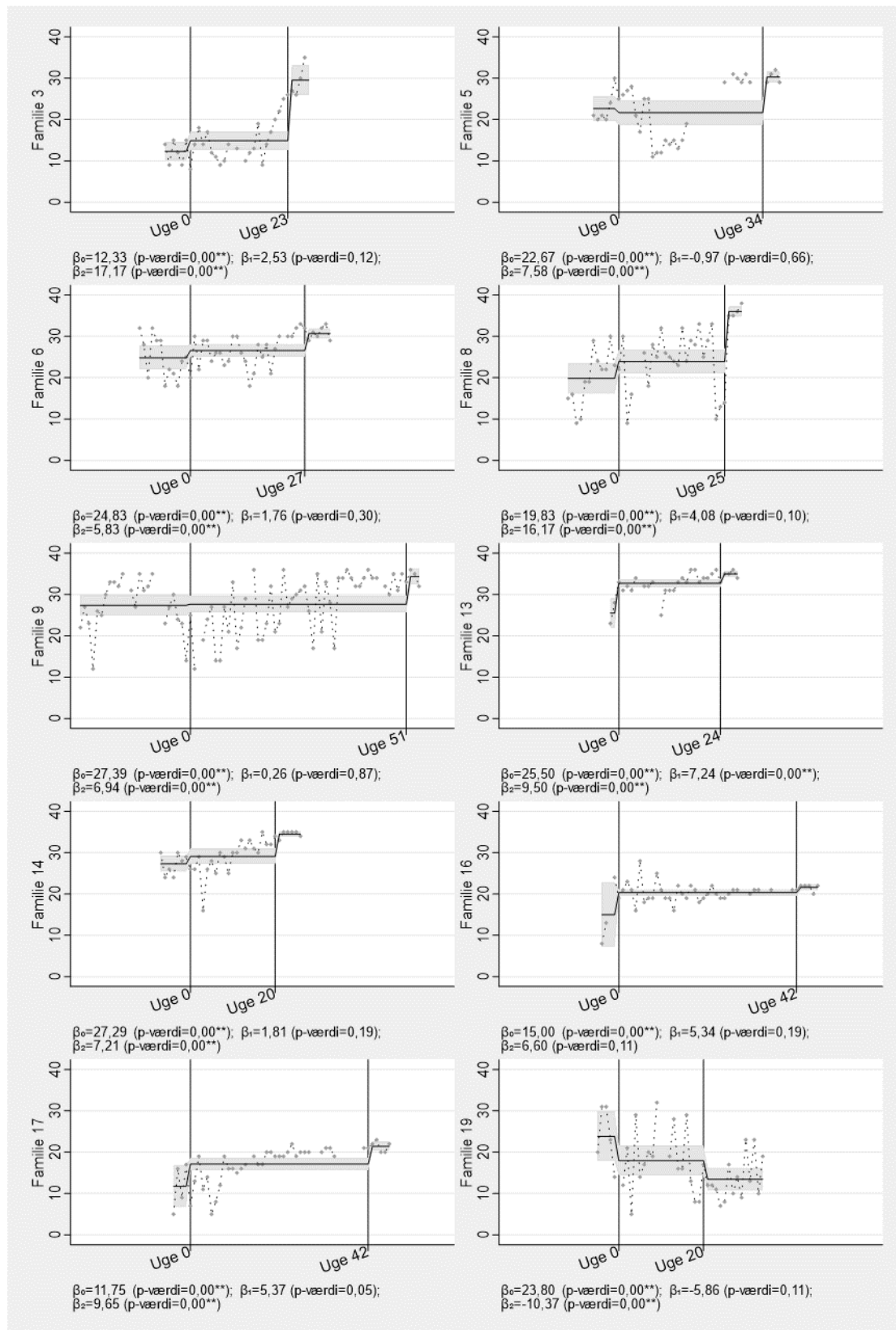
Samarbejde med skole (Bilagsfigur 2.10) handler om at styrke den unges sociale kompetencer, ved at skole og forældre trækker i samme retning. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point på behandlingsmålet. I 1 familie (familie 13) ses et positivt skift i samarbejdet ($\beta_2 > 0$ og $p \leq 0,05$); i 8 familier (familie 3, 5, 6, 8, 9, 14, 16 og 17) er ændringen uændret eller statistisk insignifikant ($p > 0,05$), og i 1 familie (familie 19) finder vi et statistisk negativt skift ($\beta_1 < 0$ og $p \leq 0,01$).

Bilagstabel 2.1 Generelle sammenhæng mellem behandlingsmål og PMTO-forløbet. Gennemsnit (M) før, under og efter.

Behandlingsmål	N	CI	β_0	$M_{\text{før}}$				$M_{\text{under}} - M_{\text{før}}$				$M_{\text{efter}} - M_{\text{før}}$					
				std. afv.	p-værdi	[95% CI]	ES	β_1	std. afv.	p-værdi	[95% CI]	ES	β_2	std. afv.	p-værdi	[95% CI]	ES
Total score	411	10	22.86	1.99	0.00**	[18.95;26.77]	3.08	0.52	1.34	0.70	[-2.11;3.16]	0.07	2.96	4.09	0.47	[-5.05;10.97]	0.40
Opstart	412	10	1.32	0.18	0.00**	[0.98;1.67]	1.87	0.06	0.09	0.49	[-0.12;0.25]	0.09	0.29	0.28	0.29	[-0.25;0.84]	0.41
Positiv involvering	412	10	2.92	0.25	0.00**	[2.44;3.41]	3.03	-0.04	0.16	0.81	[-0.34;0.27]	0.04	0.11	0.45	0.81	[-0.77;1.00]	0.12
Tydelige beskeder	412	10	1.62	0.25	0.00**	[1.14;2.11]	1.35	0.47	0.23	0.05*	[0.01;0.93]	0.39	0.76	0.45	0.09	[-0.12;1.63]	0.63
Ros og opmuntring	412	10	2.26	0.32	0.00**	[1.64;2.89]	1.64	0.21	0.23	0.35	[-0.24;0.66]	0.16	0.56	0.74	0.45	[-0.90;2.01]	0.40
Samarbejde med skolen	412	10	2.09	0.25	0.00**	[1.60;2.58]	2.18	0.08	0.19	0.68	[-0.30;0.46]	0.08	0.09	0.21	0.66	[-0.33;0.51]	0.10
Regulering af følelser	412	10	2.44	0.33	0.00**	[1.80;3.08]	1.82	0.15	0.16	0.32	[-0.15;0.46]	0.12	0.38	0.45	0.40	[-0.50;1.26]	0.28
Grænsesætning	411	10	2.60	0.20	0.00**	[2.21;2.99]	2.13	-0.19	0.24	0.41	[-0.66;0.27]	0.16	-0.02	0.57	0.97	[-1.13;1.09]	0.01
Problemløsning	412	10	1.78	0.33	0.00**	[1.13;2.42]	1.63	0.22	0.16	0.18	[-0.10;0.54]	0.20	0.41	0.53	0.44	[-0.63;1.44]	0.37
Kommunikation	412	10	2.86	0.24	0.00**	[2.38;3.34]	2.82	-0.10	0.19	0.57	[-0.47;0.26]	0.10	0.12	0.48	0.80	[-0.82;1.06]	0.12
Tilsyn og medleven	412	10	2.96	0.19	0.00**	[2.59;3.33]	3.69	-0.37	0.20	0.06	[-0.76;0.01]	0.47	0.26	0.21	0.23	[-0.16;0.68]	0.32

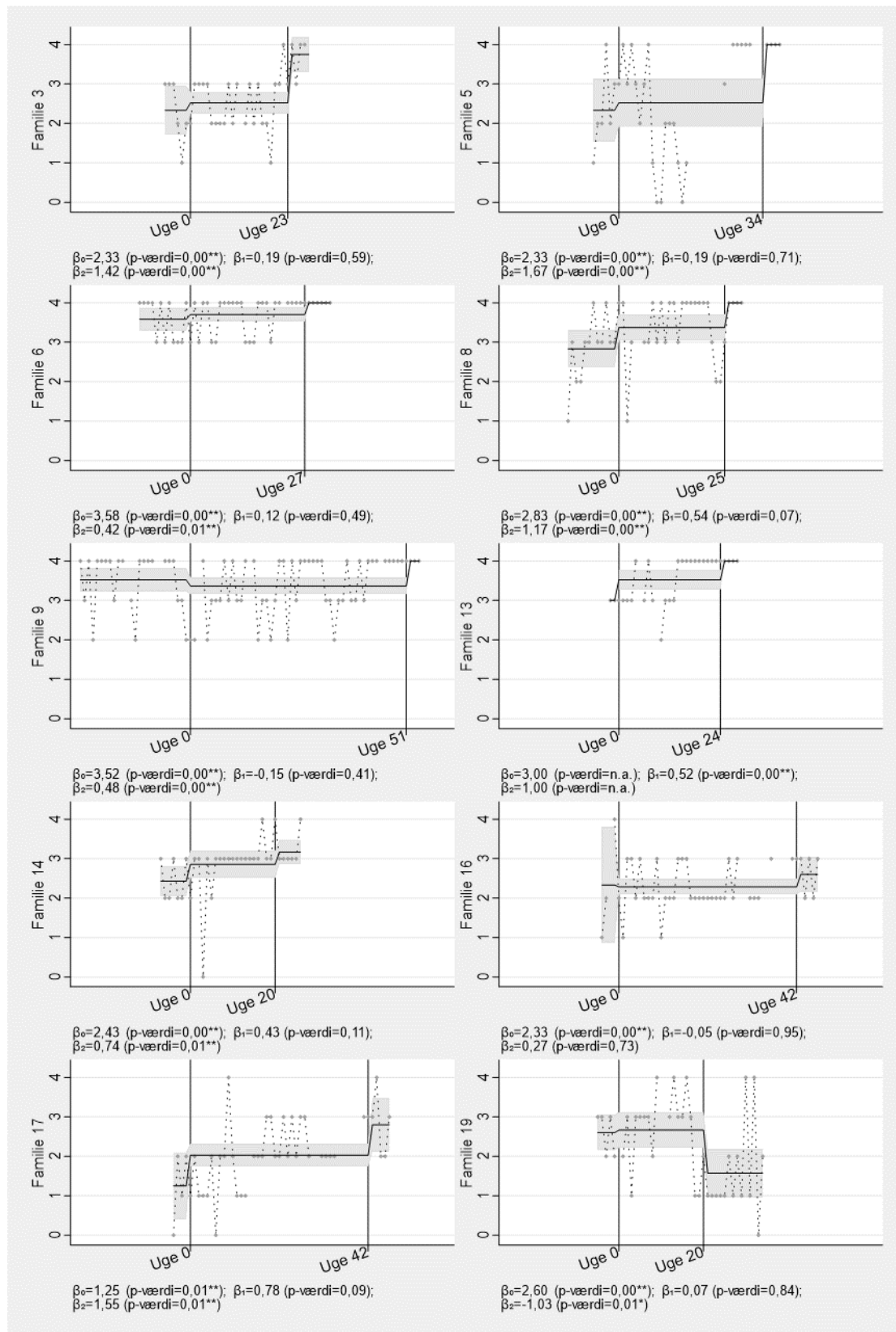
Note: Antal observationer [N = observationer, CI = unge-clustre]; bootstrappede cluster robust standardfejl (std. afv.), p-værdier fra tosidet test (* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$) og 95 % konfidensinterval (95 % CI). Cohen's d effect-størrelser (ES) er divideret med hele stikprøvens SD ved før-målingen. Bootstrap baseret på 200 replikationer af clustre. Resultater estimeret med lineær regression i STATA-modul 'regress' af $Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 [t_0 \leq uge_t < t_1] + \beta_2 [t_1 \leq uge_t] + u_i + \varepsilon_{it}$, hvor i individ og t er tid i uger. Uge t_0 er første uge i PMTO-forløbet, og i uge t_1 afsluttes PMTO-forløbet. Funktionen $1[\cdot]$ er en indikator-funktion, der er lig 1, hvis udtrykket i funktionen er sandt. β -parametrene estimerer familiernes niveau før forløbet (β_0) samt om gennemsnittet stiger eller falder under forløbet (β_1) og efter forløbet (β_2). Det vil sige, at β_2 estimerer, om familien er et bedre sted efter forløbet end før forløbet.

Bilagsfigur 2.1 Udvikling i den totale score for Behandlingsmål for hver familie



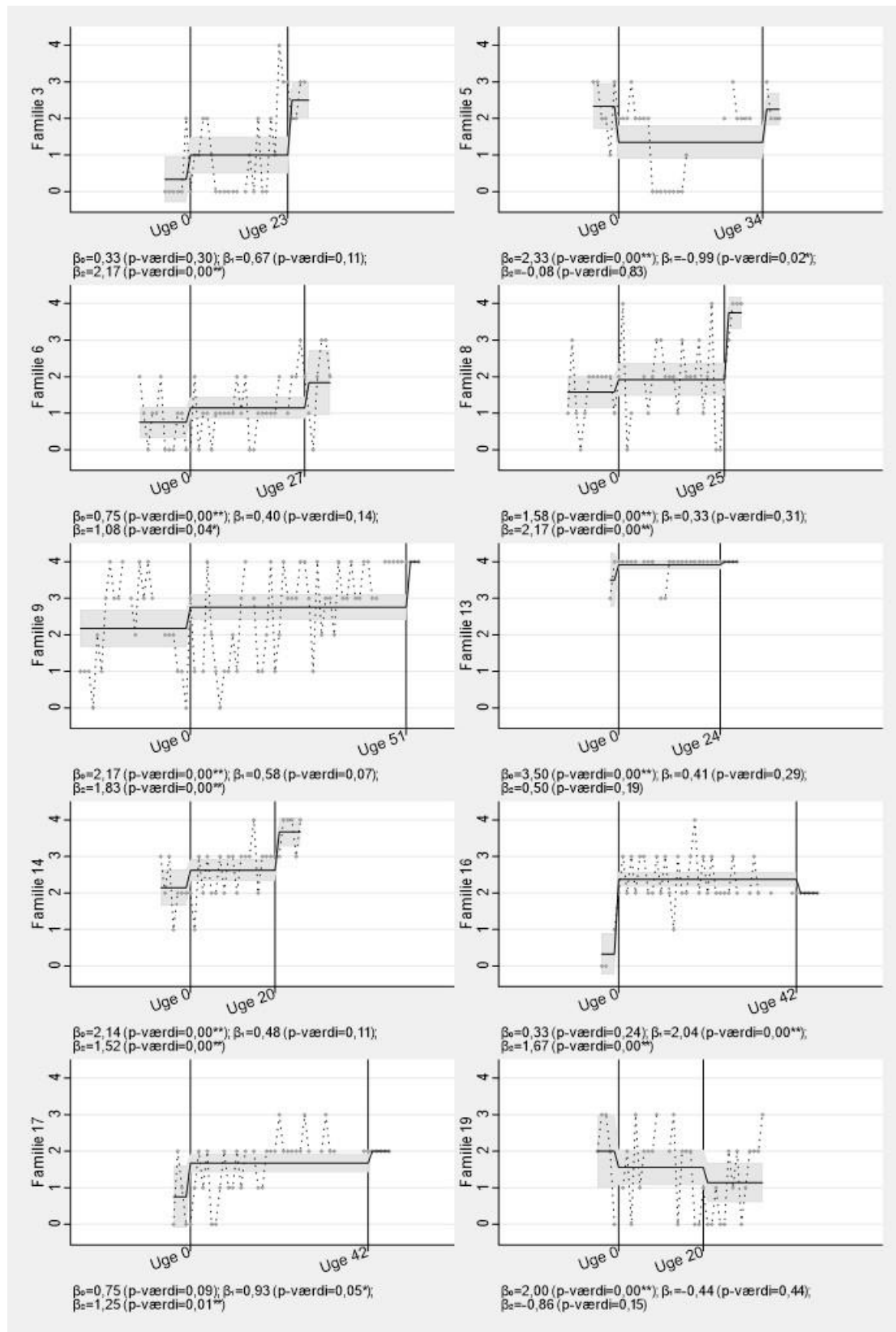
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$, hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$, hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.2 Udvikling i behandlingsmålet Positiv involvering for hver familie



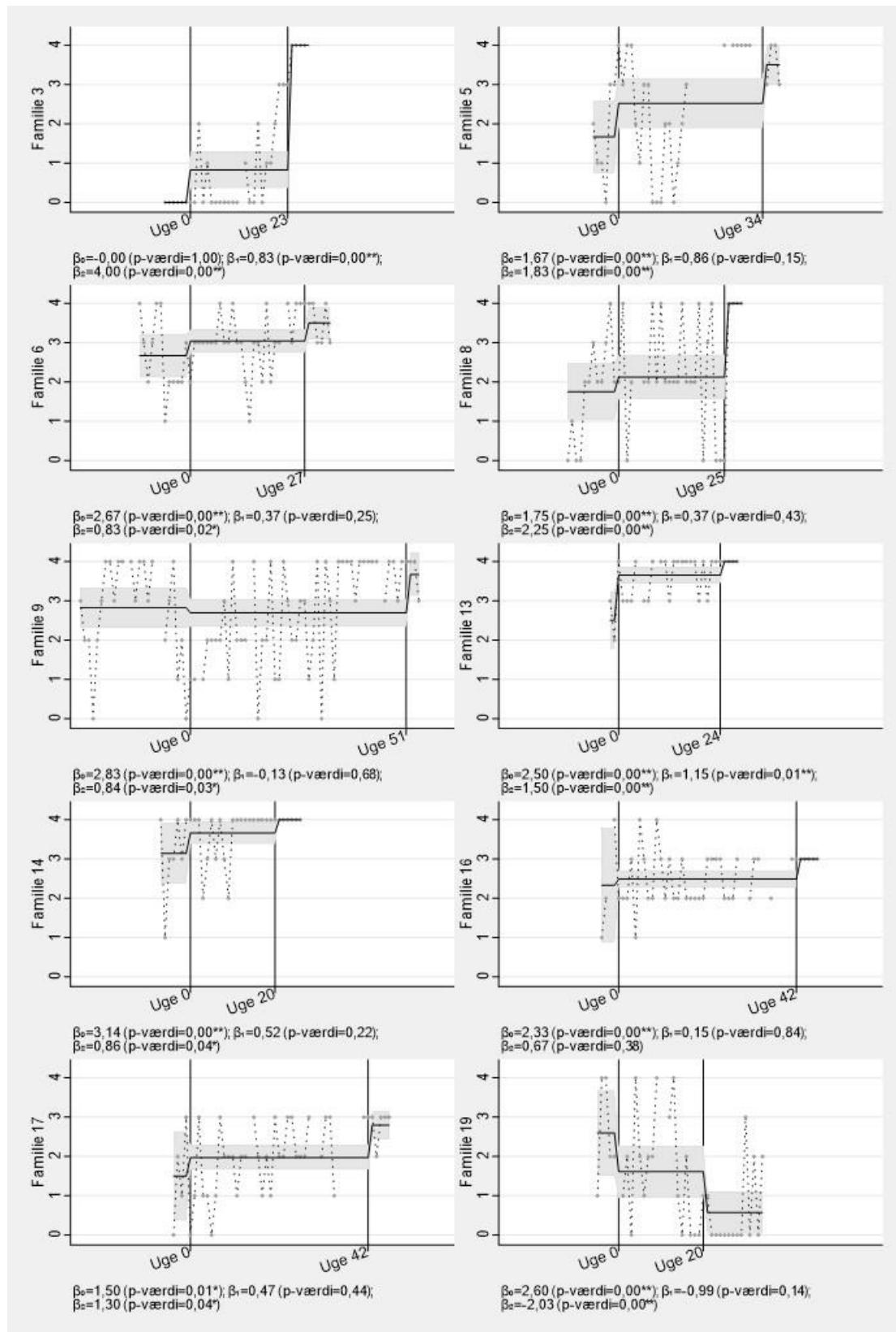
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.3 Udvikling i behandlingsmålet Tydelige beskeder for hver familie



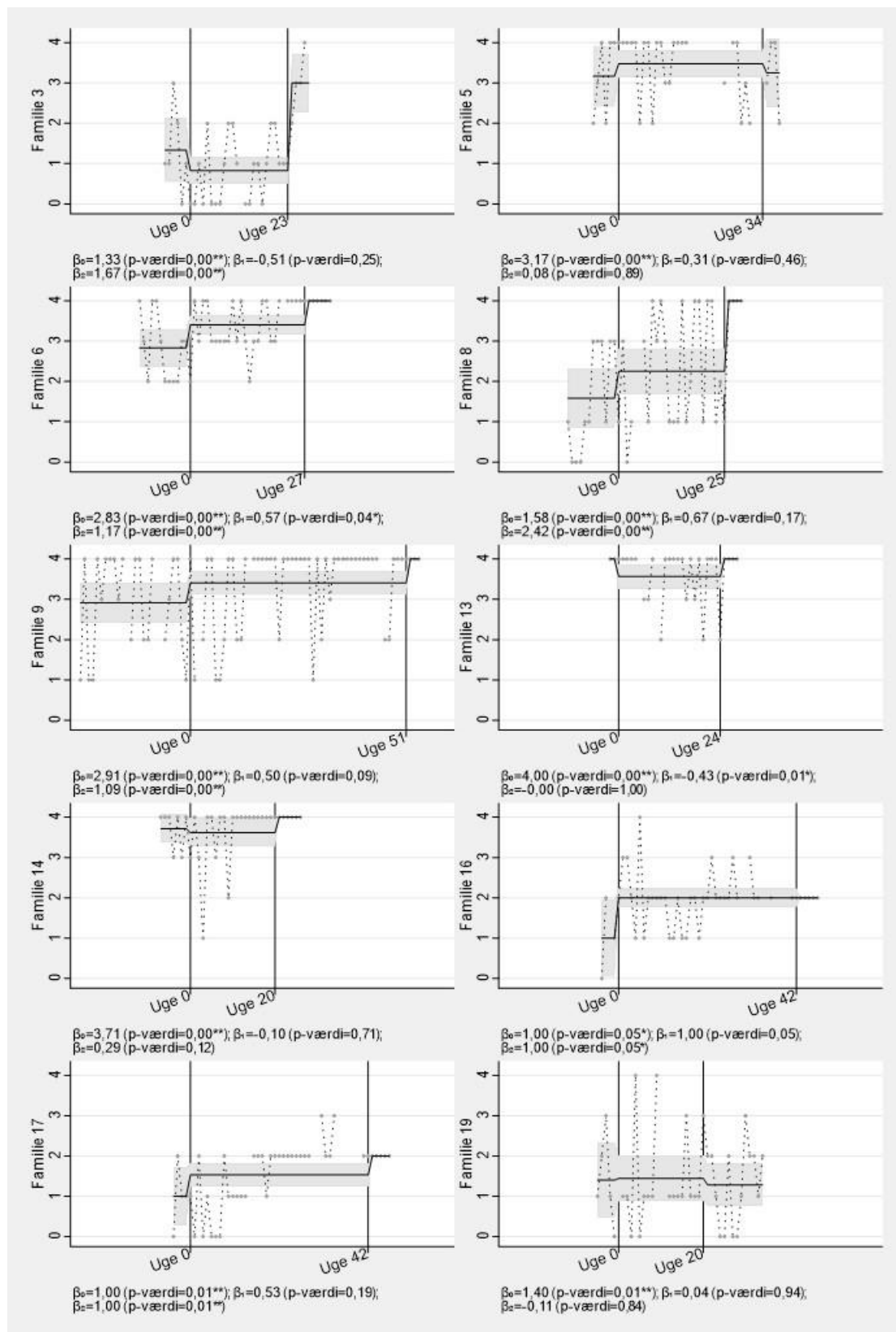
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.4 Udvikling i behandlingsmålet Ros og opmuntring for hver familie



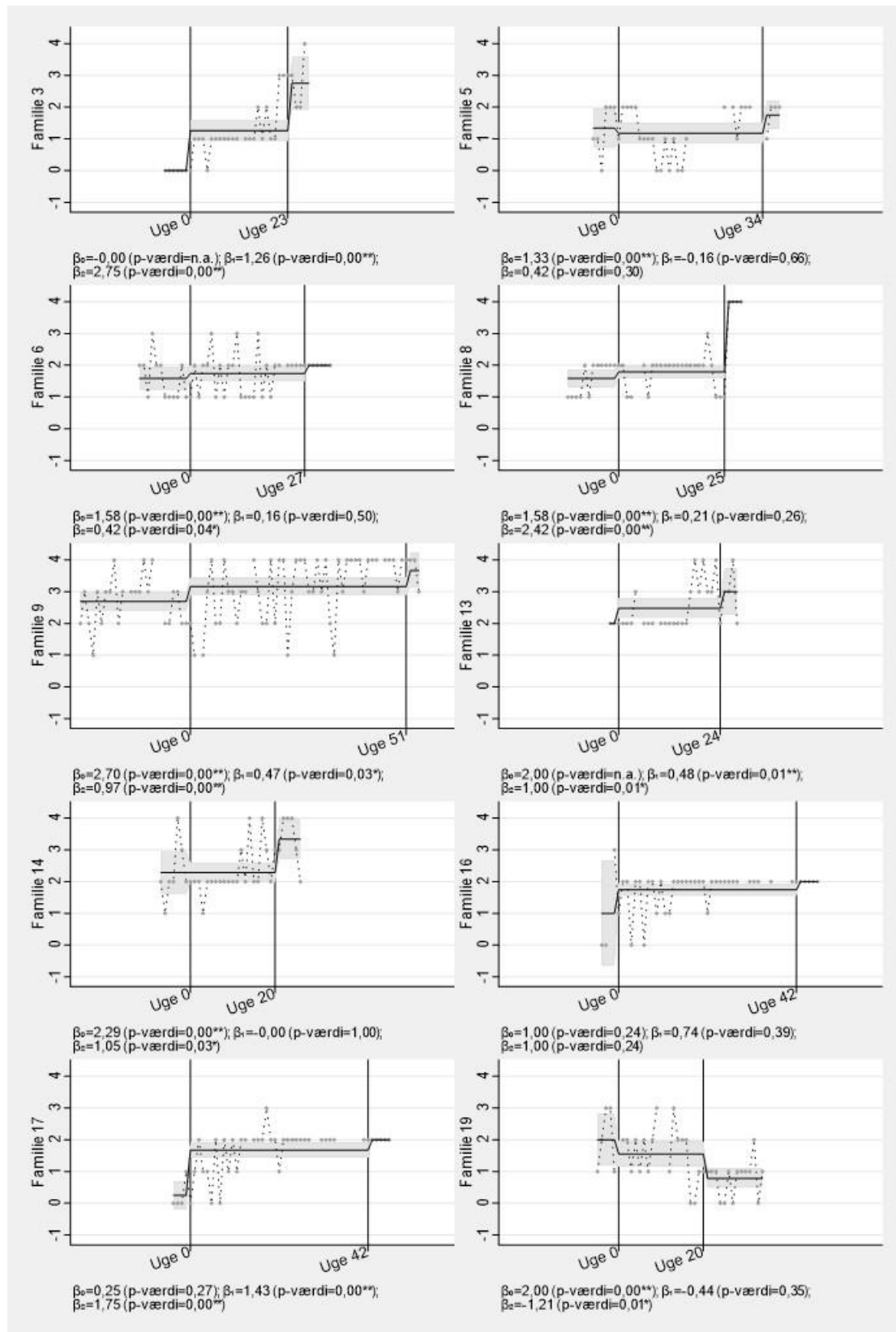
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.5 Udvikling i behandlingsmålet Regulering af følelser for hver familie



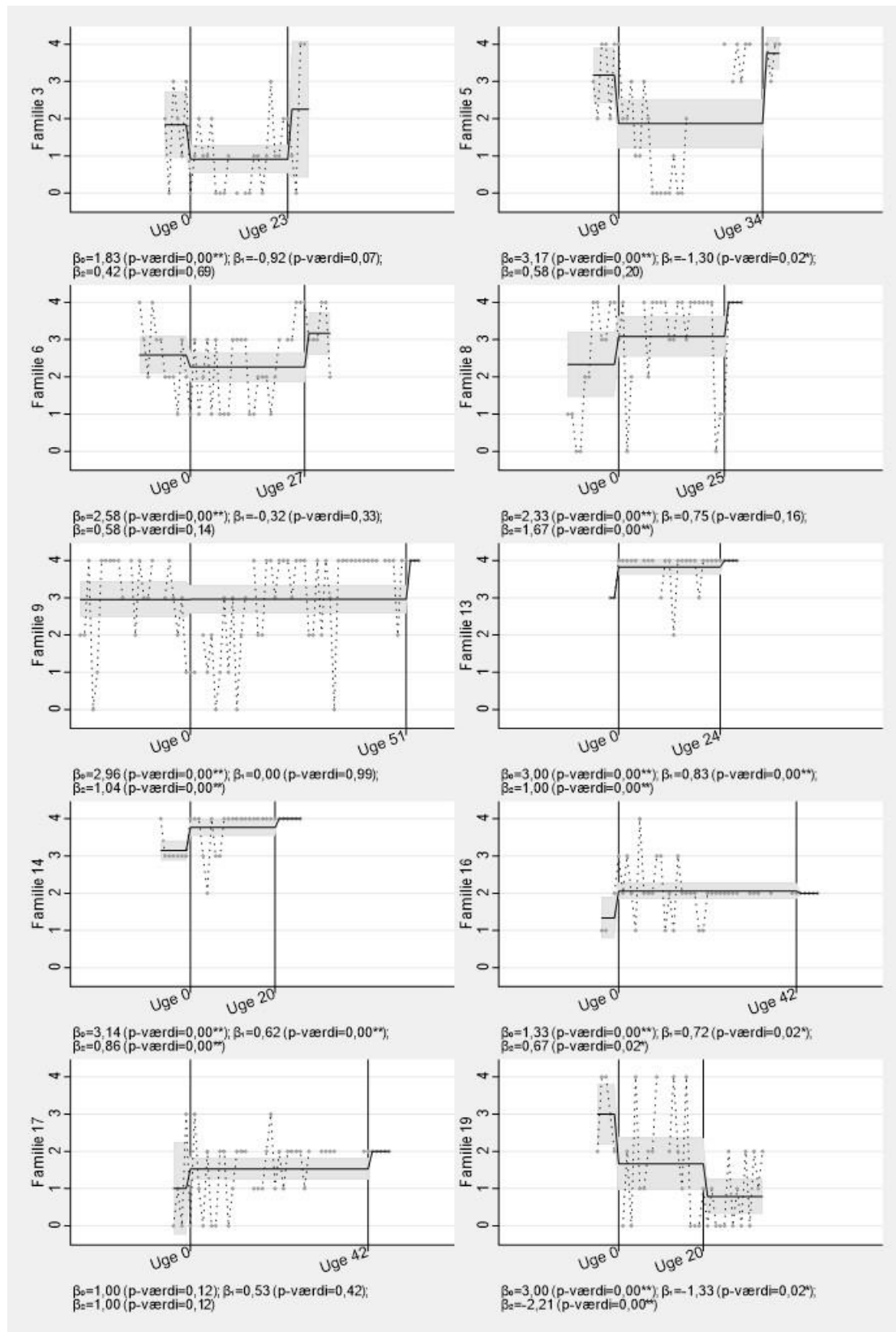
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1% signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.6 Udvikling i behandlingsmålet Problemløsning for hver familie



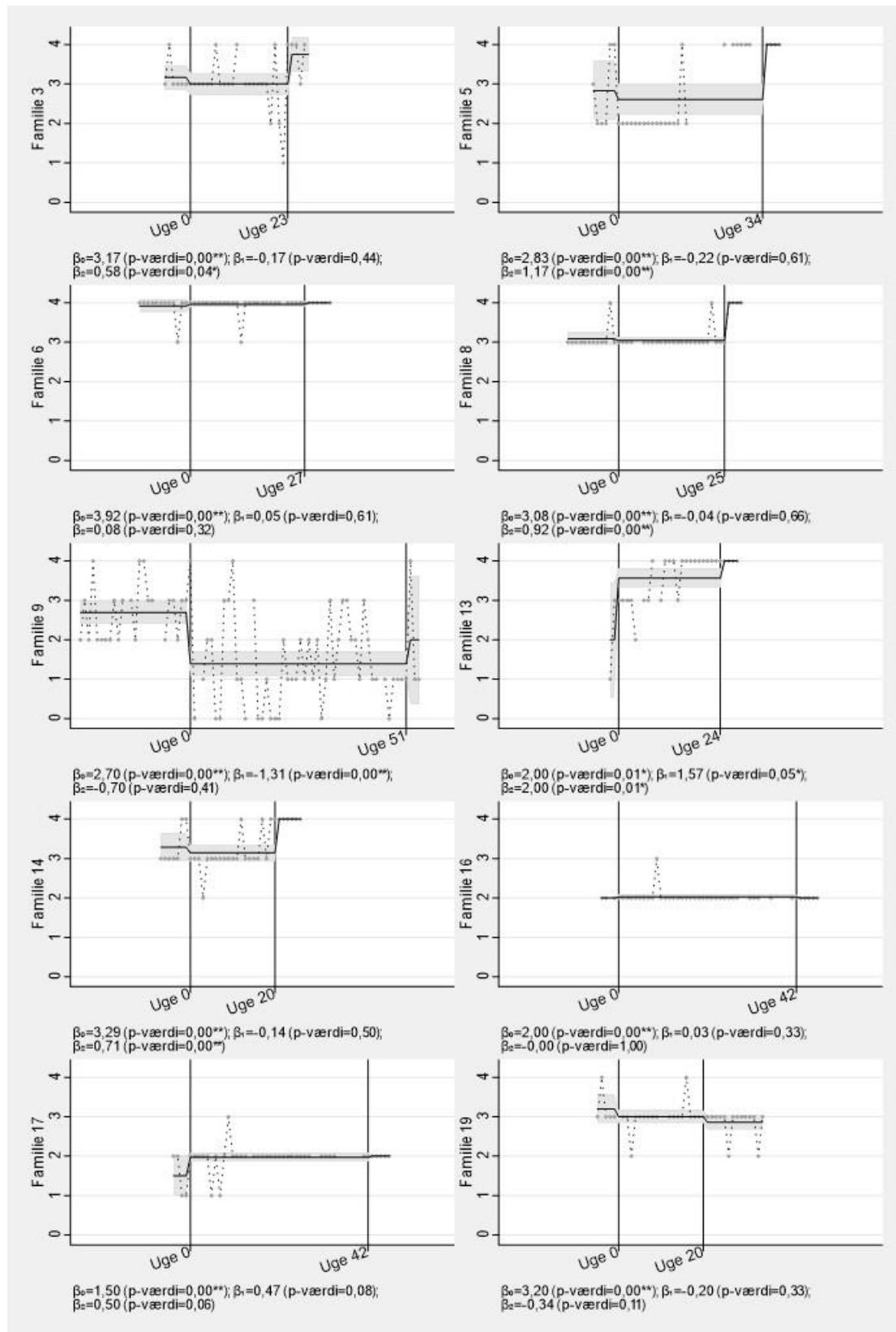
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1% signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.7 Udvikling i behandlingsmålet Grænsesætning for hver familie



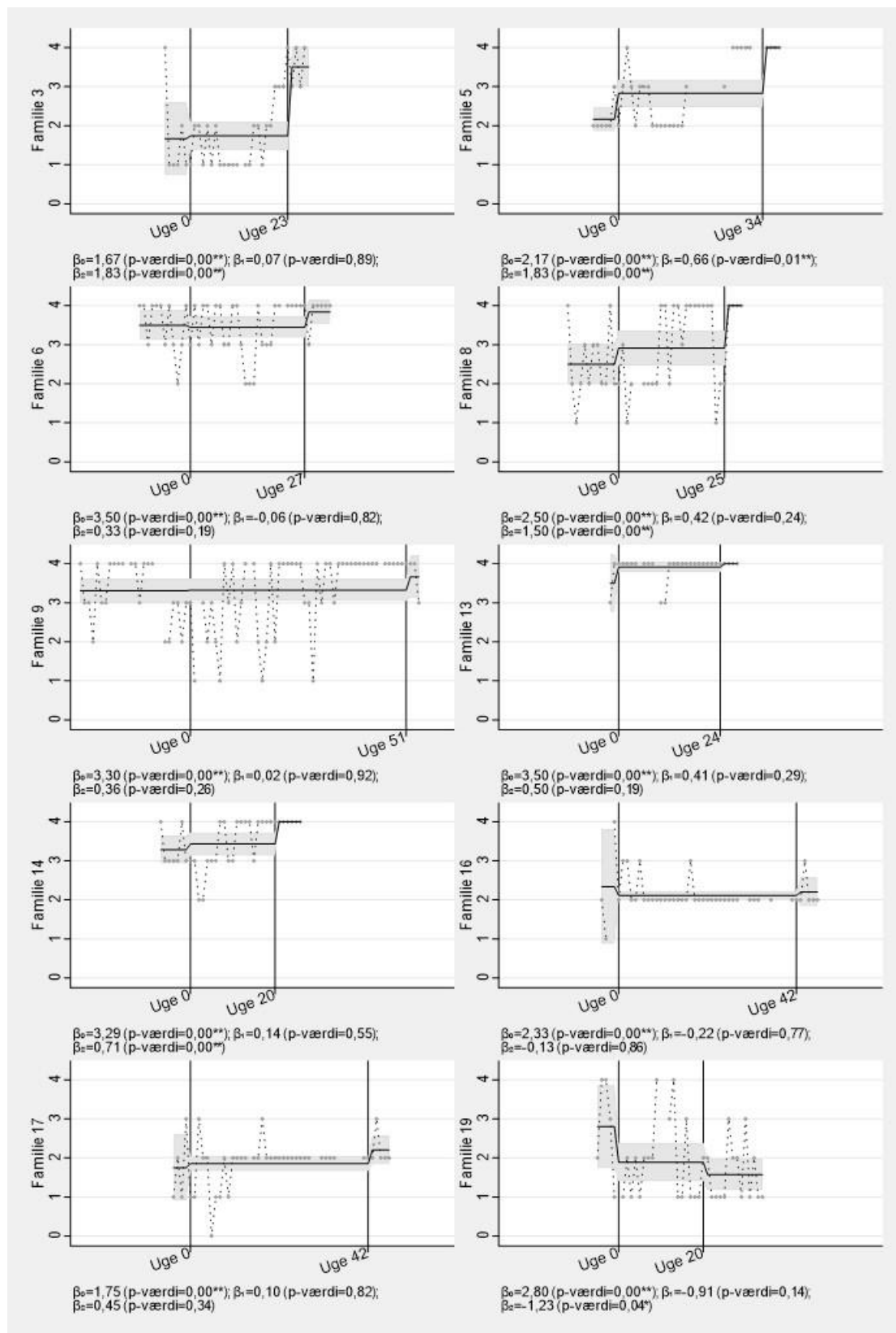
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.8 Udvikling i behandlingsmålet Tilsyn og medleven for hver familie



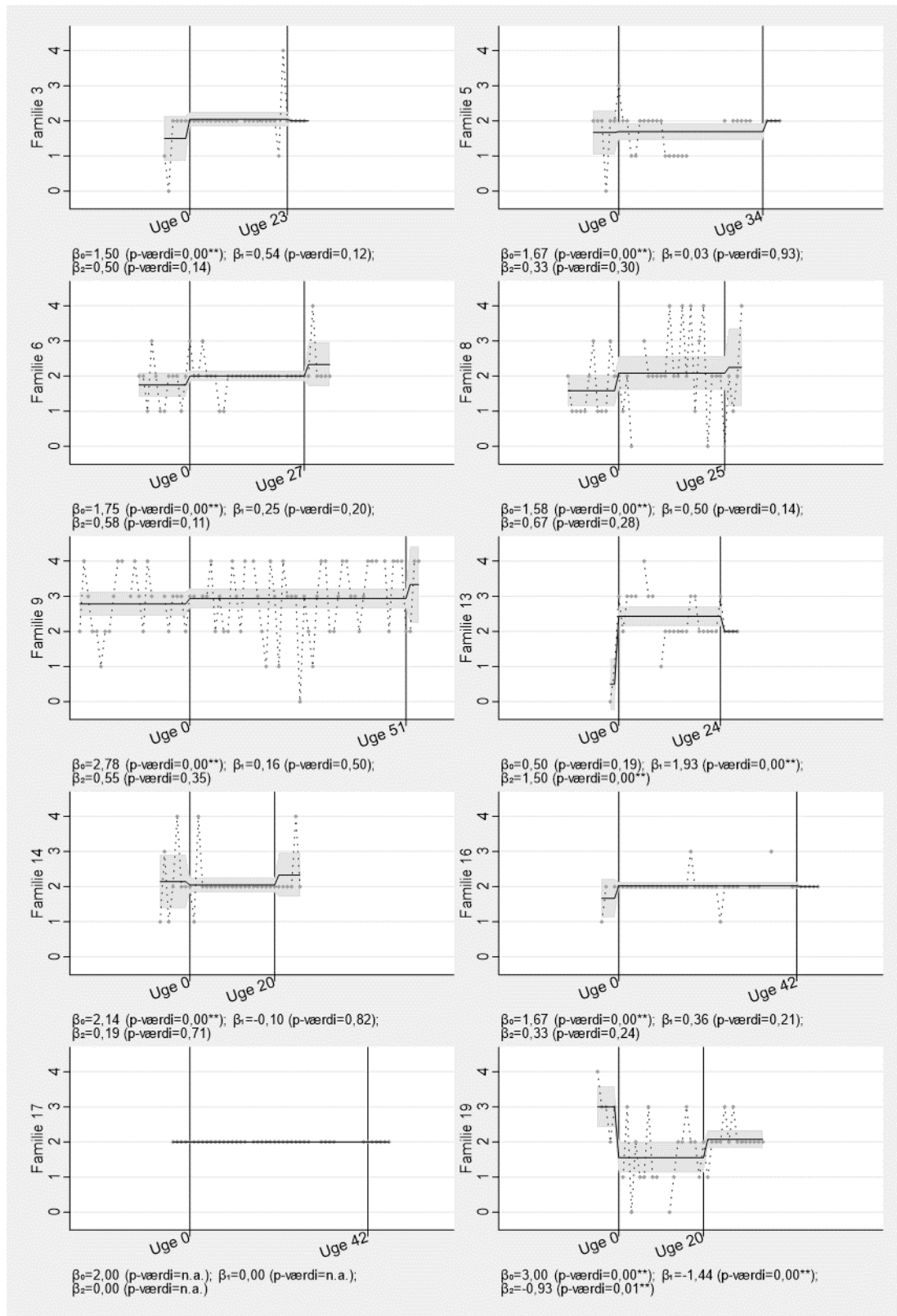
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.9 Udvikling i behandlingsmålet Kommunikation for hver familie



Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 2.10 Udvikling i behandlingsmålet Samarbejde med skole/uddannelse for hver familie



Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$ og $\beta_0 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilag 3 Sammenhæng mellem behandlingsmål og introduktion af behandlingskomponenter

Bilag 3 viser tabeller og grafer til anden delanalyse, der undersøger sammenhænge mellem terapeutens introduktion af de ni behandlingskomponenter og familiens udvikling i tilhørende behandlingsmål. For hver familie vises derfor ni grafer – én graf for hver af de ni komponenter (positiv involvering, tydelige beskeder osv.). I hver graf viser y-aksen familiens score på behandlingsmålet i en given uge, og x-aksen viser tid i uger. Familiens faktiske udvikling er illustreret som punkter forbundet med en stiplede linje, mens familiens gennemsnit i tidssegmentet er illustreret med en fuldt optrukket linje. Skygge bag linjen viser den statistiske usikkerhed ved estimationen af gennemsnittet (95 % konfidensinterval).

På x-aksen er tilføjet en række lodrette streger, der markerer skift i perioden. Hvis eksempelvis terapeuten har introduceret familien for behandlingskomponenten i uge 10 og afsluttet forløbet i uge 20, markerer x-aksen således tre tidspunkter i perioden: opstart af forløbet (uge 0), terapeutens introduktion af komponenten (uge 10) og afslutning af forløbet (uge 20). Hvis terapeuten ikke har arbejdet med behandlingskomponenten, er der kun to markeringer – opstart og afslutning. Hvis terapeuten er vendt tilbage til komponenten og har arbejdet med den flere gange i forløbet, er der tilsvarende flere markeringer på x-aksen.

De statistiske beregninger i graferne præsenterer signifikante skift i familiens udvikling. Matematisk er linjen beskrevet ved fire niveauer: β_0 er gennemsnittet før forløbet; $\beta_0 + \beta_1$ er gennemsnittet under forløbet, og frem til terapeuten introducerer behandlingskomponenten; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ er gennemsnittet under forløbet, men efter terapeuten har introduceret komponenten, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_2$ er gennemsnittet efter forløbet. β_1 og β_m estimerer således, om familiens udvikling skifter retning efter to markante skift i perioden: opstart af forløbet i forhold til før (β_1) og introduktion af komponenten (β_m). β_2 estimerer, om familiens gennemsnit efter forløbet er ændret i forhold til gennemsnittet før. De tilhørende p-værdier angiver, om β -værdien er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Positiv involvering. Resultaterne for behandlingsmålet og komponenten Positiv involvering er vist i første række af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.1. Af tabellen fremgår den gennemsnitlige udvikling. Familierne scorer i gennemsnit $M=2,92$ point ved opstarten af forløbet; 8 familier introduceres for komponenten, men ændringerne hen over forløbet er i gennemsnit statistisk insignifikante (dvs. $p \geq 0,05$ for β_1 , β_m og β_2). Folder vi gennemsnittet ud og ser på udviklingen i hver familie for sig, dækker gennemsnittet over både fremgang, stagnation og familier, der ikke har arbejdet med komponenten Positiv involvering. I 5 familier (familie 9, 14, 16, 17 og 19) kan spores en stigning i niveauet af positiv involvering ($\beta_m > 0$ og $p \leq 0,05$); i 3 familier (familie 5, 6 og 13) er ændringen insignifikant ($p > 0,05$), og i 2 familier (familie 3 og 8) er komponenten ikke introduceret.

Tydelige beskeder. Resultaterne for behandlingsmålet og komponenten Tydelige beskeder er vist i anden række af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.2. Af tabellen fremgår, at

familierne i gennemsnit scorer $M=1,63$ point ved opstarten af forløbet; 9 familier introduceres for komponenten, men ændringerne hen over forløbet er i gennemsnit statistisk insignifikante (dvs. $p \geq 0,05$ for β_1 , β_m og β_2). Ser vi på udviklingen i hver familie for sig, dækker udviklingen over både fremgang, stagnation og familier, der ikke har arbejdet med støttekomponenten. I 2 familier (familie 3 og 17) kan spores en stigning i behandlingsmålet, når terapeuten introducerer komponenten ($\beta_m > 0$ og $p \leq 0,05$); i 7 familier (familie 5, 6, 8, 13, 14, 16 og 19) er ændringen insignifikant ($p > 0,05$), og i 1 familie (familie 9) er støttekomponenten ikke introduceret.

Ros og opmuntring. Resultaterne for behandlingsmålet og komponenten Ros og opmuntring er vist i række tre af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.3. Familierne scorer i gennemsnit $M=2,26$ point ved opstarten af forløbet; alle 10 familier introduceres for kernekomponenten, og ved introduktionen af komponenten stiger gennemsnittet for behandlingsmålet med $\beta_m=0,73$ point ($p \leq 0,01$) på en skala fra 0 til 4 point. Ser vi på udviklingen i hver familie for sig, dækker udviklingen over 5 familier (familie 3, 5, 9, 13 og 17) med en stigning i behandlingsmålet, når terapeuten introducerer kernekomponenten ($\beta_m > 0$ og $p \leq 0,05$), og 5 familier (familie 6, 8, 14, 16 og 19) hvor ændringen er insignifikant ($p > 0,05$).

Regulering af følelser. Resultaterne for dette behandlingsmål er vist i række fire af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.4. Familierne scorer i gennemsnit $M=2,44$ point ved opstarten af forløbet; alle 10 familier introduceres for komponenten, og ændringerne hen over forløbet er i gennemsnit statistisk insignifikante (dvs. $p \geq 0,05$ for β_1 , β_m og β_2). Ser vi på udviklingen i hver familie for sig, ser vi, at gennemsnittet efter introduktionen af støttekomponenten dækker over 3 familier (familie 6, 9 og 17), hvor ændringen er positiv ($\beta_m > 0$ og $p \leq 0,05$); 1 familie (familie 5), hvor ændringen er negativ ($\beta_m < 0$ og $p \leq 0,05$), og 6 familier, hvor ændringen er insignifikant ($p > 0,05$).

Problemløsning. Resultaterne for dette behandlingsmål er vist i række fem af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.5. Det er muligt at score mellem 0 og 4 point. Familierne scorer i gennemsnit $M=1,77$ point ved opstarten af forløbet; 8 familier introduceres for komponenten, og ved introduktion af denne stiger gennemsnittet for behandlingsmålet med $\beta_m=0,71$ point ($p \leq 0,01$) på en skala fra 0 til 4 point. Ser vi på udviklingen i hver familie for sig, ses det, at i 5 familier (familie 3, 9, 13, 16 og 17) er ændringen positiv ($\beta_m > 0$ og $p \leq 0,05$), i 3 familier (familie 5, 6 og 14) er ændringen insignifikant ($p > 0,05$), og i 2 familier introduceres komponenten ikke i forbindelse med behandlingsforløbet.

Grænsesætning. Resultaterne for dette behandlingsmål er vist i række seks af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.6. Familierne scorer i gennemsnit $M=2,60$ point ved opstarten af forløbet, 6 familier introduceres for behandlingskomponenten, og ved introduktion af komponenten stiger gennemsnittet for behandlingsmålet med $\beta_m=1,44$ point ($p \leq 0,01$). Ser vi på udviklingen i hver familie for sig, viser figurerne, at gennemsnittet efter introduktionen af kernekomponenten dækker over 4 familier (familie 5, 6, 9 og 14), hvor ændringen er positiv ($\beta_m > 0$ og $p \leq 0,05$), to familier (familie 8 og 13) hvor ændringen er insignifikant ($p > 0,05$), og 4 familier, der ikke introduceres til kernekomponenten.

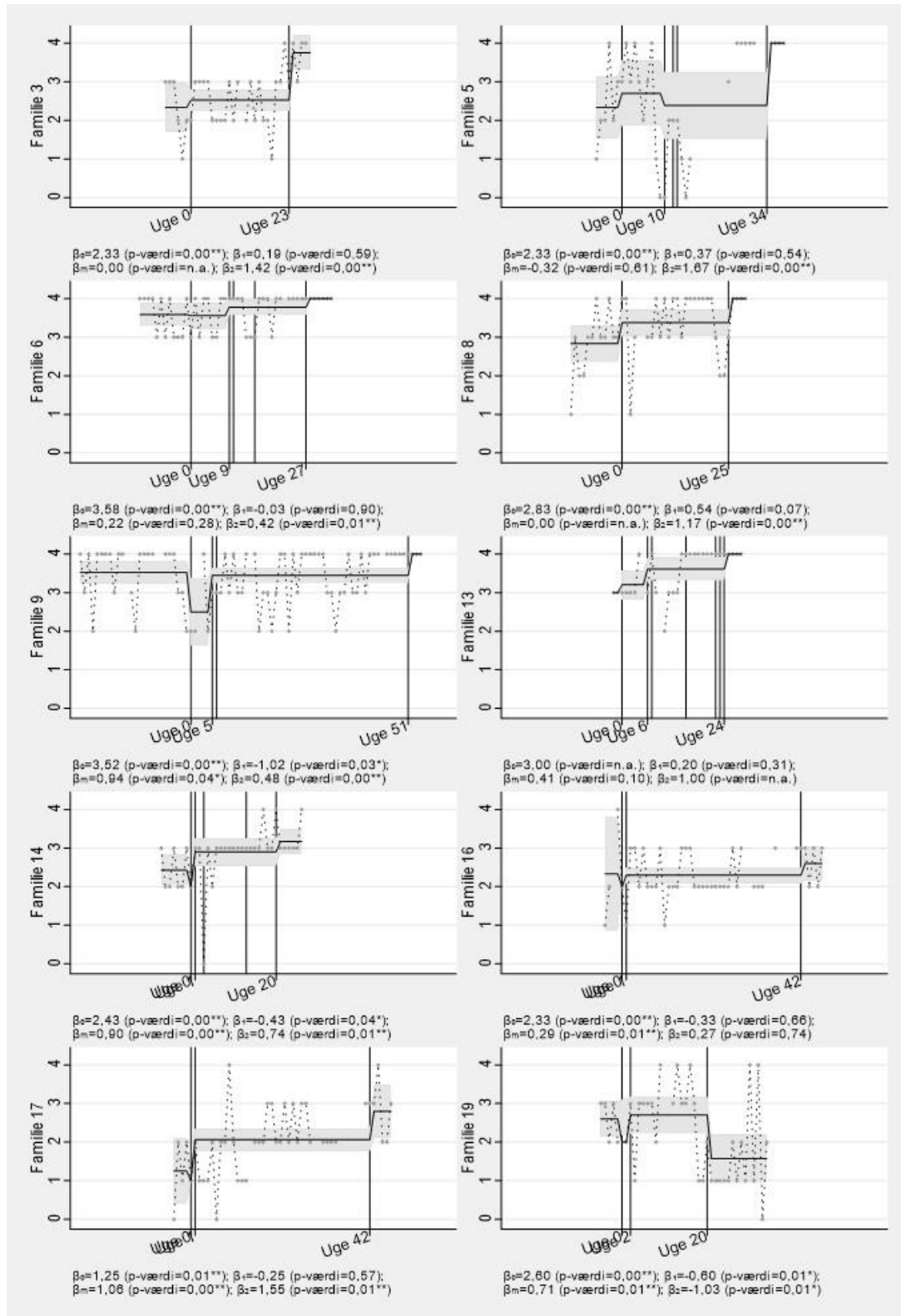
Tilsyn og medleven er den komponent, som færrest familier introduceres til i forløbet; kun 3 familier arbejder med denne dette i forløbet. Resultaterne for behandlingsmålet er vist i række syv af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.7. Familierne scorer i gennemsnit

M=2,96 point ved opstarten af forløbet, og ændringerne henover forløbet er i gennemsnit statistisk insignifikante (dvs. $p \geq 0,05$ for β_1 , β_m og β_2). For de familier, der arbejder med kernekomponenten, og hvor vi har tilstrækkelig data (familie 8 og 9), er ændringen i behandlingsmålet insignifikant ($p > 0,05$).

Kommunikation. Resultaterne for dette behandlingsmål er vist i række otte af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.8. Familierne scorer i gennemsnit M=2,86 point ved opstarten af forløbet; 8 familier introduceres for komponenten, og ændringerne hen over forløbet er i gennemsnit statistisk insignifikante (dvs. $p \geq 0,05$ for β_1 , β_m og β_2). Ser vi på udviklingen i hver familie for sig, ser vi, at gennemsnittet efter introduktionen af komponenten dækker over 5 familier (familie 3, 5, 6, 9 og 14), hvor ændringen er positiv ($\beta_m > 0$ og $p \leq 0,05$); 2 familier (familie 8 og 16), hvor ændringen er negativ ($\beta_m < 0$ og $p \leq 0,05$); 1 familie (familie 17), hvor ændringen er insignifikant ($p > 0,05$), og to familier, der ikke introduceres til komponenten Kommunikation.

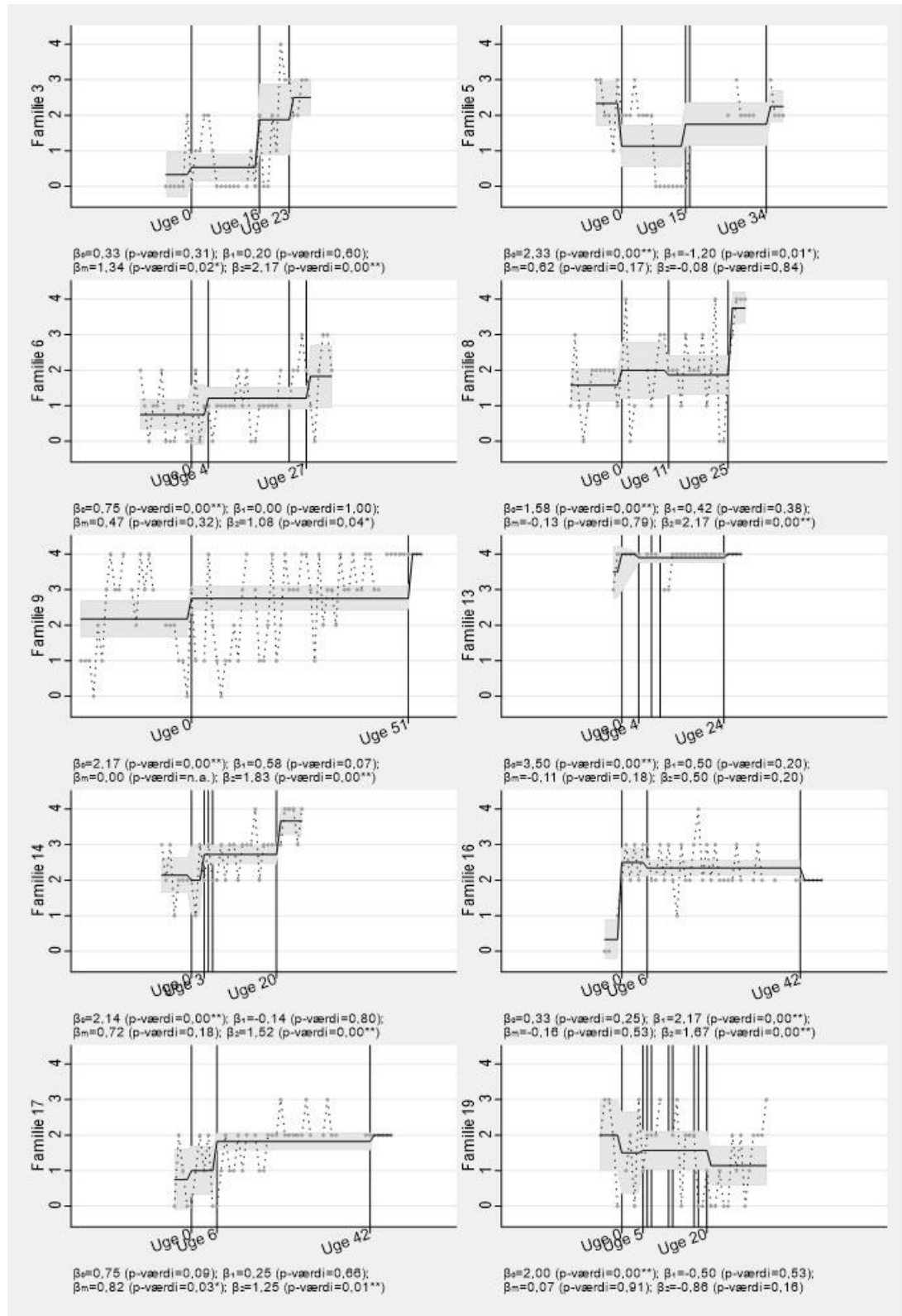
Samarbejde med skole. Resultaterne for dette behandlingsmål er vist i række ni af Bilagstabel 1.2 og i Bilagsfigur 3.4. Familierne scorer i gennemsnit M=2,09 point ved opstarten af forløbet; 7 familier introduceres for støttekomponenten, og ændringerne hen over forløbet er i gennemsnit statistisk insignifikante (dvs. $p \geq 0,05$ for β_1 , β_m og β_2). Ser vi på udviklingen i hver familie for sig, ser vi, at gennemsnittet efter introduktionen af komponenten dækker over 7 familier (familie 3, 6, 9, 14, 16, 17 og 19), hvor ændringen er insignifikant ($p > 0,05$), og i 3 familier (familie 5, 8 og 13) er komponenten ikke introduceret.

Bilagsfigur 3.1 Udvikling i behandlingsmålet Positiv involvering for hver familie



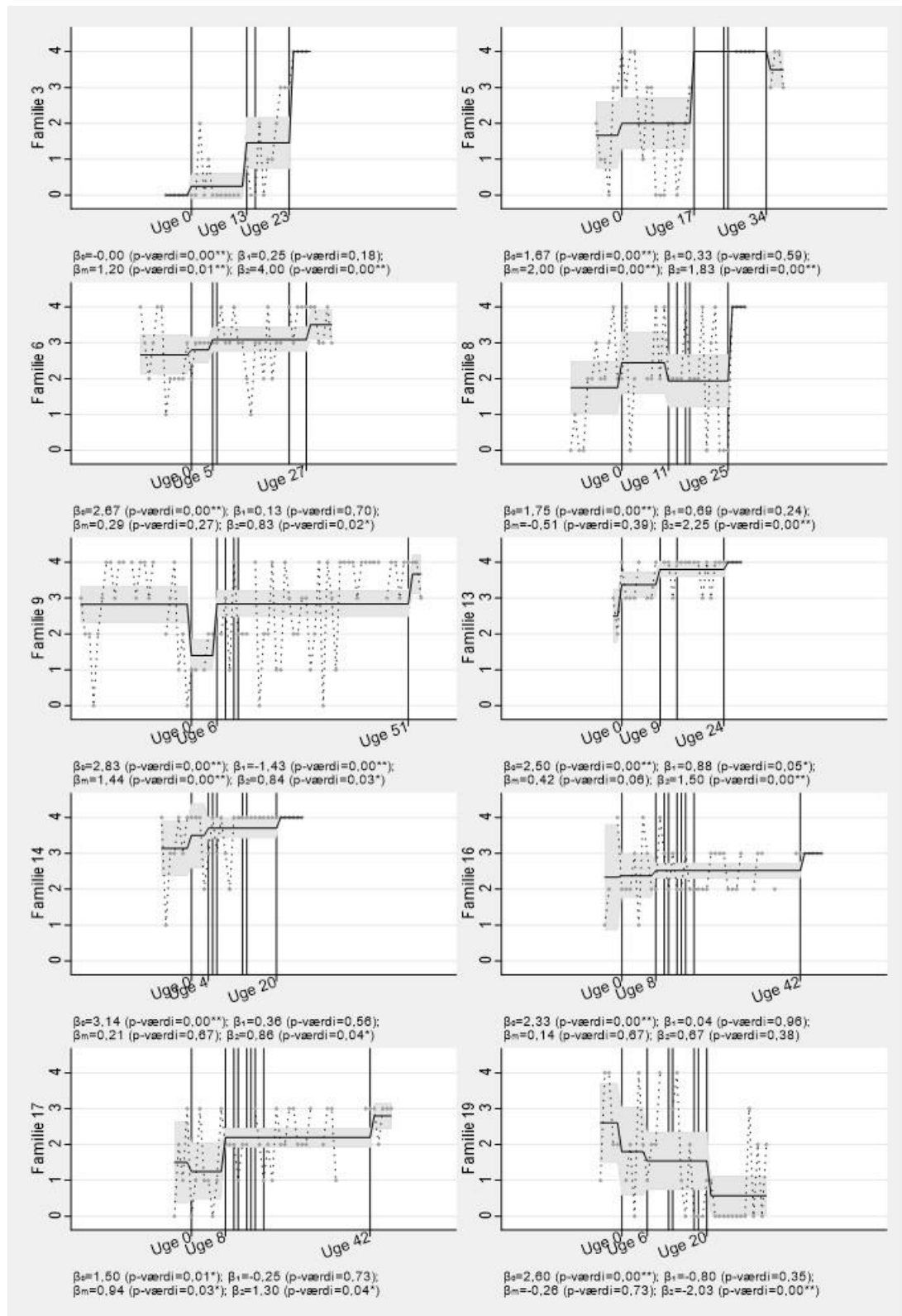
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 3.2 Udvikling i behandlingsmålet Tydelige beskeder for hver familie



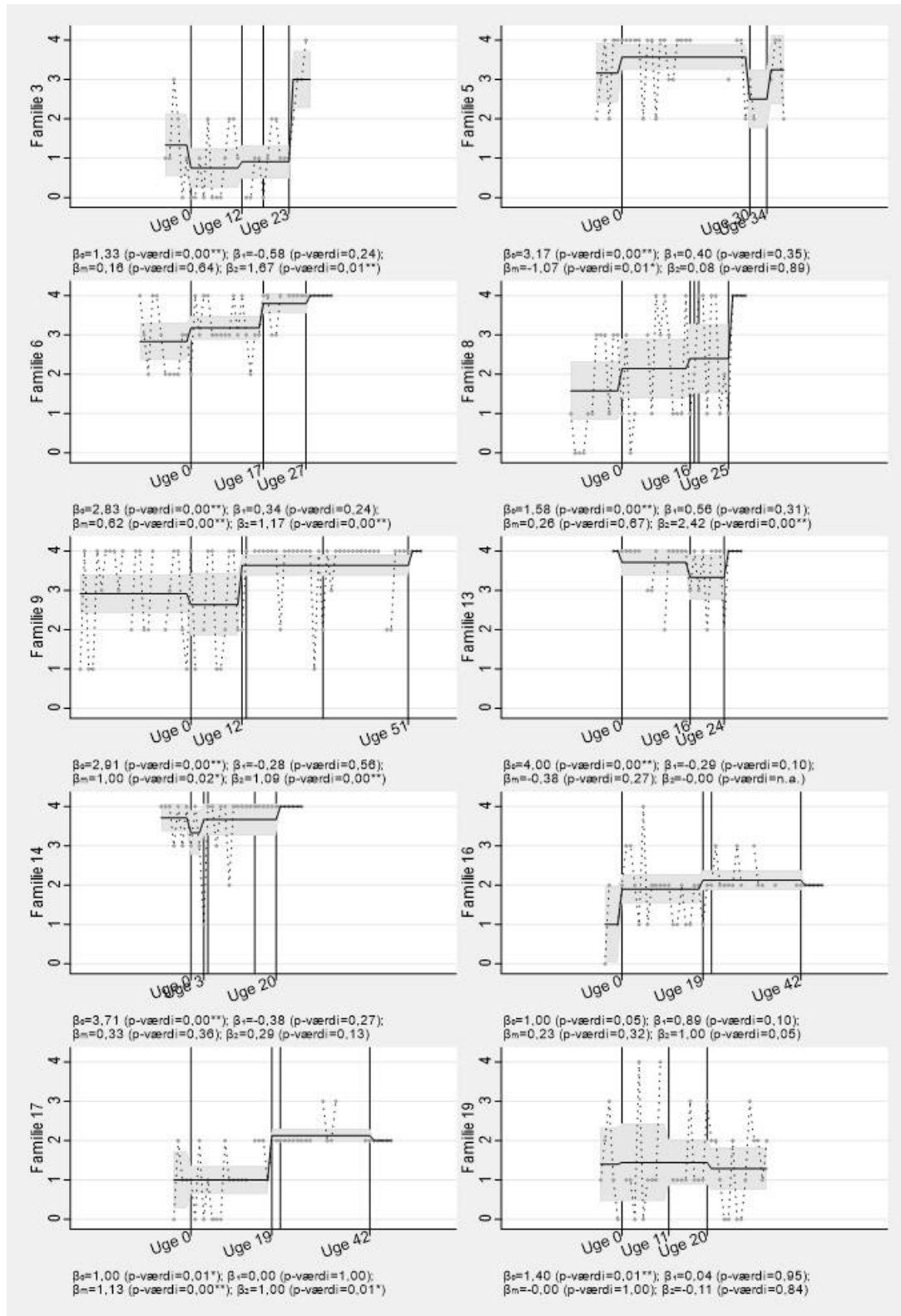
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 3.3 Udvikling i behandlingsmålet Ros og opmuntring for hver familie



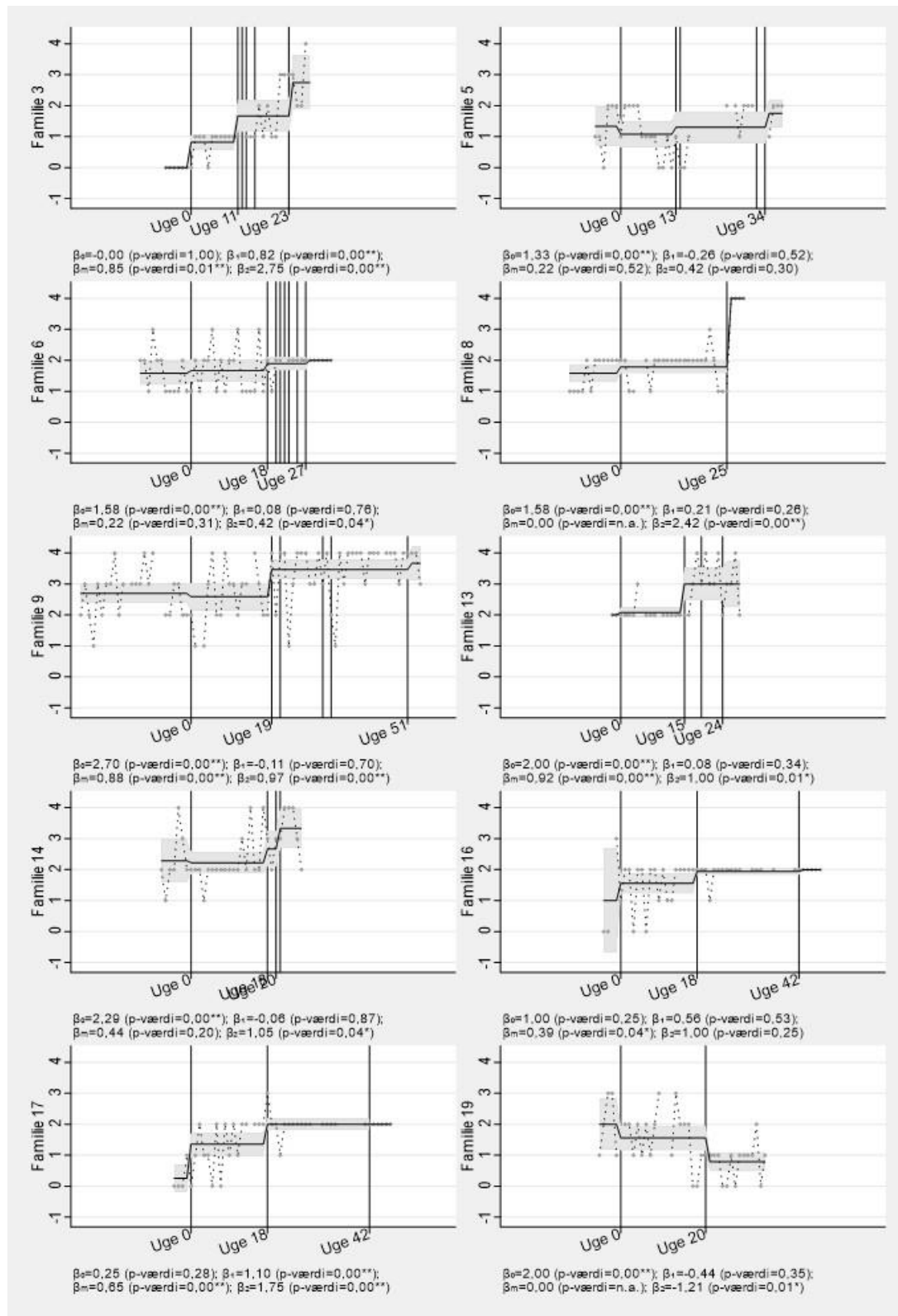
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 3.4 Udvikling i behandlingsmålet Regulering af følelser for hver familie



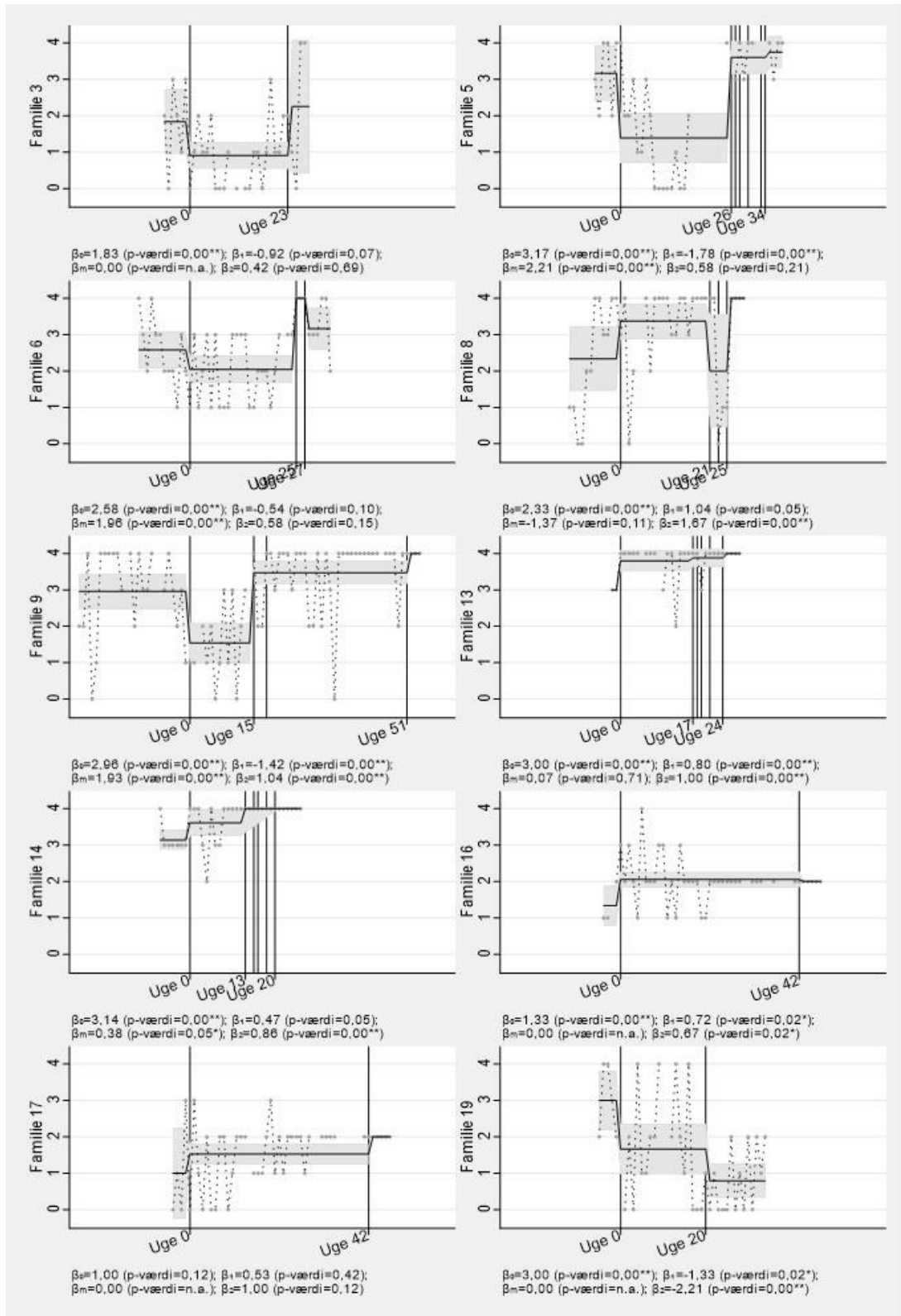
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 3.5 Udvikling i behandlingsmålet Problemløsning for hver familie



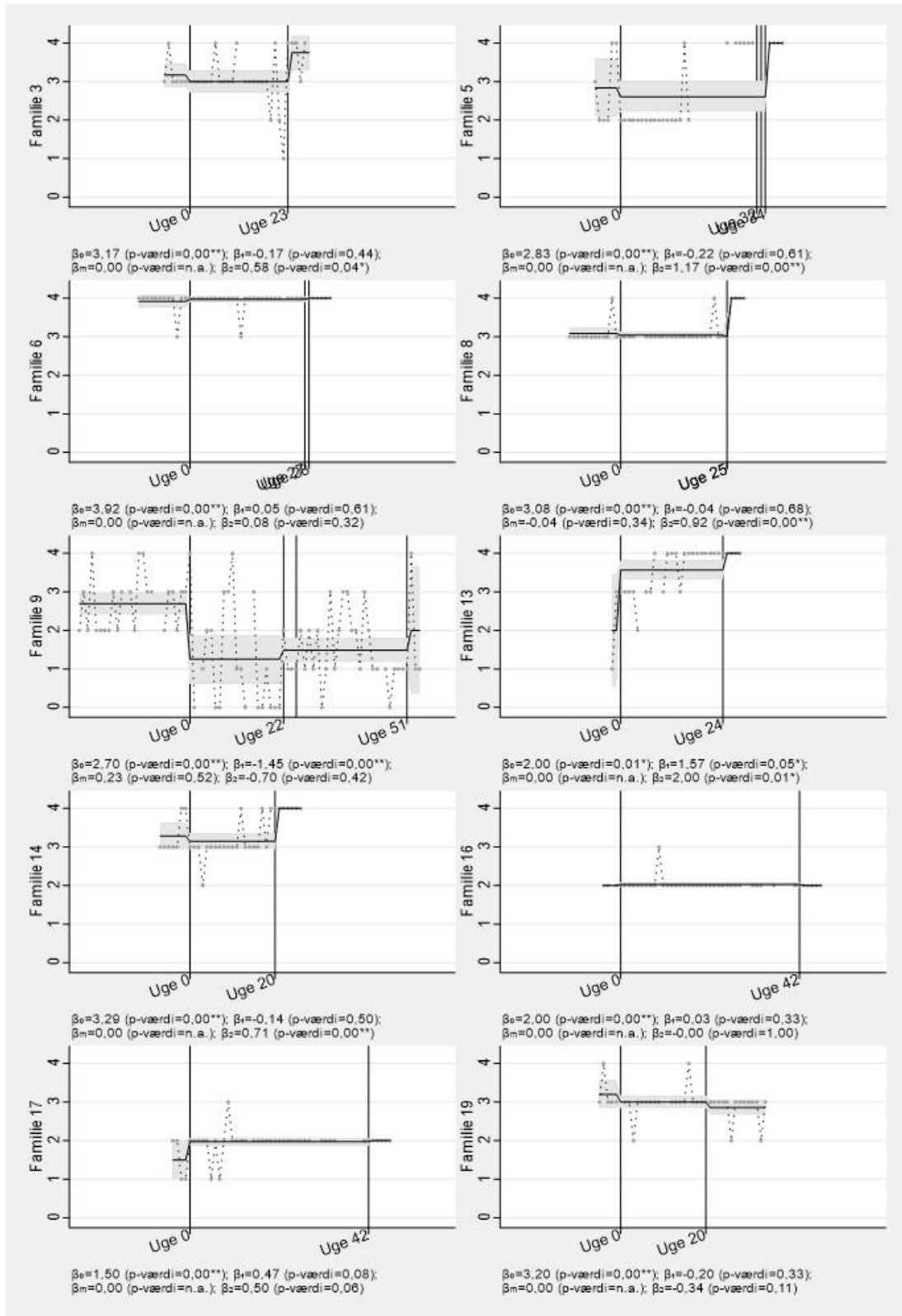
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 3.6 Udvikling i behandlingsmålet Grænsesætning for hver familie



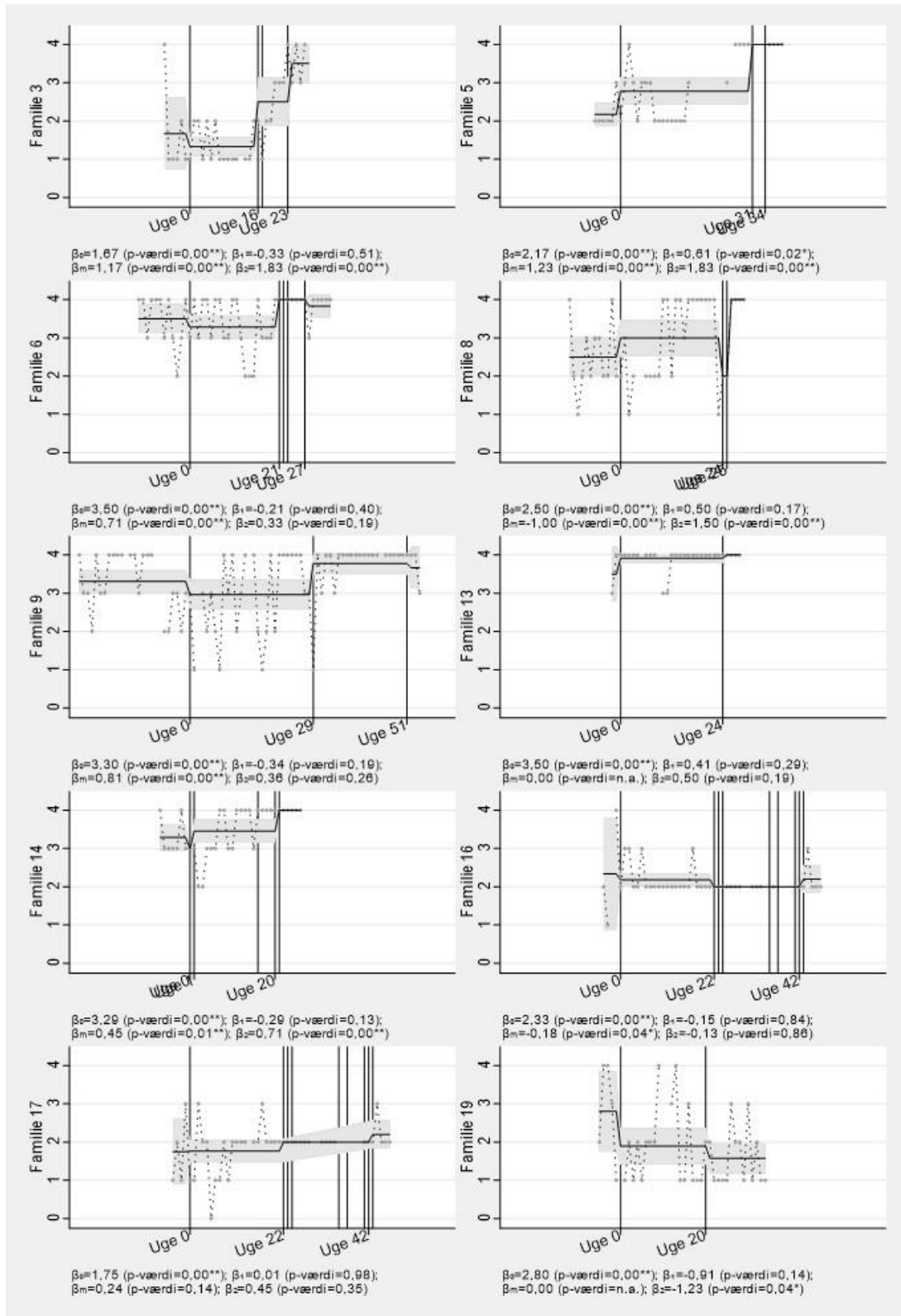
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret *, og 1% signifikansniveau er markeret **.

Bilagsfigur 3.7 Udvikling i behandlingsmålet Tilsyn og medleven for hver familie



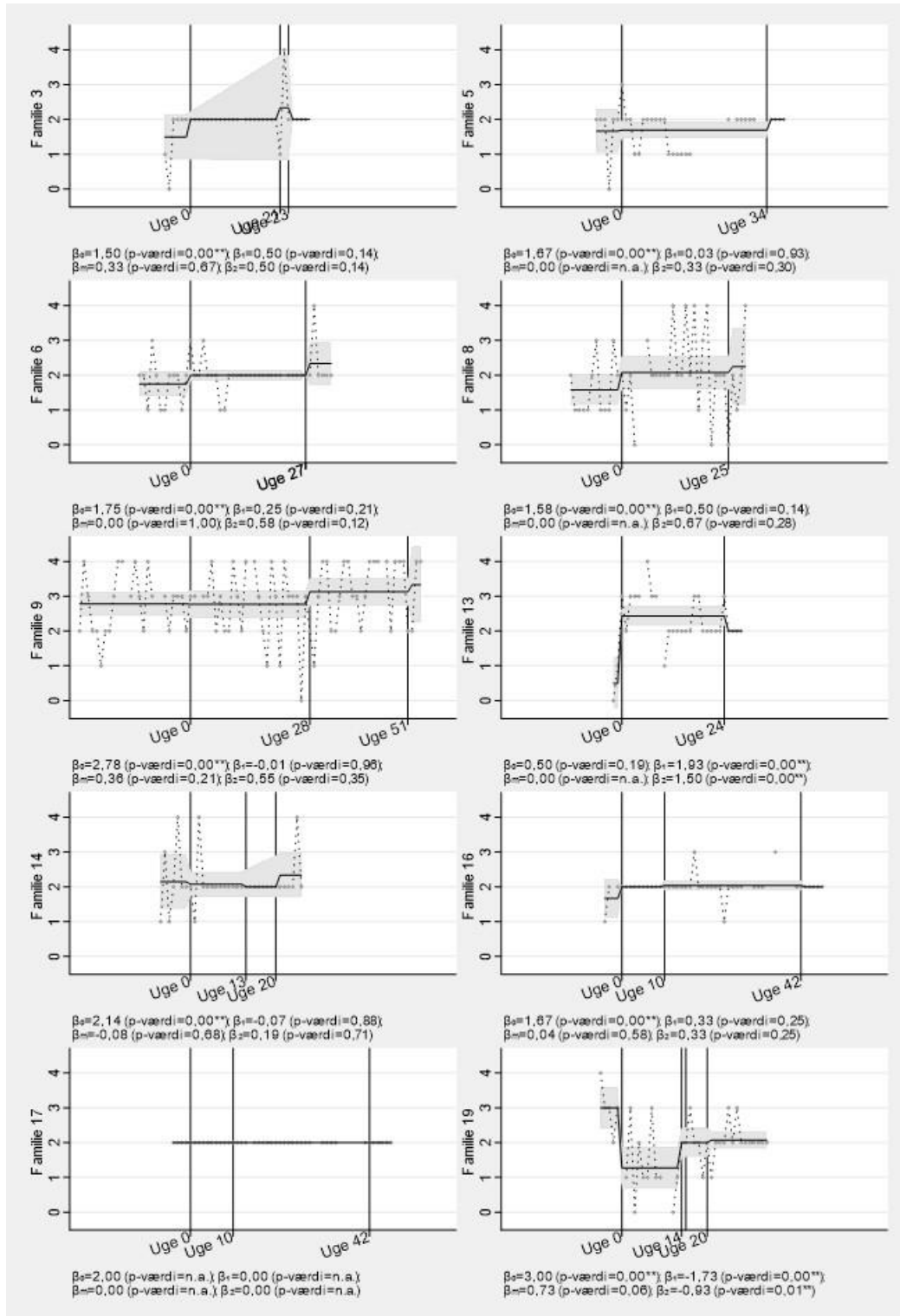
Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 3.8 Udvikling i behandlingsmålet Kommunikation for hver familie



Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_m$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m$ hvis $t_m \leq uge < t_1$, og $\beta_0 + \beta_1 + \beta_m + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

Bilagsfigur 3.9 Udvikling i behandlingsmålet Samarbejde med skole/uddannelse for hver familie



Note: Uge 0 viser familiens første uge i forløbet. Eventuelle markeringer midt i forløbet viser terapeutens introduktion og arbejde med den medierende komponent. Den sidste markering viser familiens sidste uge i forløbet. Gennemsnittet for tidssegmentet er illustreret med den flade linje og er lig β_0 , hvis $uge < 0$; $\beta_0 + \beta_1$ hvis $0 \leq uge < t_1$; $\beta_0 + \beta_1 + \beta_2$ hvis $t_1 \leq uge$. De tilhørende p-værdier angiver, om den marginale ændring er statistisk signifikant. Et 5 % signifikansniveau er markeret med *, og 1 % signifikansniveau er markeret med **.

VIVE

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD