

Sammenfatning

Effekten af familiebehandling i Danmark

Et felteksperiment med PMTO og anden familiebehandling



Malene Rudolf Lindberg, Maja Rich Molberg & Christoffer Scavenius

*Effekten af familiebehandling i Danmark – Et felteksperiment med
PMTO og anden familiebehandling*

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-652-8

Forsidefoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 100685

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.

Forord

Socialstyrelsen har gennem de seneste år implementeret en række evidensbaserede behandlingsmetoder for familier med børn og unge, som oplever adfærdsproblemer. Formålet er at højne kvaliteten og udbyttet af familiebehandlingsprogrammer i Danmark. Denne publikation sammenfatter resultaterne af den første effektmåling i Danmark af familieprogrammet Parent Management Training – Oregon (PMTO). Programmet er målrettet familier med 4-12-årige børn, der udviser begyndende eller udtalte adfærdsproblemer.

Vi vil sige stor tak til de 126 familier, som har deltaget i undersøgelsen og dermed gjort det muligt at belyse danske familiers udbytte af familiebehandling. Også stor tak til socialchefer, visitatorer og terapeuter i de 11 deltagende kommuner, som har hjulpet os med rekruttering og stillet op til interview. En række personer skal takkes for deres faglige input og gode kommentarer i forbindelse med evalueringen: Tak til Tine Nielsen, lektor i psykologi på Københavns Universitet, Gøye Thorn Svendsen, Socialstyrelsen, Kittie Carlson, Socialstyrelsen og PMTO-vejleder Christina Kjerholt.

Evalueringen er bestilt og finansieret af Socialstyrelsen, og sammenfatningen er udarbejdet af videnskabelig assistent Malene Rudolf Lindberg, studentermedhjælper Maja Rich Molberg og forsker og projektleder Christoffer Scavenius.

Kræn Blume Jensen

Forsknings- og analysechef for VIVE Social
2019

Indhold

1	Indledning.....	5
2	Et svar på adfærdsproblemer	6
2.1	Omfang og konsekvenser af adfærdsproblemer i Danmark.....	6
2.2	Familiebehandling til børn og familier berørt af adfærdsproblemer.....	6
2.3	PMTO-familiebehandling	7
2.4	Almindelig familiebehandling (TAU).....	8
3	Om felteksperimentet	9
3.1	Et randomiseret kontrolleret forsøg med to sammenlignelige grupper.....	9
3.2	Måling af problemniveau i familierne	9
4	Deltagere.....	11
4.1	Ingen forskelle mellem familierne før behandling	12
5	Resultater	13
5.1	Problemadfærd hos barnet	13
5.2	Eksternaliserende adfærd hos barnet.....	14
5.3	Internaliserende adfærd hos barnet.....	15
5.4	Sociale styrker og problemer hos barnet	16
5.5	Forældrenes mestringsevner og opdragelsesstile.....	18
6	Konklusioner.....	20
6.1	Markante reduktioner i børns adfærdsproblemer under behandling	20
6.2	Begrænsninger i studiet	20
6.3	De positive udviklinger fastholdes eller fortsætter efter behandling	21
6.4	Forældre får styrket mestring og anvender færre negative strategier	21
6.5	Både PMTO og almindelig familiebehandling har en god effekt.....	22
7	Perspektiver	23
7.1	Lignende resultater i norske, islandske og hollandske studier	23
7.2	Mange ligheder mellem PMTO og TAU i forhold til både teorier og værktøjer.....	23
7.3	Perspektiver fremadrettet.....	24
	Litteratur	25

1 Indledning

Adfærdsproblemer er blandt de mest udbredte udfordringer hos børn og unge i dag (Dick & Ferguson, 2015). Adfærdsproblemer hos et barn kan eksempelvis være, at barnet klynker, lyver, er trodsig, nægter at følge husreglerne, lukker sig inde i sig selv, får raserianfald, slås eller slår. Adfærdsproblemerne har mange personlige omkostninger for både børn og forældre samt væsentlige samfundsøkonomiske konsekvenser på langt sigt.

På det personlige plan trækker børn med adfærdsproblemer store veksler på familielivet, hvorfor disse forældre har større risiko for at udvikle stress og depression end andre (Benson & Karlof, 2009). Ligeledes er de daglige konflikter mellem barn og forældre med til at hæmme barnets udvikling og øge risikoen for diagnoser. Børn med adfærdsproblemer har også større sandsynlighed for at opleve problemer senere i livet, fx kriminalitet, misbrug af rusmidler, arbejdsløshed samt angst og depression. Samfundsøkonomisk har adfærdsproblemer hos børn også store konsekvenser. Dette skyldes, at de personlige problemer resulterer i øgede sociale udgifter og reducerede skatteindtægter. En succesfuld indsats på området vil således også have en positiv nettogevinst for samfundet (Rambøll, 2013).

International forskning har i mange år beskæftiget sig med, hvordan man bedst hjælper børn og unge med adfærdsproblemer. De seneste år har forskere verden over fundet evidens for, at familierterapi og familietræning kan forebygge, reducere og i nogle tilfælde helt afhjælpe problemadfærd hos børn og unge (Carr, 2000). Hertil har tæt samarbejde mellem forskere og praktikere resulteret i udviklingen af evidensbaserede familieindsatser såsom Parent Management Training – Oregon, PMTO. Programmet er udviklet på baggrund af over fire årtiers forskning i børns og familiers adfærd ved Oregon Social Learning Center (OSLC) i USA. PMTO er siden 2003 blevet implementeret i en række danske kommuner. I dag er PMTO et tilbud til familier med børn i alderen 3-17 år, der udviser begyndende eller udtalte adfærdsproblemer.

Denne sammenfatning opridser de vigtigste resultater af et randomiseret, kontrolleret forsøg, som har undersøgt effekterne af at tilbyde familier PMTO sammenlignet med almindelig kommunal familiebehandling kaldet Treatment As Usual (TAU). TAU er den mest almindelige form for familiebehandling i Danmark, da det er kommunernes standardtilbud til familier med problemadfærd. TAU-behandlingen er ikke rammesat, hvilket betyder, at forløbet varierer afhængig af familien og terapeuten. Derfor dækker TAU behandling over mange forskellige former for forløb, hvor der kan trækkes på flere forskellige terapeutiske tilgange.

Undersøgelsen er den første større danske evaluering af behandlingsprogrammet. Formålet er at undersøge PMTO-behandlingens effekt i en dansk kontekst samt at sammenligne PMTO- med TAU-behandlingen. Mange amerikanske studier har konkluderet, at PMTO-behandlingen er effektiv i forhold til ingen behandling (Patterson, 2005). Omvendt finder europæiske studier fra Island, Norge og Holland mindre eller ingen forskel mellem PMTO og anden familiebehandling (Hagen, Ogden & Bjørnebekk, 2011; Sigmarisdóttir m.fl., 2013, 2015; Thijssen m.fl., 2016). Da resultaterne på området peger i flere retninger, er det relevant at undersøge, hvorvidt PMTO-behandlingen har en positiv effekt på danske familier i adfærdsproblemer sammenlignet med TAU-behandlingen.

Dette er den anden udgivelse, der omhandler undersøgelsen. Den første udgivelse (Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017) beskriver forsøgsdesignet og resultaterne af familiernes udvikling over det første år. Flere udgivelser er undervejs, herunder forskningsartikler, som uddyber resultaterne i denne sammenfatning. Disse publikationer vil løbende blive udgivet på <https://vive.dk/udgivelser/>.

2 Et svar på adfærdsproblemer

2.1 Omfang og konsekvenser af adfærdsproblemer i Danmark

Adfærdsproblemer hos børn, både eksternaliserende og internaliserende adfærd, er et voksende problem i familier og kommuner i Danmark. Eksternaliserende adfærd kan eksempelvis komme til udtryk ved problemer med impuls kontrol eller aggressiv, antisocial og underkontrolleret adfærd hos børn. Internaliserende adfærd kan vise sig som overkontrolleret adfærd, ængstelighed, tristhed eller angst. Det anslås, at mindst 2-4 pct. af alle børn i Danmark har en adfærdsforstyrrelse¹. Eksternaliserende adfærd er særlig udbredt hos drenge, og drenge udvikler typisk adfærdsproblemer tidligere end piger (Furlong m.fl., 2010).

Adfærdsproblemer i familien betyder, at både børn og voksne har øget risiko for en række negative konsekvenser på både kort og langt sigt. I Norge har man fx fundet, at børn, som udviser problemadfærd, har større sandsynlighed for senere i livet at opleve problemer med rusmidler, kriminalitet, arbejdsløshed, angst og depression end andre børn. Der er også forøget risiko for problemfyldte relationer til egne børn senere i livet og for at få et kortere liv end befolkningen i øvrigt (Skogen & Torvik, 2013). Herudover har forældre til børn med adfærdsproblemer øget risiko for at udvikle stress og depression end andre forældre (Benson & Karlof, 2009).

Ud over de store personlige omkostninger har adfærdsproblemer hos børn også store samfundsøkonomiske konsekvenser, fx i form af øgede sociale udgifter og reducerede skatteindtægter. En analyse har vurderet, at hvis 5.000 børn oplever positive effekter af familiebehandling som PMTO, vil nettogevinsten beløbe sig til omkring 729 mio. kr. (Rambøll, 2013).

Behandling af familier med børn med adfærdsproblemer kan forebygge eller afhjælpe negative konsekvenser og styrke både børn og forældre. Det forudsætter dog, at de tilbydes en behandling, som virker. Denne sammenfatning opridses resultater fra et forsøg med familiebehandling i Danmark, som har undersøgt effekten af PMTO og almindelig familiebehandling, TAU.

2.2 Familiebehandling til børn og familier berørt af adfærdsproblemer

Danske kommuner har gennem flere årtier tilbudt familiebehandling til familier berørt af adfærdsproblemer hos børn og unge. Familiebehandling foregår typisk i kommunernes familiehus, hvor familierne over en periode mødes jævnligt med en af kommunens familiebehandlere, der typisk har en baggrund som psykolog eller pædagog med efteruddannelse.

Studier af børn og forældre har fundet, at når forældre er inkonsistente og har et negativt fokus i opdragelsen, fører det ofte til udvikling af adfærdsproblemer hos børn (Campbell, 1995; Capaldi, 1991, 1992; Capaldi & Stoolmiller, 1999; Dishion & Patterson, 1999). I familiebehandlingen arbejder man med at give forældrene kompetencer til at forebygge, reducere eller ende problemadfærd og negative samspilsmønstre gennem terapeutisk behandling. Familiebehandling kan indeholde elementer som samtale, rollespil, videooptagelser og hjemmeopgaver, som familien løser i fællesskab. Familiebehandling har flere fordele såsom, at den både kan anvendes som forebyggende og behandlende indsats, og fordi den arbejder med hele familien og ikke kun med det familiemedlem, som udviser symptomer.

¹ Jævnfør <https://vidensportal.dk/temaer/udadreagerende-adfaerd>

2.3 PMTO-familiebehandling

Siden 2003 har en række danske kommuner implementeret familiebehandlingsprogrammet PMTO som et tilbud til familier med børn i alderen 4-12 år, der udviser adfærdsproblemer. Målgruppen er siden blevet udvidet aldersmæssigt, så familier til børn og unge mellem 3 og 17 år kan tilbydes et PMTO-forløb. Denne udvidelse af målgruppen skete, mens undersøgelsen var undervejs, hvilket er årsagen til, at undersøgelsens målgruppe fortsat er familier med børn i alderen 4-12 år.

PMTO er et principbåret program, som justeres til den enkelte familie. Hensigten med principperne er, at forældre systematisk trænes i en række enkle og klart definerede forældrefærdigheder og herigennem kan erstatte indgroede, negative reaktionsmønstre med nye, positive og strategiske reaktioner. Barnet deltager ikke nødvendigvis direkte i behandlingen, men gennem de ændrede samspilmønstre i familien kan man forebygge, reducere eller stoppe problemadfærd hos børn. I PMTO arbejder en certificeret PMTO-terapeut med forældrene i familien ud fra et struktureret program, hvor fastlagte temaer gennemgås, og bestemte kompetencer tillæres i et intensivt forløb. Forløbet har en varighed på gennemsnitligt 23 uger, hvor terapeut og familie mødes hver uge. Derfor vil et gennemsnitligt PMTO-forløb være afsluttet efter 7 måneders varighed (Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017: s. 24).

I PMTO trænes forældre i en række færdigheder, som bygger oven på hinanden ud fra en principbåren plan. Principperne i planen danner udgangspunkt for behandlingen, men de enkelte elementer kan tilpasses den enkelte familie. Fem kerneelementer er en fast del af PMTO-behandling, mens syv støtteelementer kan inddrages i behandlingen efter familiens behov.² Disse elementer er vist i Tabel 2.1.

Tabel 2.1 De 5 kerneelementer og de supplerende støtteelementer i PMTO-familiebehandling.

Kerneelementer	Støtteelementer
Ros og opmuntring	For- og efterundersøgelse
Grænsesætning (disciplin)	Tydelige beskeder
Problemløsning	Kommunikation med børn
Positiv involvering	Regulering af følelser
Tilsyn og medleven	Forældrekonflikter
	Forhold til søskende
	Daginstitution og skole

Kilde: Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017: s. 31f.

PMTO er afprøvet og evalueret i praksis med gode resultater, særligt i USA, hvor programmet er udviklet. Derfor omtales PMTO-behandlingen ofte som en evidensbaseret indsats, fordi der er empirisk dokumentation for, at PMTO kan hjælpe familier med børn, som udviser problemadfærd (Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017; Patterson, 2005). Forsøg med PMTO har også vist, at effekten af PMTO er større end andre behandlingsformer, der tilbydes til børn og familier rundt omkring i verden.

Sigmarsdóttir m.fl. (2019) har for nyligt vist, at terapeuternes tilegnelse af PMTO-metoden og arbejde med PMTO i de danske kommuner har været særlig succesfuld. At terapeuterne tilegner sig programmet og følger dets retningslinjer, også kaldet fidelitet, har vist sig at være afgørende for, hvor stor en effekt forældre og børn får af at deltage i programmet. Den høje fidelitet blandt de

² Den interesserede læser kan finde mere indgående viden om PMTO på Socialstyrelsens hjemmeside: <https://socialstyrelsen.dk/tvaergaende-omrader/dokumenterede-metoder-born-og-unge/om-dokumenterede-metoder/pmto> eller hos program-ejerne: <http://www.blueprintsprograms.com/factsheet/generationpmto>

danske PMTO-terapeuter giver derfor optimale betingelser for, at familierne kan opnå samme positive effekt i forhold til at mindske barnets problemadfærd, som vi har set i andre studier.

2.4 Almindelig familiebehandling (TAU)

Den mest almindelige form for familiebehandling i Danmark er ikke-manualbaseret familiebehandling, her kaldet "Treatment As Usual", og forkortet TAU. Den største forskel mellem PMTO og TAU er, at sidstnævnte ikke er rammesat, dvs. længden, mødehyppigheden og indholdet varierer alt efter familie og terapeut. Terapeuterne er heller ikke certificeret på én bestemt måde. Vi har i forbindelse med undersøgelsen af PMTO interviewet en række TAU-terapeuter for at afdække indholdet i de forløb, som TAU-visiterede familier har modtaget. Interviewundersøgelsen har vist, at terapeuterne trækker på forskellige terapeutiske tilgange, herunder systemiske, narrative og mentaliseringsorienterede traditioner (Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017). Forløbene struktureres ud fra den enkelte families behov og ønsker og planlægges ofte ad hoc. Forløbene kan derfor have en varighed på alt fra 5 til 50 uger (ibid.). Undersøgelsen fandt desuden, at TAU-familiebehandling i højere grad end PMTO inddrager barnet i behandlingen og også kan inkludere andre familiemedlemmer ud over forældrene, fx bedsteforældre (ibid.). Undersøgelsen fandt samtidig en lang række ligheder mellem indholdselementerne og det teoretiske udgangspunkt for begge behandlingsformer, hvorfor den primære forskel er, at PMTO-behandlingen er mere rammesat og struktureret end TAU (ibid.).

VIVE har med dette felteksperiment undersøgt effekten af PMTO-behandling i sammenligning med anden familiebehandling, TAU, i Danmark.

3 Om felteksperimentet

3.1 Et randomiseret kontrolleret forsøg med to sammenlignelige grupper

Felteksperimentet er designet som et randomiseret kontrolleret forsøg. Det indebærer, at vi først etablerede to sammenlignelige grupper, hvor den ene fik PMTO-behandling, og den anden fik TAU-behandling. I forsøget deltog 126 familier fra 11 kommuner i Danmark. Kommunerne tilbød alle både PMTO- og TAU-behandling til familier med børn, der udviser adfærdsproblemer, og ved lodtrækning blev familierne randomiseret til enten familiebehandling med PMTO eller almindelig familiebehandling, TAU. Den interesserede læser kan finde indgående viden om forsøgets design og rekruttering af kommuner og familier i *"Midtvejsevaluering af bedre familiebehandling"* (Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017).

3.2 Måling af problemniveau i familierne

Problemniveauet hos både børn og forældre i de 126 familier er blevet målt på tre tidspunkter: før behandlingens opstart, efter 7 måneder og yderligere et år efter. Dermed afdækker vi både umiddelbare forandringer hos børn og forældre samt ser på, om ændringerne holder ved over tid. For familierne i PMTO-behandling betyder det, at vi måler dem før behandlingen, efter 7 måneder, hvor den gennemsnitlige PMTO-behandling vil være nyligt afsluttet, samt et år efter endt behandling. Da TAU-behandlingens længde varierer fra 5 til 50 uger, ved vi ikke præcist, hvor i behandlingsforløbet familierne er, når vi måler problemniveauet efter 7 måneder og efter yderligere et år. For nu antager vi, at familierne i TAU-behandling også måles før behandling, umiddelbart efter behandlingens afslutning samt et år efter endt behandling. Indvirkningen af dette på undersøgelsens resultater vil blive uddybet i konklusionerne.

Målet med familiebehandling er at reducere problemadfærd hos barnet. Styrkelse af forældrenes kompetencer er midlet til at nå dette mål jf. forandringsteorien i familiebehandling (Dishion & Patterson, 1999). Vi undersøger derfor udviklingen for begge dimensioner. Hertil anvendes et spørgeskema, som inkluderer en række validerede måleinstrumenter. Undersøgelsen har set på udviklingen i problemniveauer for i alt syv forskellige instrumenter, der afdækker i alt 20 dimensioner af barnets adfærd og forældrenes kompetencer, mentale helbred og trivsel. I denne sammenfatning fremhæves de vigtigste resultater, som bygger på følgende instrumenter:

- **Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ:** Måler bl.a. samlet problemadfærd, generelle eksternaliserende og internaliserende adfærdsproblemer hos barnet og barnets sociale styrkesider. For øvrige underskalaer (følelsesmæssige symptomer, adfærdsmæssige symptomer, hyperaktivitet/opmærksomhedsvanskeligheder og vanskeligheder i forhold til jævnaldrende) se Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017: s. 35 og SDQ DAWBA, 2019.
- **Brief Problem Monitor, BPM (Child Behavior Checklist, CBCL):** Barnets generelle eksternaliserende og internaliserende adfærd måles med BPM, som er en forkortet udgave af CBCL. Herudover benyttes CBCL til at afdække niveauet af sociale problemer hos barnet.
- **Parenting Sense of Competence Scale, PSOC – efficacy scale:** PSOC – efficacy scale er et generelt mål for forældrenes mestringsevne i forhold til forælderrollen. PSOC-skalaen har to dimensioner, hvor den ene afdækker forældres mestringsevne og den anden forældres tilfredshed med forælderrollen. Af pladsbesparende hensyn er tilfredsheds-dimensionen ikke medtaget i undersøgelsen.

Desuden belyses forældres opdragelsesstile gennem spørgsmål om forekomst og hyppighed af handlinger såsom at skælde barnet ud og tage hårdt fat eller slå barnet. Yderligere viden om de anvendte instrumenter og beregninger for alle instrumenter findes i Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017.

4 Deltagere

I alt deltog 11 kommuner i felteksperimentet. De 11 kommuner udbyder både PMTO og anden familiebehandling til familier med børn, der udviser adfærdsproblemer. Sagsbehandlere i de 11 kommuner rekrutterede i perioden 2012-2015 i alt 126 familier med børn i alderen 4-12 år til forsøget. Disse familier blev efter visitation henvist til både PMTO og anden familiebehandling, TAU. Ved lodtrækning blev der udvalgt 64 familier, der blev tilbudt PMTO-behandling, mens 62 familier blev tilbudt TAU-behandling.

Figur 4.1 viser karakteristika ved deltagerfamilierne før behandling, fordelt efter om familierne blev randomiseret til PMTO- eller TAU-behandling. De gule linjer viser gennemsnittet for befolkningen generelt. Data er rapporteret af én af forældrene i familien, her kaldet primærforælderen, som typisk (i 90 pct. af tilfældene) har været barnets mor.

Alder: Forældrene i forsøget er gennemsnitligt knap 40 år. Mødrene er i slutningen af 30'erne, og fædrene er omkring 40 år. Familierne bliver typisk henvist til familiebehandling, når barnet er 8 år.

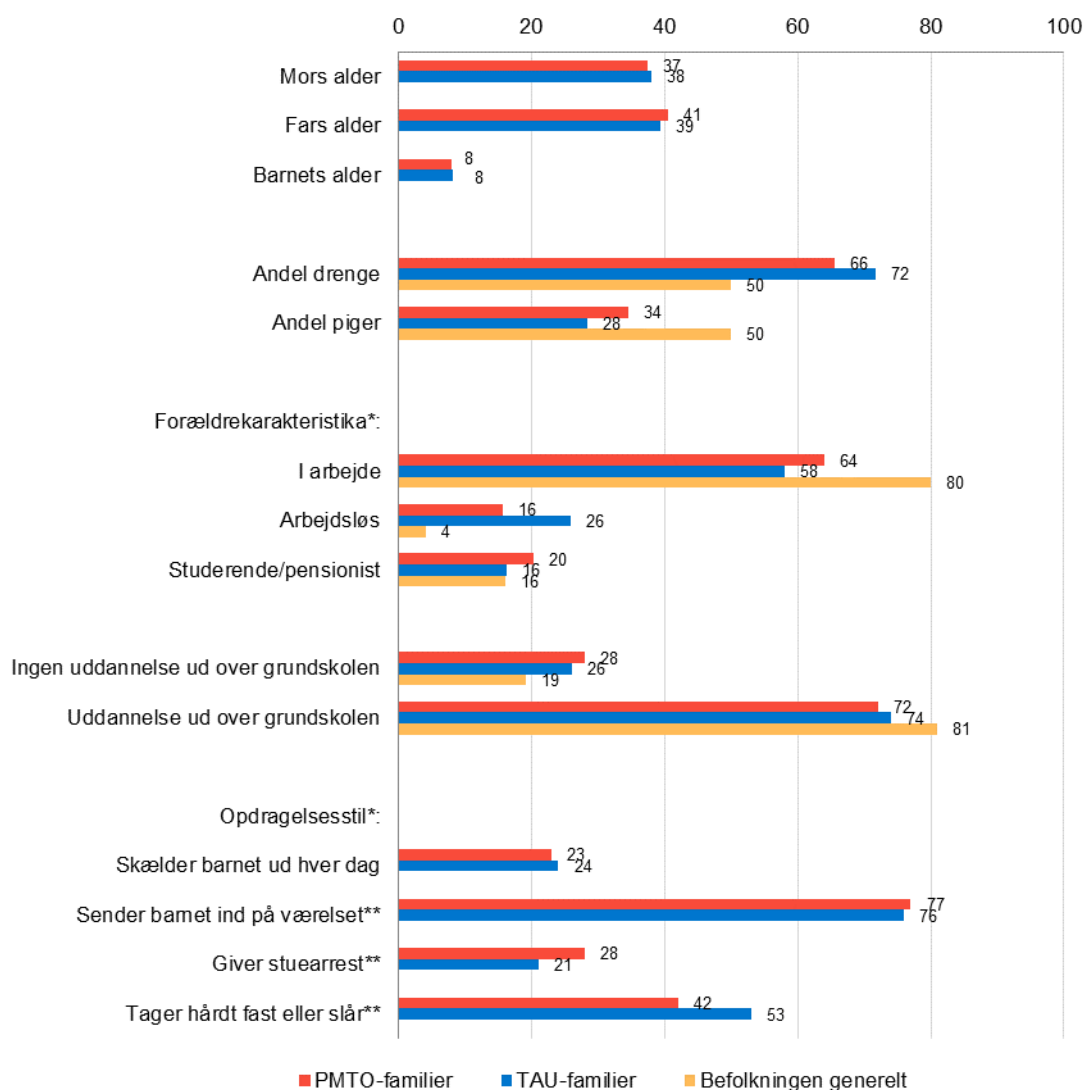
Køn: Familier med drenge (PMTO 66 pct.; TAU 72 pct.) bliver oftere henvist til familiebehandling end familier med piger (PMTO 34 pct.; TAU 28 pct.). For hver gang, der bliver henvist én pige til familiebehandling, bliver to drenge henvist. Det skyldes formentligt, at forsøgets målgruppe er 4-12-årige børn, og at tidlige adfærdsproblemer er mest udbredt hos drenge, mens piger først udviser adfærdsproblemer i teenageårene.³

Forældrekarakteristika: Primærforælder (typisk mor) er ofte ikke i arbejde (PMTO 64 pct.; TAU 54 pct.) end befolkningen generelt (80 pct.). Der er ca. 5 gange flere arbejdsløse primærførelde (PMTO 16 pct.; TAU 26 pct.) i forhold til befolkningen generelt (4 pct.), og lidt flere er uden for arbejdsmarkedet, fx studerende eller pensionister. Primærførelde har også et lidt lavere uddannelsesniveau end befolkningen generelt, idet færre har en uddannelse ud over grundskolen (PMTO 28 pct.; TAU 26 pct. i forhold til 19 pct. i befolkningen generelt).

Opdragelsesstil: Primærførelde opdragelsesstil inden behandlingsstart er også blevet undersøgt. Næsten en fjerdedel tilkendegiver, at de skælder barnet ud hver dag (PMTO 23 pct.; TAU 24 pct.). Opdragelsesstrategier som at sende barnet ind på værelset og give stuearrest mindst én gang om måneden anvendes af hhv. tre fjerdedele (sende barnet ind på værelset: PMTO 77 pct.; TAU 76 pct.) og en fjerdedel (stuearrest: PMTO 28 pct.; TAU 21 pct.). Næsten halvdelen af primærførelde tilkendegiver, at de tager hårdt fat i barnet eller slår mindst én gang om måneden (PMTO 47 pct.; TAU 53 pct.). Det peger på, at der forekommer både grove og mindre grove overgreb mod børn i mange af familierne, inden de begynder i behandling. Med familiebehandling får man altså fat i en målgruppe, hvor der er behov for tillæring af nye forældreferdigheder, som kan erstatte de negative adfærdsmønstre.

³ Jævnfør studier på norske data (Norges Forskningsråd, 1998).

Figur 4.1 Deltagerkarakteristika for familier i PMTO-behandling, TAU-behandling og befolkningen generelt. Før behandling. Rapporteret af primærforælder. Pct. (alder i år).



Anm.: N = 126. PMTO: N = 64, TAU: N = 62. Der er ingen signifikante forskelle mellem udgangspunkterne for PMTO-familier og TAU-familier på nogen af de rapporterede variable

Note: * Karakteristika ved primær forælder (typisk mor).

** Mindst én gang om måneden.

Kilde: Egne beregninger på egne data. Befolkningsdata fra Danmarks Statistik.

4.1 Ingen forskelle mellem familierne før behandling

Der er ingen signifikante forskelle mellem den gruppe af familier, der fik tilbudt PMTO-behandling, og den gruppe, som fik tilbudt TAU-behandling. Dog skiller familierne sig ud fra befolkningen generelt på en række områder. Eksempelvis er det i højere grad familier med drenge end med piger, der visiteres til familiebehandling, og primærforælderen i familierne er oftere arbejdsløs og har oftere grundskole som højest fuldførte uddannelse, end hvad vi ser i befolkningen generelt.

5 Resultater

Forsøget finder, at alle familier i familiebehandling oplever en signifikant positiv udvikling, mens de er i behandling. Det gælder både familier, der har modtaget PMTO-behandling, og familier, der har modtaget almindelig familiebehandling, TAU.

Et år efter at behandlingen afsluttes, er problemniveauet i familierne stadig signifikant reduceret. På nogle områder fortsætter den positive udvikling i familierne efter endt behandling, og på andre områder fastholdes det nye, forbedrede niveau, et år efter at behandlingen er afsluttet. Der er en tendens til, at fortsat udvikling efter behandling ses lidt mere hos PMTO-familier, mens udviklingen hos TAU-familier er mere koncentreret omkring behandlingstidspunktet. Forskellene er dog små.

Her gennemgås udviklingen for familier i PMTO- og TAU-behandling i forhold til forskellige dimensioner af adfærd hos barnet og forældrekompetencer. Adfærdsændringer hos barnet er det primære formål i familiebehandling, og styrkede forældrekompetencer ses som en forudsætning for at nå dette mål. Derfor rapporteres både ændringer i børns adfærd og i forældres mestringsevner og opdragelsesstil.

5.1 Problemadfærd hos barnet

Det primære formål med familiebehandling er adfærdsændringer i familien og hos barnet. SDQ's samlede problemscore fortæller noget om det overordnede problemniveau i barnets adfærd. Figur 5.1 viser den samlede problemscore før behandling, efter 7 måneder og ved opfølgning et år efter endt behandling for børn i familier, der har modtaget hhv. PMTO og TAU. Den stiplede linje nederst i billedet viser grænsen til normalområdet, som er defineret ved grænsen mellem de 85 pct. af børn i Danmark, der har adfærd inden for normalområdet, og de 15 pct., der udviser problematisk adfærd. Skalaen går fra 0-40 point, og grænsen til normalområdet i Danmark går ved en score på 10 point for målgruppen i forsøget. Scorer højere end 10 point indikerer problematisk adfærd.

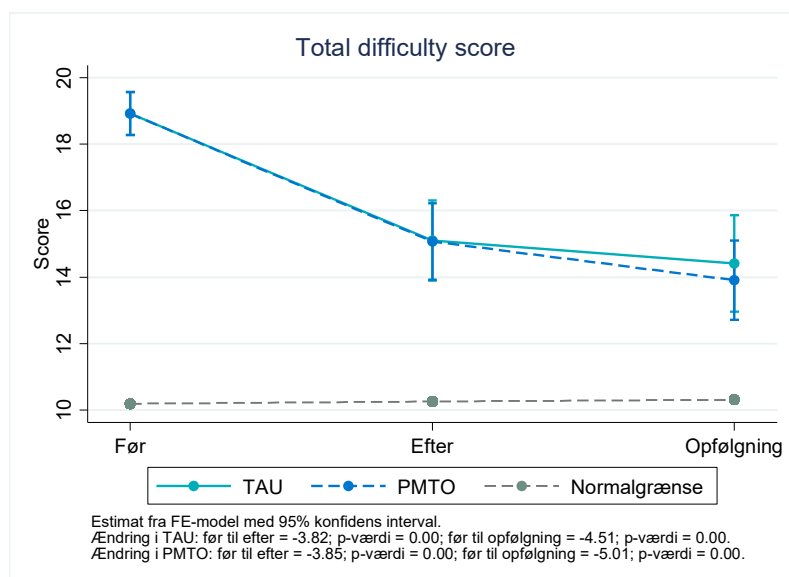
Der er ikke forskel på problemniveauet i de to grupper før behandling. Alle børnene udviser et meget højt problemniveau, når de visiteres til familiebehandling, hvilket viser sig i en gennemsnitlig samlet problemscore på omkring 19 point; 9 point over grænsen til normalområdet. Sammenligninger til normscorer for danske børn viser, at børnene, der visiteres til PMTO og anden familiebehandling, hører til blandt de 5 pct. af danske børn med flest adfærdsproblemer.⁴

I løbet af behandlingen reduceres adfærdsproblemer hos børn i PMTO-behandling i gennemsnit med 3,85 point på skalaen, mens adfærdsproblemer hos børn i TAU-behandling i gennemsnit reduceres med 3,82 point. Reduktionerne for begge grupper er signifikante, mens forskellen mellem grupperne ikke er statistisk signifikant.

Ved opfølgning et år efter endt behandling er der sket yderligere forbedringer for begge grupper. Vi ser en lidt større reduktion for børn, hvor familien har modtaget PMTO-behandling, end for børn, hvor familien har modtaget TAU. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant.

⁴ Scorer for 5-7-årige drenge og piger fra http://www.sdqinfo.com/norms/SDQ_Danish_frequency_distribution_5_7_year_olds.pdf

Figur 5.1 Udvikling i samlet SDQ problemscore for børn i familier i hhv. PMTO- og TAU-behandling. Før, efter og ved opfølgning et år efter endt behandling. Point.



Anm.: N = 126. PMTO: N = 64, TAU: N = 62.

Note: Skala 0-40. Normalgrænse: 10 point (vægtet ift. deltagergruppen i forsøget). Normalgrænsen er defineret ved grænsen mellem de 85 pct. af danske børn med få til ingen problemer og de 15 pct. af danske børn med flest problemer.

Kilde: Egne beregninger.

Samlet set ser vi, at både børn i PMTO og almindelig familiebehandling, TAU, oplever en signifikant reduktion i problemadfærd under behandling, og at den positive udvikling fortsætter – om end i et lavere tempo – efter endt behandling. Det viser, at familierne får stort udbytte af familiebehandling, og at de formår at fastholde og anvende nye forældrekompetencer efter endt behandling. Børnenes problemniveauer er væsentligt reduceret, men ligger stadig noget højere end normalområdet et år efter endt behandling.

5.2 Eksternaliserende adfærd hos barnet

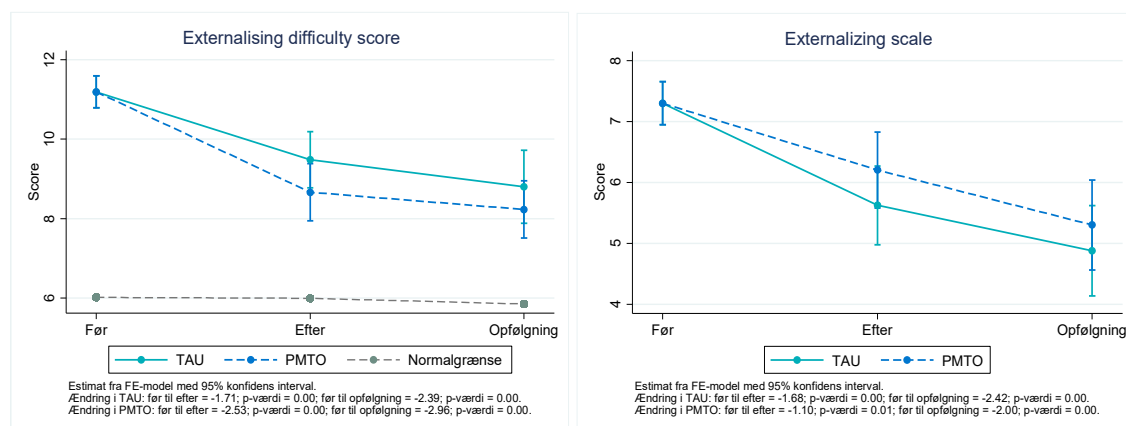
Eksternaliserende eller udadreagerende adfærd hos børn er adfærdsmønstre, som opleves aggressive eller voldsomme af omgivelserne, og som bryder med gældende regler, normer og forventninger til barnet. Vi har målt udviklingen i eksternaliserende adfærd hos børn i deltagerfamilier med to forskellige måleredskaber, nemlig SDQ (til venstre i Figur 5.2) og BPM (til højre i Figur 5.2).

Børn i familier, som visiteres til både PMTO og TAU, har meget forhøjede eksternaliserings scorer, når de begynder i behandling. På SDQ-skalaen (0-20) scorer børnene i gennemsnit 11 point, mens de på BPM-skalaen (0-14) scorer lidt mere end 7 point. Værdierne kan ikke direkte sammenlignes, men vidner begge om et meget højt niveau af eksternaliserende adfærd. For SDQ har vi danske normtal at sammenligne med. Grænsen mellem normaladfærd og problematisk adfærd er i Danmark sat til 6 point af SDQ sekretariatet.⁵ Med en gennemsnitsscore på 11 point tilhører børnene i familiebehandling en gruppe, der har markant voldsommere og mere aggressive adfærdsmønstre end en alderssvarende børnegruppe i Danmark. Reelt er børnene blandt de 5 pct. med flest adfærdproblemer i Danmark.⁶

⁵ http://www.sdqinfo.com/norms/SDQ_Danish_cut_off_scores_5_7_year_olds.pdf

⁶ Jævnfør frekvensdistributioner fra http://www.sdqinfo.com/norms/SDQ_Danish_frequency_distribution_5_7_year_olds.pdf

Figur 5.2 Udvikling i eksternaliserende adfærd hos børn i familier i hhv. PMTO- og TAU-behandling. Før, efter og ved opfølgning et år efter endt behandling. Målt med instrumenterne SDQ (til venstre) og BPM (til højre). Point.



Anm.: N = 126. PMTO: N = 64, TAU: N = 62.

Note: SDQ (til venstre): skala 0-20, normalgrænse 6 point (vægtet ift. deltagergruppen i forsøget). BPM (til højre): skala 0-14, ingen danske normaltal. Normalgrænsen er defineret ved grænsen mellem de 85 pct. af danske børn med få til ingen problemer og de 15 pct. af danske børn med flest problemer.

Kilde: Egne beregninger.

Niveauet af eksternaliserende adfærd falder signifikant i løbet af behandlingen, og det fortsætter med at falde op til et år efter afsluttet behandling. Det gælder både for børn i familier, der modtager PMTO, og børn i familier, der modtager TAU.

Alt efter hvilket instrument, vi måler med, ser den ene behandling ud til at være lidt mere effektiv end den anden. PMTO ser ud til at være lidt mere effektiv, når vi måler med SDQ-instrumentet, som både måler på aggressive, udadrettede reaktioner, hyperaktivitet og opmærksomhedsvanskeligheder, mens TAU ser ud til at være lidt mere effektiv, når vi måler med BPM-instrumentet, som kun måler på aggressive, udadrettede reaktioner. Forskellene mellem de to behandlinger er dog ikke statistisk signifikante, hvilket betyder, at PMTO og TAU er lige effektive til at reducere eksternaliserende adfærd hos børn.

Familiebehandling, hvad enten det er i form af PMTO eller TAU, initierer en markant positiv udvikling i relation til eksternaliserende adfærd hos børn, som fortsætter og er i stadig positiv udvikling, et helt år efter at behandlingen ophører. Det peger på, at familiebehandling såsom PMTO har langtidsvirkning, op til et år efter at behandlingen afsluttes.

5.3 Internaliserende adfærd hos barnet

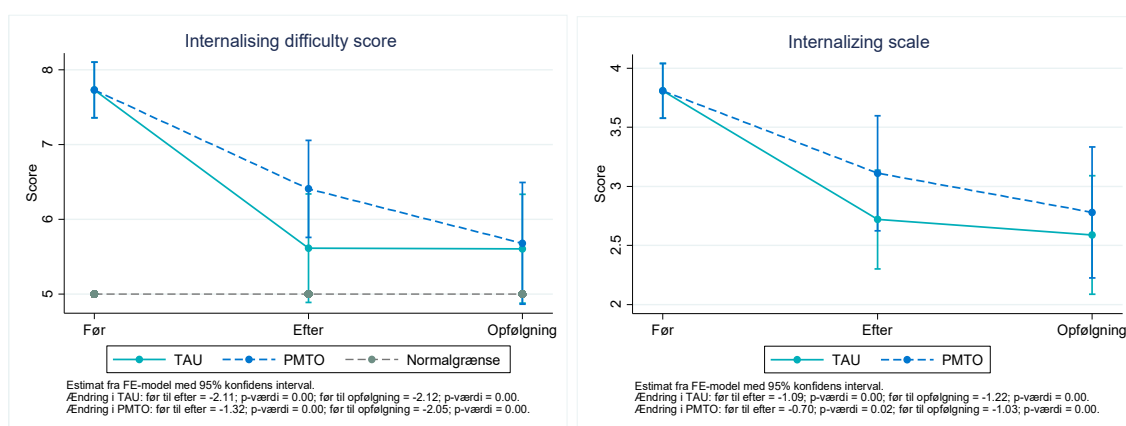
Familiebehandling er også virkningsfuldt i forhold til at reducere internaliserende (indadreagerende) adfærdsproblemer hos børn i Danmark, som eksempelvis ængstelighed, tristhed, tilbagetrækthed og angst. Både PMTO og TAU kan i høj grad hjælpe familier, hvor symptomer på dysfunktion viser sig som indadreagerende adfærd hos et barn.

Figur 5.3 viser niveauet af internaliserende adfærd hos børn før behandling, 7 måneder efter og et år efter endt behandling for hhv. TAU- og PMTO-familiebehandling. Internaliserende adfærd er også målt med både SDQ-instrumentet (skala 0-20; til venstre) og BPM-instrumentet (skala 0-12; til højre).

Før behandling har børnene et meget forhøjet niveau af internaliserende adfærd med gennemsnits-scorer på lidt under 8 på SDQ-skalaen og lidt under 4 på BPM-skalaen. For SDQ har vi danske

normtal at sammenligne med. Grænsen til normalområdet fremgår af figuren til venstre og ligger på 5 point på SDQ-skalaen (0-12). Det betyder, at børn i familiebehandling tilhører de mest bekymrede, utrygge og ensomme børn i Danmark. Reelt tilhører børnene de 5 pct. af børn i Danmark med de mest udtalte internaliserende adfærdsproblemer.⁷

Figur 5.3 Udvikling i internaliserende adfærd hos børn i familier i hhv. PMTO- og TAU-behandling. Før, efter og ved opfølgning et år efter endt behandling. Målt med instrumenterne SDQ (til venstre) og BPM (til højre). Point.



Anm.: N = 126. PMTO: N = 64, TAU: N = 62.

Note: SDQ (til venstre): skala 0-20, normalgrænse 5 point (vægtet ift. deltagergruppen i forsøget). BPM (til højre): skala 0-12, ingen danske normtal. Normalgrænsen er defineret ved grænsen mellem de 85 pct. af danske børn med få til ingen problemer og de 15 pct. af danske børn med flest problemer.

Kilde: Egne beregninger.

Der ses markante reduktioner af internaliserende problemer hos børn, både for familier, der får PMTO, og familier, der får TAU-behandling. Ligesom ved eksternaliserende adfærd ser det ud til, at udviklingen sker i lidt forskellige tempi for PMTO- og TAU-familierne, men forskellene er heller ikke her statistisk signifikante. For familier i TAU-behandling synes reduktionen at foregå i den første del af perioden, og det nye, reducerede niveau af internaliserende problemer hos barnet fastholdes efter behandling. For familier i PMTO-behandling ser det ud til, at udviklingen sker mere løbende, så vi ser nogen reduktion ved afslutning af behandlingen, og denne positive udvikling fortsætter i næsten samme tempo efter behandling. Det ser altså ud til, at familier i TAU-behandling primært oplever en reduktion i problemniveauet under behandling, mens familier i PMTO-behandling oplever en reduktion i internaliserende adfærd over længere tid. Denne forskel kan også skyldes, at TAU-behandling som sagt varierer i længde, hvormed behandlingen ikke nødvendigvis er afsluttet 7 måneder efter dens opstart, hvilket PMTO-behandling typisk er. Dermed kan forskellene i tempi også skyldes, at TAU-behandling generelt varer længere end PMTO-behandling. Uanset årsagen er forskellene ikke signifikante, så vi kan ikke konkludere, at der rent faktisk er en forskel i de to behandlings udviklingsforløb.

Et år efter endt behandling er internaliseringsproblemer hos børn i både TAU- og PMTO-behandling nede på samme, reducerede niveau.

5.4 Sociale styrker og problemer hos barnet

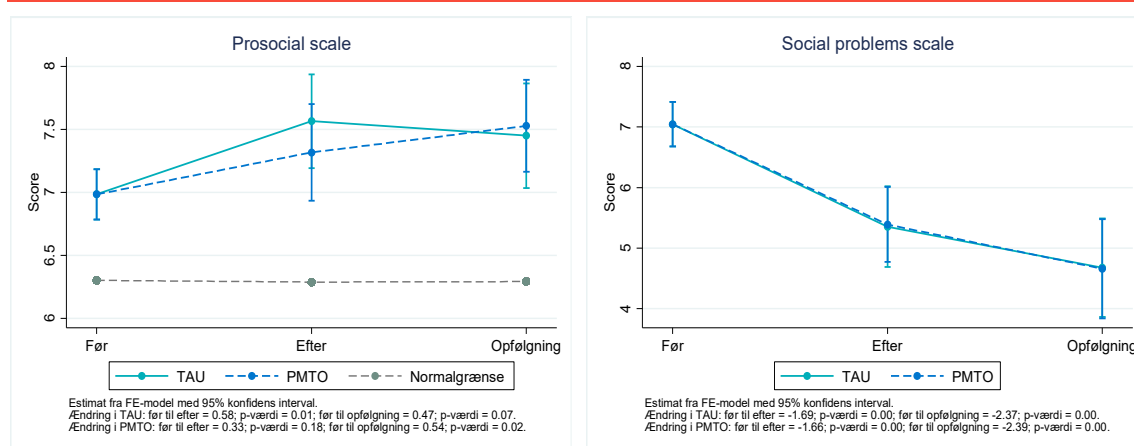
Niveauet af sociale kompetencer hos børn er også målt med to instrumenter, nemlig SDQ (til venstre i Figur 5.4) og CBCL (en udvidet version af BPM; til højre i Figur 5.4). SDQ måler barnets sociale

⁷ Jævnfør frekvensdistributioner fra http://www.sdqinfo.com/norms/SDQ_Danish_frequency_distribution_5_7_year_olds.pdf

styrkesider, mens CBCL måler sociale problemer. I modsætning til de øvrige udviklingsmål for børn er SDQ's prosociale skala en positivt vinklet skala (0-10), som belyser, i hvilken grad barnet er hensynsfuldt, hjælpsomt, gerne vil dele, er god mod yngre børn og tilbyder sin hjælp. CBCL-instrumentet er omvendt negativt vinklet og belyser på en skala (0-20), i hvor høj grad barnet er ensomt, jaloux, klynger sig til voksne, føler sig værdiløs, er klodset, har taleproblemer og kommer dårligt ud af det med jævnaldrende.

Figur 5.4 viser, at børnene har et nedsat niveau af sociale styrker eller prosocial adfærd (til venstre) og et højt niveau af sociale problemer (til højre) før behandling. Børnene i familiebehandling har en gennemsnitlig SDQ-score for sociale styrker på 7 point inden behandling, hvilket indikerer færre sociale styrker end gennemsnittet for danske drenge (8 point i gennemsnit for 5-7-årige drenge, Niclasen m.fl., 2013). Dette er ikke vist i figuren. Børnene er dog både før og efter behandlingen i normalområdet med en nedre grænse på 6,35 point vist ved den vandrette streg i figuren.

Figur 5.4 Udvikling i sociale styrker og problemer hos børn i familier i hhv. PMTO- og TAU-behandling. Før, efter og ved opfølgning et år efter endt behandling. Målt med instrumenterne SDQ (til venstre) og BPM (til højre). Point.



Anm.: N = 126. PMTO: N = 64, TAU: N = 62.

Note: SDQ (til venstre): skala 0-20, normalgrænse 6,35 point (vægtet ift. deltagergruppen i forsøget). BPM (til højre): skala 0-12, ingen danske normal. Normalgrænsen er defineret ved grænsen mellem de 85 pct. af danske børn med få til ingen problemer og de 15 pct. af danske børn med flest problemer.

Kilde: Egne beregninger.

Vi ser igen mindre forskelle mellem indsatserne. Børnenes sociale styrker stiger lidt mere i begyndelsen af behandlingen for TAU-familier end for PMTO-familier. Til gengæld fortsætter børnene i PMTO-familier med at udvikle deres sociale styrker i næsten samme tempo efter endt behandling, mens kurven knækker for TAU-familier. Det betyder, at et år efter endt behandling finder vi lidt flere sociale styrker hos børn i PMTO-familier i forhold til TAU-familier. Denne forskel kan skyldes forskellen i længde mellem PMTO- og TAU-behandling, hvorfor TAU-behandling ikke nødvendigvis er afsluttet 7 måneder efter behandlingens opstart. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant. Børnenes niveauer af sociale styrker er generelt inden for normalområdet, men stadig lidt lavere end gennemsnittet for danske børn.⁸

Børnenes sociale problemer falder tilsvarende, hvilket ses af BMP-skalaen til højre. De falder lidt mere i løbet af behandlingsforløbet i forhold til efter behandlingsforløbet, men for både PMTO- og TAU-behandlede familier ses en markant udvikling, som også fortsætter, efter at behandlingsforløbene er afsluttet. Her ses ingen forskelle mellem de to behandlingsindsatser.

⁸ Jævnfør frekvensdistributioner fra http://www.sdqinfo.com/norms/SDQ_Danish_frequency_distribution_5_7_year_olds.pdf

5.5 Forældrenes mestringsevner og opdragelsesstile

PMTO- og TAU-behandling retter sig primært mod forældrene i familierne, som bl.a. lærer redskaber og får øgede kompetencer til at mestre forælderrollen (som nævnt kan børn i visse tilfælde inddrages i TAU-behandlingen). Forandringsteorien i familiebehandling betragter styrkede forældrekompetencer og reduktion i negative opdragelsesstile som forandringsmekanismen, der kan igangsætte positive ændringer i børns adfærd (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982). Derfor er styrkelse af forældres mestringsevne og reduktion i forældres negative reaktioner på barnet vigtige dimensioner i succesfuld behandling af familier.

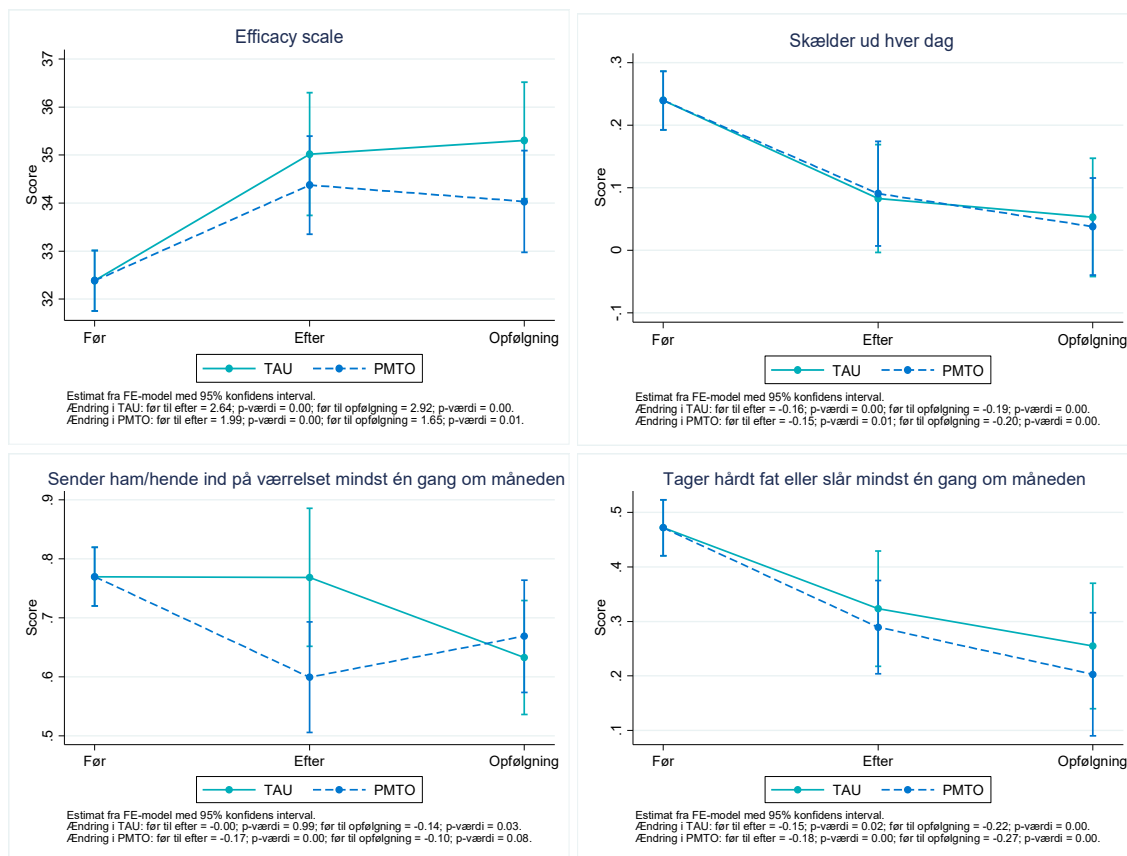
Vi har allerede set, at børns adfærd forbedres, mens de er med i familiebehandlingen. Jævnfør forandringsteorien er disse forbedringer hos børn medieret af bl.a. ændringer i forældres mestringsevner og opdragelsesstile. Figur 5.5 viser udviklingen i forældres mestringsevner (øverst til venstre; skala 0-42), udviklingen i daglig skæld ud (øverst til højre; andele), udviklingen i at sende barnet ind på værelset månedligt (nederst til venstre, andele) samt udviklingen i, om forældrene tager hårdt fat eller slår (nederst til højre, andele).

Der sker en signifikant styrkelse af mestringsevnerne hos forældre i løbet af familiebehandlingsforløbet for både familier i TAU- og PMTO-behandling. Udviklingen er lidt større for TAU-familier, men forskellen er ikke signifikant. Efter behandlingen stagnerer forældrenes udvikling på det nye, forbedrede niveau. Et år efter endt behandling ser det ud til, at mestringsevnerne er en smule reduceret hos PMTO-forældre, men forskellene mellem PMTO og TAU er ikke signifikante. PSCO – efficacy scale måler forældrenes mestringsevne, og målet bruges ofte i undersøgelser af udsatte familier. Et egentligt gennemsnit i en dansk eller europæisk kontekst findes ikke, men et lignende studie af udsatte familier i Algarve, Portugal, fandt en gennemsnitlig score for forældrenes mestringsevner på 30,82 før behandling (Nunes & Ayala-Nunes, 2017). Forældrene i vores undersøgelse har forinden behandlingen en score på 32,5, hvilket er relativt lavt. Dette forbedres væsentligt 7 måneder efter behandlingens opstart og ved opfølgning et år efter endt behandling.

Andelen af forældre, som dagligt skælder deres børn ud, falder signifikant under behandling for både PMTO- og TAU-familier, fra en fjerdedel (0,25) til ca. en tiendedel (0,10). Et år efter endt behandling ser vi yderligere en lille reduktion. Det peger på, at familiebehandling hjælper forældrene til at bryde med negative mønstre i reaktioner over for deres barn.

Andelen af forældre, som sender deres barn ind på værelset mindst én gang om måneden, reduceres signifikant hos forældre under PMTO-behandling. Før behandling anvendes opdragelsesstrategien af tre fjerdedele af forældre (0,75), mens 60 pct. (0,6) skælder ud månedligt efter PMTO-behandling. Det stiger dog en smule igen et år efter endt behandling. Hos familierne i TAU-behandling ser vi omvendt ikke en signifikant reduktion under behandling, men i løbet af året efter behandlingen sender forældrene i mindre grad barnet ind på værelset månedligt. Dette kan eksempelvis skyldes to ting. For det første peger forskellen på, at man i PMTO arbejder strategisk med at erstatte opdragelsesstrategien med andre greb under behandling, mens familierne i almindelig familiebehandling først begynder at reducere brugen af at sende barnet ind på værelset efter endt behandling. For det andet kan forskellen skyldes, at TAU-behandling som nævnt varierer i længde. Derfor vil nogle af familierne i TAU afslutte deres behandlingsforløb senere end familierne i PMTO, hvorfor effekten af behandlingen på forældrenes tendens til at skælde ud først kan måles senere.

Figur 5.5 Udvikling i forældres mestringsevne (PCOS – efficacy scale) i familier i hhv. PMTO- og TAU-behandling samt udvikling i opdragelsesstile (skælder ud hver dag, sender ind på værelset, tager hårdt fat eller slår). Før, efter og ved opfølgning et år efter endt behandling. Point og andele.



Anm.: N = 126. PMTO: N = 64, TAU: N = 62.

Note: Mestringsevner (Efficacy scale) skala 0-42 point. Opdragelsesstile: 0-1 point.

Kilde: Egne beregninger.

Nederst i højre hjørne ser vi, at lige under halvdelen af forældrene (0,45) tager hårdt fat eller slår mindst én gang om måneden, inden de visiteres til familiebehandling. Under familiebehandling reduceres andelen til ca. 30 pct. (0,3), og året efter endt behandling ser vi en yderligere reduktion. Faldet i anvendelse af månedlig fysisk vold over for barnet er lidt større blandt forældre i PMTO-behandling end blandt forældre i TAU-behandling, men forskellene er ikke signifikante. Faldet indikerer, at PMTO og almindelig familiebehandling, TAU, medvirker til en markant reduktion i forældres brug af korporelle negative reaktioner i opdragelsen.

Generelt ser vi, at forældre i familiebehandling opnår styrkede mestringsevner i forhold til forælderrollen og lægger en række negative opdragelsesstrategier bag sig i forbindelse med behandlingen. De nye, positive tilgange til forælderrollen fastholdes, et år efter at behandlingen er afsluttet.

Forandringsteorien i PMTO peger på, at børns adfærd og forældrekompetencer hænger tæt sammen. Vores resultater indikerer, at PMTO og anden familiebehandling, TAU, medfører en samtidig positiv udvikling i begge forhold. Dermed ligger forsøgets resultater på linje med den teoretiske ramme, som PMTO blandt andet bygger på.

6 Konklusioner

6.1 Markante reduktioner i børns adfærdsproblemer under behandling

Vi finder signifikante reduktioner i adfærdsproblemer hos børn i alle behandlede familier, både hos familier i PMTO-behandling og familier i almindelig familiebehandling, TAU. Det generelle problemniveau (samlet SDQ-score) falder markant. Det gør problemer med eksternaliserende og internaliserende adfærd også. Samtidig ser vi signifikante reduktioner i børnenes sociale problemer, ligesom børnenes sociale styrkesider øges.

6.2 Begrænsninger i studiet

Alle felteksperimenter af denne type har deres begrænsninger, i forhold til hvilke konklusioner vi kan drage.

For det første benytter undersøgelsen brede målinger og scorer for generel problemadfærd, hvilke er SDQ-skalaen, BPM-skalaen og PSOC – efficacy scale. Brugen af mål for generel problemadfærd gør, at vi ikke kan konkludere, om familiebehandlinger som PMTO eller TAU er bedst egnede til at løse specifikke problemer hos familier frem for andre. Ligeledes kan det tænkes, at familierne primært henvender sig med specifikke adfærdsproblemer, og at det bør påvirke, hvilken form for familiebehandling, de bliver visiteret til. Dog ser vi i analysen nærmere på de forskellige delelementer af den primære forældres opdragelsesstil for at undersøge, hvilken specifik del af forældrenes opdragelsesstil, som familiebehandlingen har en positiv effekt på (se Figur 5.5). Her finder vi ingen signifikant effektforskel mellem PMTO- og TAU-behandlingen.

For det andet finder undersøgelsen som sagt ingen signifikant effektforskel i udviklingen hos de familier, der har været i henholdsvis PMTO- og TAU-behandling. Til gengæld oplever alle familierne en signifikant positiv udvikling under og op til et år efter behandlingsforløbets afslutning. Dog kan vi ikke konkludere, om den positive udvikling skyldes behandlingen eller andre faktorer. Alternative forklaringer kunne være den naturlige udvikling, som familien og børnene gennemgår i de mindst 7 måneder, hvor behandlingsforløbet står på, eller det kan være, fordi børnene bliver ældre og modnes naturligt under forløbet.

For det tredje måler vi familiernes problemniveau før familiebehandlingens opstart, 7 måneder efter og yderligere et år senere. Vi ved, at PMTO-familiebehandlingsprogrammet typisk vil være afsluttet efter 7 måneder, da den i gennemsnit varer 23 uger, mens TAU-behandlingen som sagt ikke er rammesat, og derfor vil længden af forløbet variere alt efter familien og terapeuten. Det betyder, at der kan være bias i vores resultater, da vi har målt nogle af familierne i TAU-behandling undervejs i behandlingsforløbet, mens familierne i PMTO-behandling er målt før, umiddelbart efter behandlingens afslutning og et år efter endt behandling. Biasen kan både betyde, at vi undervurderer effekten af TAU-behandlingen, i og med behandlingen ikke er afsluttet, og forældrene ikke har fået det fulde udbytte af forløbet endnu. Omvendt kan biasen også medføre, at vi overvurderer effekten af TAU-behandlingen, da vi måler familierne midt i behandlingsforløbet, hvor de arbejder med problemerne i hjemmet og føler, at de får hjælp og bliver mødt der, hvor de er. Dermed kan vi ikke sige, hvilken vej denne bias i vores målinger går, eller hvilke familier i TAU-behandling der er blevet målt under eller efter behandlingens afslutning.

For det fjerde består undersøgelsens stikprøve af 126 familier, hvoraf 62 familier har været i TAU-behandling og 64 familier i PMTO-behandling. Konsekvensen heraf er, at hvis effektforskellen mellem de to familiebehandlinger er minimal, vil vores stikprøve være for lille til, at vi kan påvise denne forskel. På den ene side vil man kunne argumentere, at en større stikprøve havde været ønskværdig for at kunne påvise en lille, men signifikant effektforskel mellem TAU- og PMTO-behandling. På den anden side er en lille effektforskel mellem familiebehandlingerne mindre interessant at påvise. Ligeledes er en fordel ved stikprøvens størrelse, at frafaldet i løbet af undersøgelsesperioden er lille, da kun to familier er faldet fra undervejs.

6.3 De positive udviklinger fastholdes eller fortsætter efter behandling

Det er særligt bemærkelsesværdigt, at børnenes problemadfærd er yderligere reduceret, et år efter at behandlingen afsluttes. Børnene fortsætter altså den positive udvikling lang tid efter endt indsats. Et år efter endt behandling udviser børnene et endnu lavere niveau af problemadfærd, herunder endnu færre internaliserende, eksternaliserende og sociale problemer, i forhold til lige efter behandling. Vi finder således tegn på, at familiebehandling i form af PMTO og TAU har en markant positiv indvirkning på børn, og at den positive udvikling fortsætter ud over det tidsrum, hvor behandlingen står på.

Den langvarige positive udvikling gør sig både gældende for børn, hvis familier har fået PMTO-behandling, og børn, hvis familier har fået TAU-behandling. Der er ikke signifikante forskelle mellem de to, dog ser vi en tendens til, at de positive udviklingskurver på den lange bane har et knæk for børn i TAU-familier, mens vi ser en tendens til en mere kontinuert udvikling hos børn i PMTO-familier. Børnene i PMTO-familier er i fortsat jævn udvikling både under og hele året efter endt behandling. For børn fra familier i TAU-behandling er der en tendens til, at den positive udvikling i højere grad koncentrerer omkring den periode, hvor familien er i behandling. Derefter knækker kurven lidt mere for TAU-børn end for PMTO-børn, og problemniveauet ligger mere stabilt. Samlet set opnår begge grupper af børn dog den samme positive udvikling.

6.4 Forældre får styrket mestring og anvender færre negative strategier

Også forældrenes kompetenceniveau bliver styrket i familiebehandling. Både forældre i PMTO-behandling og forældre i almindelig familiebehandling, TAU, oplever signifikante stigninger i mestring af forælderrollen under behandling. Samtidig reduceres brugen af negative opdragelsesstrategier såsom daglig skældud, at sende barnet ind på værelset, og tage hårdt fat eller slå barnet. Det peger på, at forældrene i familiebehandling formår at bryde negative reaktionsmønstre og erstatte dem med andre, mere positive handlinger. Til forskel fra børnene stagnerer forældrenes udvikling dog, når behandlingsforløbet ophører. Herefter fastholdes det nye, forbedrede mestringsniveau. Der er ikke signifikant forskel i resultaterne for familier, der har fået PMTO-behandling, og familier, som har modtaget almindelig familiebehandling.

Den teoretiske forandringsmodel, som bl.a. PMTO-familiebehandling bygger på, betragter øgede forældrekompetencer som den forandringsmekanisme, der kan forbedre barnets adfærd (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982). Vi finder samtidige signifikante forbedringer i både børns adfærd og forældres kompetenceniveau. Forsøgets resultater ligger derfor på linje med forandringsmodellen i PMTO.

6.5 Både PMTO og almindelig familiebehandling har en god effekt

Alle familier, der deltog i forsøget, har oplevet signifikante forbedringer under og efter endt familiebehandling. Behandlingen har særligt medvirket til at reducere problemadfærd og styrke børnenes sociale evner, både på den korte og længere bane, samt give forældrene bedre mestringsevner. Der er ikke signifikant forskel på, hvor godt det er gået de familier, der fik PMTO-behandling i forhold til familier, der fik ikke-manualbaseret familiebehandling, TAU. Vi finder altså ingen særeffekter af at tilbyde den ene indsats frem for den anden.

7 Perspektiver

7.1 Lignende resultater i norske, islandske og hollandske studier

På baggrund af forsøget kan man ikke slutte, at PMTO generelt har bedre effekt for familier med børn med adfærdsproblemer i Danmark end den almindelige kommunale familiebehandling, TAU. Det stemmer overens med resultaterne af et delvist randomiseret forsøg i Holland, som også har undersøgt forskellen med familier i PMTO-behandling i forhold til familier i eksisterende behandlingstilbud. Her identificerer man den samme positive udvikling hos familier i PMTO og almindelig familiebehandling (Thijssen m.fl., 2016).

I Europa har effekten af PMTO også været undersøgt i randomiserede, kontrollerede forsøg i Norge og Island. I Norge fandt man, at PMTO var mere effektiv end almindelig familiebehandling i forhold til samlet problemadfærd, eksternaliserende adfærd, sociale kompetencer og forældrenes disciplineringsvner (Ogden & Hagen, 2008). Forskellene mellem PMTO og almindelig familiebehandling var dog udlignet i et opfølgende studie et år efter endt behandling (Hagen, Ogden & Bjørnebekk, 2011). I Island fandt man, at PMTO var mere effektivt end andre behandlingstilbud til familier i forhold til at øge barnets sociale færdigheder, men at de var lige effektive i forhold til øvrige problemstillinger såsom børns problemadfærd eller forældres kompetencer (Sigmarsdóttir m.fl., 2013, 2015).

Resultaterne af dette danske eksperiment ligger således i forlængelse af resultater fra de øvrige europæiske forsøg med PMTO. Alle europæiske studier identificerer en generel, positiv udvikling hos familier i både PMTO og de eksisterende familiebehandlingstilbud. Det tyder på en generel høj kvalitet i de undersøgte behandlingstilbud. Resultaterne af denne undersøgelse samt de nævnte europæiske studier står i kontrast til resultaterne fra amerikanske studier. Her har man ved flere randomiserede forsøg påvist en signifikant positiv effekt af PMTO-behandlingen. Dog sammenlignes PMTO-behandlingen ikke med andre former for familiebehandling, hvorved de amerikanske studier ikke er direkte sammenlignelige med de danske og europæiske (Patterson, 2005).

7.2 Mange ligheder mellem PMTO og TAU i forhold til både teorier og værktøjer

Da man ikke har tilbundsgående viden om forskelle og ligheder mellem PMTO og de eksisterende behandlingstilbud i europæiske lande, som PMTO er blevet sammenlignet med i forskellige forsøg, kan det være svært at afgøre implikationerne af resultaterne. I forbindelse med det danske forsøg har VIVE derfor gennemført 15 interview med familierapeuter fra syv af de deltagende kommuner, som har forestået behandlingen af familierne i TAU gruppen i det danske forsøg. Interviewene blev foretaget telefonisk og havde hver en varighed på ca. 1 time (Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017: s. 33f).

Interviewene pegede på, at TAU-forløbene og PMTO-forløbene var præget af en række ligheder. Både i forhold til den teoretiske tilgang og de konkrete terapeutiske værktøjer i familierapi, kunne vi identificere mange ligheder til PMTO-behandling (Lindberg, Hansen & Scavenius, 2017: s. 9). De virksomme principper og elementer i PMTO-behandling er også centrale komponenter i almindelig kommunal familiebehandling. Det kan bl.a. skyldes, at dette forsøg rekrutterede kommuner, som både har PMTO-terapeuter og TAU-terapeuter ansat, og at der derfor kan være tale om afsmittende effekter, da terapeuterne er kolleger og arbejder i de samme kommunale familiehuse. Det er positivt, at man på familiebehandlingsfeltet i deltagerkommunerne tilsyneladende er gode til at absorbere og

anvende virksomme principper fra PMTO. I denne undersøgelse har vi kun interviewet TAU-terapeuterne én gang, så vi har ikke mulighed for at undersøge, om og hvordan TAU-terapeuterne absorberer principper fra PMTO. Dette kunne undersøges nærmere ved fremtidige studier. Ligeledes har vi kun interviewet TAU-terapeuter fra kommuner, hvor der også udbydes PMTO-forløb. Derfor kan vi ikke udtale os om, hvordan TAU-behandlingen ser ud i kommuner, der ikke arbejder med PMTO, eller om TAU-behandlingen i disse kommuner også har mange ligheder med PMTO.

7.3 Perspektiver fremadrettet

Selvom vi ikke kan identificere generelle særeffekter af PMTO eller almindelig familiebehandling, TAU, kan der være specifikke forhold, der betyder, at én indsats vil være mere fordelagtig i konkrete sammenhænge end en anden. Det kan fx handle om økonomiske forhold, der gør den ene indsats væsentligt dyrere end den anden, hvorfor man i en kommune med fordel kan prioritere den mindst omkostningstunge indsats, idet vi finder begge lige virkningsfulde. Økonomien omkring begge indsatser afdækkes af VIVE i en kommende undersøgelse.

Det kan også handle om, at en familie foretrækker en mere eller mindre rammesat indsats, eller at kommunen har terapeuter ansat, som er specialiseret i en af indsatserne. I så fald kan man med fordel prioritere denne indsats, da tidligere forskning har vist, at terapeutiske miljøer styrkes, når flere terapeuter, gerne mindst tre, med samme behandlingsmetode deler arbejdssted (Patras & Klest, 2016).

PMTO har dog en helt klar fordel frem for almindelig familiebehandling. Forskere og praktikere har løbende gennem de sidste fire årtier indsamlet og systematiseret viden om PMTO samt udviklet et fælles sprog for familiebehandling. Terapeuter fra Kansas til Kolding lærer i dag af hinanden og udvikler og forbedrer sammen indsatsen. Dermed sikrer man aktivt, at gode erfaringer bliver bevaret, anvendt og når ud til de familier, som har behov for støtte. PMTO-programmet understøtter således de professionelle viden og erfaring, hvilket er med til at sikre familiebehandling af en høj kvalitet, og at terapeuterne arbejder metodisk stringent (også kaldet fidelitet) med programmet.

Resultaterne af dette forsøg viser, at barnet og forældrene får stort udbytte af familiebehandling, både PMTO og almindelig familiebehandling, TAU. Børnene får færre adfærdsproblemer og flere sociale styrker, og forældrene får øgede mestringsevner. Forbedringerne fastholdes eller er forøget yderligere et år efter endt behandling. Hertil skal lægges, at søskende i familien formentlig også kan opleve en afsmittende effekt af familiebehandlingen, som ikke er afdækket i dette forsøg. Forsøget viser også, at familier i Danmark generelt set ikke oplever større effekt af én type familiebehandling i forhold til en anden.

Litteratur

- Benson, P.R. & K.L. Karlof (2009): "Anger, stress proliferation, and depressed mood among parents of children with ASD: A longitudinal replication". *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), s. 350-362.
- Campbell, S.B. (1995): "Behavior problems in preschool children: A review of recent research". *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 36(1), s. 113-149.
- Capaldi, D.M. (1991): "Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: I. Familial factors and general adjustment at Grade 6". *Development and Psychopathology*, 3(3), s. 277-300.
- Capaldi, D.M. (1992): "Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2-year follow-up at grade 8". *Development and Psychopathology*, 4, s. 125-44.
- Capaldi, D.M. & M. Stoolmiller (1999): "Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment". *Development and Psychopathology*, 11, s. 59-84.
- Carr, A. (2000): "Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation Child-focused problems". *Journal of Family Therapy*, 22(1), s. 29-60.
- Dick, B. & B.J. Ferguson (2015): "Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade". *Journal of Adolescent Health*, 56(1), s. 3-6.
- Dishion, T.J. & G.R. Patterson (1999): "Model Building in Developmental Psychopathology : A Pragmatic Approach to Understanding and Intervention Model Building in Developmental Psychopathology : A Pragmatic Approach to Understanding and Intervention". *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(4), s. 502-512.
- Furlong, M., S. McGilloway, T. Bywater, J. Hutchings, M. Donnelly, S.M. Smith & C. O'Neill (2010): "Behavioural/cognitive-behavioural group-based parenting interventions for children age 3-12 with early onset conduct problems". *The Cochrane Library*, 1, s. 1-14.
- Hagen, K.A., T. Ogden & G. Bjørnebekk (2011): "Treatment outcomes and mediators of parent management training: a one-year follow-up of children with conduct problems." *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(2), s. 165-178.
- Lindberg, M.R., H. Hansen & C. Scavenius (2017): *Midtvejsevaluering af bedre familiebehandling*. København: VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
- Niclasen, J., A.M. Skovgaard, H. Elberling, S. Dalsgaard & C. Obel (2013): *Normative SDQ Data from Denmark*. <http://sdqinfo.org/norms/DanishNorms.html>.
- Norges Forskningsråd (1998): *Barn og unge med alvorlige atferdsvansker – hva kan nyere viten fortelle oss? – hva slags hjelp trenger de?* Oslo: Norges Forskningsråd.
- Nunes, C. & L. Ayala-Nunes (2017): "Parenting sense of competence in at psychosocial risk families and child well-being". *Bordón. Revista de pedagogía*, 69(1), s. 155-168.

- Ogden, T. & K.A. Hagen (2008): "Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: a randomized controlled trial of children with conduct problems". *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(4), s. 607-621.
- Patras, J. & S. Klest (2016): "Group size and therapists workplace ratings: Three is the magic number". *Journal of Social Work*, 16(2), s. 216–227.
- Patterson, G.R. (2005): "The Next Generation of PMTO Models". *The Behavior Therapist*, 28(2), s. 27-33.
- Patterson, G.R., P. Chamberlain & J.B. Reid (1982): "A comparative evaluation of a parent-training program". *Behavior Therapy*, 13(5), s. 638-650.
- Rambøll (2013): *Analyse af de økonomiske konsekvenser: Parent Management Training – Oregon (PMTO)*. København: Rambøll.
- SDQ DAWBA DK (2019): *Scoring af SDQ*. <http://sdq-dawba.dk/sdq/opgorelse-af-sdq-scoring/>.
- Sigmarsdóttir, M., D.S. Degarmo, M.S. Forgatch & E.V. Guðmundsdóttir (2013): "Treatment effectiveness of PMTO for children's behavior problems in Iceland: Assessing parenting practices in a randomized controlled trial". *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(6), s. 468-476.
- Sigmarsdóttir, M., Ö. Thorlaciús, E.V. Guðmundsdóttir & D.S. Degarmo (2015): "Treatment Effectiveness of PMTO for Children's Behavior Problems in Iceland: Child Outcomes in a Nationwide Randomized Controlled Trial". *Family Process*, 54(3), s. 498-517.
- Sigmarsdóttir, M., M.S. Forgatch, E.V. Guðmundsdóttir, Ö. Thorlaciús, G.T. Svendsen, J. Tjaden, & A.H. Gewirtz (2019): "Implementing an Evidence-Based Intervention for Children in Europe: Evaluating the Full-Transfer Approach". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), s. 312-S325.
- Skogen, J.C. & F.A. Torvik (2013): *Atferdsforstyrrelser blant barn og unge i Norge: Beregnet forekomst og bruk av hjelpetiltak*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Thijssen, J., G. Vink, P. Muris & C. de Ruiter (2016): "The Effectiveness of Parent Management Training – Oregon Model in Clinically Referred Children with Externalizing Behavior Problems in The Netherlands". *Child Psychiatry & Human Development*. 48(1), s. 136-150.

**VIDEN I
VELFÆRD**

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD