

Forskningsrapport 2014

**Virksomheden af 'De Utrolige Års' forældretræning
i forhold til yngre børn med ADHD-symptomer**

Anegen Trillingsgaard & Tea Trillingsgaard

Center for ADHD & Aarhus Universitet

Resumé

Over de sidste 10-15 år har der været en voldsom stigning i antallet af børn, som diagnosticeres med ADHD både i Danmark og internationalt. Det stigende antal har presset systemet, skabt ventetider og øget behovet for indsats.

Center for ADHD blev etableret i 2010 som et tilbud om tidlig og lettilgængelig hjælp til forældre til yngre børn med ADHD-symptomer. Formålet var at hjælpe disse forældre til bedre at forstå deres barns følelser og adfærd, regulere barnets uhensigtsmæssige adfærd og fremme et positivt samspil - for derigennem at reducere ADHD-symptomerne. Desuden var der et ønske om, at reducere stressniveauet i familien.

For at sikre at behandlingstilbuddet blev lettilgængeligt, blev det arrangeret således, at forældre selv kunne henvende sig til Center for ADHD. En forholdsvis enkel visitation skulle sikre, at man ramte målgruppen, som var 3-8-årige børn med ADHD-symptomer; dvs. yngre børn som enten var i risiko for at udvikle ADHD eller allerede havde fået diagnosen.

Valget af intervention faldt på 'De Utrolige Års Forældretræningsprogram' (Incredible Years Parenting Program). Det er et evidensbaseret behandlingsprogram, som er udviklet i USA af Carolyn Webster-Stratton m.fl. (2010). Programmet er oprindeligt udviklet til børn med adfærdsforstyrrelser, i forhold til hvilke programmet er gennemtestet med massiv dokumentation for dets effektivitet (effectiveness). Senere har programmet indarbejdet tilpasninger i forhold til børn med ADHD, og senest har Webster-Stratton et al. i 2011 og 2012 publiceret et randomiseret og kontrolleret studie (RCT-studie) som dokumenterer effekt (efficacy) i forhold til yngre børn med ADHD.

Formålet med dette studie var at evaluere:

- *om man med forældrene som selvhenvisere og med den etablerede visitation på Center for ADHD kunne rekruttere målgruppen, og*
- *om 'De Utrolige Års Forældretræningsprogram' havde den ønskede effekt*
 - *på børnene i form af symptomreduktion og øget social kompetence, og*
 - *på forældrenes opdragelsesmåde samt på deres stressniveau.*

Resultaterne fra Center for ADHDs forældretræningsgrupper blev benchmarket med resultaterne fra behandlingsgruppen i det ovenfor nævnte RCT-studie af Webster-Stratton et al.. Benchmarking-metoden er udviklet med det formål at vurdere generaliserbarheden af resultater fra et RCT-studie i en ny kulturel eller geografisk sammenhæng. Benchmarking anses for at være en vigtig komponent i evidensbaseret praksis. I vort studie blev en benchmarking-analyse mulig på grund af den lighed, der var mellem den diagnosticerede gruppe af børn med ADHD i Webster-Stratton et al. RCT-studie og gruppen af børn i vort studie. Ligheden vedrørte både demografiske forhold og ADHD-symptomniveauet ved behandlingens start. Desuden anvendte vi i vort studie en del af de samme effektmål som RCT-studiet. Omend benchmarkingstrategien anses for en både stringent og hensigtsmæssig metode i evalueringer som denne, kan dette studies dokumentation selvfølgelig ikke erstatte et RCT-studie. Men en benchmarkingstrategi, som anvendt i dette studie, kan bidrage med værdifuld information om, hvorvidt De Utrolige Års

forældretræning kan oversættes til og tilbydes i en dansk 'real world' klinisk sammenhæng med en sammenlignelig behandlingseffekt.

Vi fandt i dette studie en signifikant behandlingseffekt fra før-til-efter forældretræningen på børnenes ADHD-symptomer og adfærdssymptomer. Der var ligeledes en signifikant forbedring af børnenes evne til social og emotionel regulering. Desuden rapporterede forældrene om ændringer i deres opdragelsesmåde med signifikant mere brug af belønning og ros så vel som mindre brug af negativitet. Alle de nævnte signifikante ændringer holdt niveau eller viste yderligere positiv ændring over den 6 måneder lange followup periode efter behandlingens afslutning. Desuden fandt vi en signifikant forbedring på forældrenes egen oplevelse af forældrekompetence og på deres tilfredshed med forælderollen og desuden reduktion i deres rapporterede stressniveau.

Benchmarkinganalysen med det amerikanske RCT-studiet viste en høj grad af lighed, hvad angår den opnåede behandlingseffekt. Der var helt sammenlignelige resultater på otte af de ni fælles mål for behandlingseffekt. Det drejer sig om mål for ADHD- og adfærdssymptomer, for social kompetence samt for forældrenes opdragelsesmetoder. Resultaterne giver således støtte til Center for ADHDs tilbud om De Utrolige Års forældretræning, der synes at være en virksom og lettilgængelig intervention til forældre til yngre børn med ADHD-symptomer.

Forord

Center for ADHD blev etableret i 2010 på initiativ af Agnete Kirk Thinggaard med midler fra Edith og Godtfred Kirk Christiansens Fond (en LEGO Fond) med det formål at tilbyde en let tilgængelig forældreorienteret indsats til 3-8-årige børn med eller i risiko for at udvikle ADHD. Centerets leder Helle Hartung blev ansat 1. september 2010, de første medarbejdere i december 2010 og de første forældrebehandlingsgrupper startede januar 2011.

Center for ADHD havde sin definerede mission: at tilbyde forældre til børn med ADHD-symptomer hurtig hjælp til at håndtere deres barns udfordrende adfærd og dermed bremse en uheldig udvikling med eskalerende vanskeligheder. På det tidspunkt, hvor Center for ADHD etablerede sig, var der lang ventetid på diagnostisk udredning i den regionale børne- og ungdomspsykiatri. Samtidig forelå ADHD-guidelines fra det højt estimerede britiske 'National Institute for Health and Clinical Excellence' (NICE) (2008), hvori man anbefalede at identificere børn med et adfærdsmønster, der kunne give mistanke om ADHD og præ-diagnostisk tilbyde forældrene at deltage i et forældretræningsprogram.

For at sikre let adgang til forældretræningen valgte man på Center for ADHD at lade forældre være selvhenvisere. Det professionelle system blev opfordret til at oplyse forældre om muligheden, når de fandt det relevant, men kunne ikke selv henvise til behandlingen. En klinisk ADHD-diagnose stillet i

børne- og ungdomspsykiatrien blev fravalgt som et nødvendigt adgangskriterium. Dette var netop for at undgå, at barnet skulle spille kostbar tid på venteliste til diagnosticering. I stedet varetog man selv visitationen til forældregrupperne.

Man forventede, at styrket forældrekompetence for nogle forældre ville være tilstrækkeligt til at ændre et vanskeligt samspil med barnet og fremme dets positive udvikling, mens der for andre ville være brug for yderligere udredning, herunder børne- og ungdomspsykiatrisk diagnosticering med mere intens og individualiseret støtte til forældrene og evt. medikamentel behandling af barnet.

Som behandlingsmetode valgte man De Utrolige Års forældretræningsprogram (The Incredible Years Parent Training), som er udviklet af Carolyn Webster-Stratton og kolleger, Seattle, USA (se oversigt i Webster-Stratton & Reid (2010), se også metaanalyse af Menting, Orobio de Castro & Matthys (2013) eller RCT-studiet af Webster-Stratton, Reid & Beauchaine (2011 & 2012) samt hjemmeside:

<http://incredibleyears.com>

Center for ADHDs bestyrelse var interesseret i at vide, om det valgte forældretræningsprogram havde den ønskede effekt for de familier, som søgte centret. Derfor blev det besluttet at få foretaget en undersøgelse, som kunne teste behandlingseffekten af de første seks forældretræningsgrupper, som kørte på Center for ADHD. Det drejede sig om de første 36 familier i centrets historie. Undersøgelsen blev gennemført af Anegen Trillingsgaard, adj. professor v. Aarhus Universitet og Tea Trillingsgaard, ph.d. og post.doc. ved Aarhus Universitet, som sammen stod for design, gennemførelse, analyser og publikation, herunder denne rapportering

Tak til centerleder Helle Hartung, klinisk psykolog Lene Straarup og psykologerne ved Center for ADHD som sikrede gennemførelse af behandlingsprogrammet og bistod ved den praktiske gennemførelse af undersøgelsen. Ligeledes tak til sekretær Betty Kromann Madsen for at sikre indsamling af forældrespørgeskemaerne.

En særlig tak til Carolyn Webster-Stratton og Camila Reid, som stillede resultaterne fra deres RCT-studie til rådighed for benchmarking. Endelig tak til alle forældre, som bidrog til undersøgelsen ved at besvare den ganske store mængde spørgeskemaer.

Baggrund for dette studie

ADHD hos yngre børn

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) er den diagnostiske betegnelse for et heterogent adfærdssyndrom karakteriseret ved kernesymptomerne opmærksomhedsforstyrrelse (Attention Deficit) samt impulsivitet og overaktivitet (Hyperactivity Disorder) i DSM kodesystemet (American Psychiatric Association, 2013; First, Frances & Pincus, 2004).

Kerne-symptomerne i ADHD beskrives således:

Opmærksomhedsvanskeligheder: Barnet har svært ved at fastholde opmærksomhed og engagement i igangværende opgaver eller leg, er meget let afledelig og glemsom og har svært ved at lytte, når andre taler.

Hyperaktivitet: Barnet er uroligt, støjende, meget omkringfarende og ude af stand til at sidde. Snakker meget og kan ikke forholde sig i ro, når det forventes.

Impulsivitet: Barnet afbryder og blander sig i andres tale eller aktiviteter, kan ikke vente på tur. Handler uden tanke for konsekvenser.

ADHD underinddeles i tre forskellige typer: Børn kan være overvejende uopmærksomme eller overvejende hyperaktive/impulsive, eller de kan tilhøre den kombinerede type med både uopmærksomhed og hyperaktivitet/impulsivitet. I førskolealderen er den hyperaktive/impulsive type den hyppigst forekommende (2,9%) efterfulgt af den kombinerede type (2,1%) (Posner, Pressman & Greenhill, 2009; Egger & Angold, 2006). Opmærksomhedsvanskelighederne viser sig ofte først ved skolestart, hvor barnet mødes med forventninger om at mestre vedvarende opmærksomhed og engagement (Lahey, Pelham & Loney, 2005).

ADHD-symptomer forekommer bredt i befolkningen. Alle børn kan være uopmærksomme og urolige, men der vil være stor forskel på i hvilken grad, det præger det enkelte barn. I bedømmelse af barnets symptomer, må man tage højde for barnets alderstrin og udviklingsniveau og selvfølgelig den kontekst, hvori adfærden forekommer. For at få diagnosen kræves, at symptomerne mærkbart påvirker og forringer barnets psykologiske, sociale og/eller faglige funktion i forskellige sammenhænge som hjem, daginstitution eller skole (Coghill, Bonnar, Duke, Graham & Seth, 2009). Svær ADHD (den kombinerede type) svarer nogenlunde til diagnosen Hyperkinetisk Forstyrrelse (HF) i det europæiske ICD-10-kodesystem (WHO, 1992). For diagnosen HF kræves at hyperaktivitet, impulsivitet og opmærksomhedsforstyrrelse forekommer sammen og på markant måde påvirker barnets funktion i hverdagen.

Omkring 74% af henviste førskolebørn, som opfylder kriterierne for ADHD, opfylder også kriterierne for mindst en anden psykiatrisk diagnose, mens kun 36% har ren ADHD. Den mest almindelige komorbide diagnose i denne aldersgruppe er oppositionel adfærdsforstyrrelse (ODD) som er til stede i 52,1% af alle kliniske tilfælde, angst ses i 14,7% af tilfældene og sprog/kommunikations forstyrrelse i 22,4% (Posner, Melvin, Murray et al, 2007). I en svensk undersøgelse af yngre børn med ADHD fandt man motoriske koordinationsvanskeligheder hos omkring halvdelen (Kadesjö & Gillberg, 1998). Ofte vil også den sociale og emotionelle udvikling være berørt (Beauchaine, Hinshaw & Pang et al., 2010).

Grundet ADHD diagnosens heterogenitet og høje grad af komorbiditet i førskolealderen er diagnosticering af ADHD en udfordring for klinikerne. Diagnosens validitet er til debat, dels fordi ADHD symptomerne hos de yngste børn præsenterer sig mindre stabilt og tydeligt, dels fordi der forekommer mere 'baggrundsstøj' i form af en relativ høj forekomst af 'ADHD-lignende adfærd' blandt førskolebørn generelt (LaForett, Murray & Kollins, 2008). Netop fordi gruppen af førskolebørn, som ADHD diagnosen afgrænser, er relativ heterogen, siger diagnosen ikke noget entydigt om hvilken art af indsats, der er brug for i det enkelte tilfælde. Der kan dog ikke herske tvivl om, at den type adfærd, som diagnosen afgrænser, er et problem for de ramte familier, og at der er et udtalt forældrebehov for at få opdragelsesmæssige værktøjer i forhold til barnets forstyrrende adfærd.

Stigning i antallet af børn med ADHD

I en nyere metaanalyse baseret på mere end 100 studier fra hele verden skønnes prævalensen af ADHD i skolealderen til at ligge omkring 5.2 % (Polanczyk, deLima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Prævalenstal fra USA viser en markant stigende tendens over de seneste år (Pastor & Reuben, 2008). I en helt ny dansk 'Rapport fra Regeringens udvalg om psykiatri' (2013) omtales ADHD som den hyppigst registrerede diagnose blandt børn og unge, samtidig med at det fastslås, at der også her i landet - over de seneste år - har været en markant stigning i antallet af børn, der får diagnosen og tilsvarende stigning i antallet, der får ADHD-medicin.

I retningslinjer fra National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2008) foreslås, at formel diagnosticering af førskolebørn ikke bør være en forudsætning for at tilbyde relevant forældreorienteret intervention. En identifikation af børn i risiko for at udvikle ADHD (også kaldet før-diagnostisk ADHD) kan være tilstrækkelig. Sonuga-Barke, Koerting, Smith, McCann & Thompson (2011) argumenterer for at

se ADHD som en 'high-cost/high-burden' forstyrrelse. I det perspektiv bør man med tidlig identifikation og intervention søge at bedre forstyrrelsens udvikling og reducere dens påvirkning i et langsigtet perspektiv.

Tidlig indsats ved mistanke om ADHD

Der er flere gode grunde til at prioritere en tidlig indsats ved mistanke om ADHD:

Førskolealderen er en periode med kraftig udvikling på de områder, der definerer ADHD, dvs. evnen til at fastholde opmærksomhed, hæmme impulsivitet samt regulere adfærd og følelser. Intervention i forhold til ADHD-vanskeligheder må derfor formodes at være særlig effektiv for de yngste børn, som befinder sig midt i den aktive udviklingsfase for selvsamme funktioner. Til støtte for dette taler ny neuropsykologisk viden om hjernens plasticitet. Her peges på et 'window of opportunity' for at påvirke de yngste børn maksimalt (Møller, 2013; Ghuman, Arnold & Anthony, 2008).

Når ADHD-symptomer debuterer tidligt - allerede i førskolealderen - får de hyppigt følgeskab af aggressiv adfærd (Posner, Pressman & Greenhill, 2009). På den baggrund anses hyperaktivitet for at være en risikofaktor. Barnets udfordrende adfærd påvirker forældre-barn samspillet, hvor forældre fristes til strengere og mere negativ opdragelse, som igen forværrer adfærdssymptomerne (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). Det er dokumenteret, at forældre til førskolebørn med ADHD har dobbelt så mange kontrollerende og negative handlinger som positive i deres opdragelse af børnene (Cunningham, Boyle, Offort, Racine, Hundert, Second & McDonald, 2002). Det er især den type af negativt samspil, hvor forældre og barn gensidigt tvinger og sætter betingelser for hinanden (coercive interactions), som fører til adfærdsproblemer (Patterson & Yoerger, 2002). Adfærdsforstyrrelse i den tidlige skolealder kan føre til enorme udgifter for samfundet på grund af skole drop out, kriminalitet, misbrug og personlig vold i ungdomsårene. Viden om, at ADHD i førskolealderen er en risikofaktor for barnets videre udvikling, er et vigtigt incitament for tidlig indsats med det formål at forhindre fremkomst af yderligere symptomer og sikre en bedre prognose (Chronis, Chacko, Fabiano, Wymbs & Pelham 2004; Pelham, Wheeler & Chronis, 1998).

Endnu et argument for tidlig indsats findes i det forhold, at de yngste børn med ADHD-vanskeligheder endnu ikke har oplevet en lang serie af forældreafvisninger eller negative reaktioner på deres forstyrrende adfærd. At understøtte forældrenes omsorgsfulde samværssituationer og give dem positive

opdragelsesmæssige værktøjer, er derfor en beskyttende faktor i forhold til de potentielle negativistiske samspil, der let opstår i forholdet til barnet med ADHD, og som netop kan føre til aggressivitet og adfærdsproblemer.

Samlet set er der således flere gode argumenter for at gøre tidlig intervention let tilgængeligt for forældre. Formålet med den tidlige intervention ved ADHD er at bruge det yngre barns 'window of opportunity' til at udvikle barnets evne til opmærksomhedsregulering og impuls kontrol for dermed at hæmme ADHD-symptomernes udvikling og desuden forhindre, at der i kølvandet af et vanskeligt samspil med barnet adderes trods og aggression til symptombilledet.

Valg af behandlingsmetode til de yngste børn med ADHD symptomer

Medikamentel behandling med centralstimulerende medicin som methylphenidate og amfetaminbaserede produkter anvendes i vid udstrækning til skolebørn og unge med ADHD. Men de nyeste kliniske guidelines og praksisvejledninger (NICE, 2008; BUP, 2007) anbefaler ikke disse produkter til førskolebørn. Dette hænger bl.a. sammen med langt mere begrænset viden om og erfaring med medikamentel behandling i førskolealderen. Senest har 'the Preschool ADHD Treatment Study' (PAT studiet) bidraget med den bedste information til dato vedr. denne aldersgruppe (Posner, Pressman & Greenhill, 2009). PAT studiet fandt, at den optimale dosis var lavere for førskolebørn end for skolebørn, men også at kun 21 % af de forsøgsdeltagende børn kunne betegnes som "excellent responders", og at virkningen hos disse børn var mindre sammenlignet med skolebørn. Mange familier droppede ud af studiet eller fravalgte medicin på grund af bivirkninger som appetitløshed, søvnbesvær, mavepine, social tilbagetrækning, emotionel ustabilitet - eller på grund af utilstrækkelig virkning (Posner, Pressman & Greenhill, 2009). Dertil kommer, at disse medikamenters påvirkning af hjernens udvikling fortsat er ukendt (LaForrett, Murray & Kollins, 2008). Når det gælder førskolebørn, anbefales det både i Storbritannien (NICE) og Danmark (BUP) at afprøve psykologiske interventioner som forældretræning før medicin og kun anvende medicin i de sværeste tilfælde.

Usikkerheden i forhold til medikamentel behandling af de yngste med ADHD, samt den mindre overbevisende effekt på disse, har således skærpet interessen for psykologiske behandlingsmetoder. I en række nyere oversigtsartikler fremlægges dokumentation for, at forældretræning i dag kan betegnes som en evidensbaseret psykologisk behandling ved ADHD i førskolealderen (McGoey, Eckert & DuPaul, 2002; LaForett, Murray & Kollins, 2008). I disse oversigtsartikler analyseres forskellige, men dog på

mange måder sammenlignelige forældretræningsprogrammer. Det er fælles for programmerne, at man arbejder med forældrenes forståelse af deres egne og deres barns følelser og adfærd. At man giver dem nødvendige færdigheder, som de kan bruge til at udvikle deres barns sociale adfærd og reducere ADHD- og adfærdssymptomer. Der er ofte tale om gruppebaseret behandling, hvor forældrene deler oplevelser og hjælper hinanden. Der er typisk rollespil og hjemmeopgaver med det formål at indarbejde nye holdninger og færdigheder.

I forhold til de yngste børn med ADHD findes to forældretræningsprogrammer med særlig overbevisende dokumentation baseret på RCT-studier. De Utrolige Års Forældretræning (The Incredible Years® Parent Training) har vist, at forældretræning i gruppe kombineret med børnegrupper har positiv effekt (efficacy) på såvel forældrekompetencen som ADHD-symptomerne (Webster-Stratton, Reid, & Beauchaine, 2011 & 2012; Azevedo, Seabra-Santos, Gaspar & Homen, 2013). Tilsvarende effekt (efficacy) er dokumenteret for det lignende program "the New Forest Parenting Programme" (Thompson, Laver-Bradbury, Ayres, Le Poidevin, Mead, Dodds, Psychogion, Bitsakou, Daley, Weeks, Brotman, Abikoff, Thompson & Sonuga-Barke, 2009; Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury & Weeks, 2001).

I engelsk fagterminologi skelnes mellem på den ene side termen effekt (*efficacy*) baseret på RCT studiets fokus på intern validitet og dokumenterede virkning under stærkt kontrollerede forhold f.eks. i en universitetsklinik og på den anden side termen effektivitet (*effectiveness*), som reserveres dokumentation af metodens eksterne validitet baseret på 'real life' studier knyttet til en klinisk hverdag under mindre kontrollerede forhold (Zachariae, 2007). De to ovenfor omtalte forældretræningsprogrammer er testet med RCT-studier under særdeles kontrollerede betingelser, som sikrer højt fremmøde og lavt frafald. Forsøgspersonerne er udvalgt på basis af en diagnose og modtager et manualiseret behandlingsprogram under ledelse af erfarne terapeuter. Efficacy-forskningen fortæller os, hvor godt behandlingen virker under disse ideelle betingelser, mens effectiveness-forskningen dokumenterer, at virkningen kan genfindes under reelle betingelser i klinisk praksis. Det aktuelle studie beskæftiger sig med sidstnævnte, nemlig spørgsmålet om hvorvidt virkningen, som den er dokumenteret i et amerikansk RCT studie, kan genfindes under reelle betingelser i en dansk klinisk sammenhæng.

Det aktuelle studie

Formålet med dette studie

Dette studie fulgte de seks første forældretræningsgrupper, der kørte i regi af Center for ADHD.

Familierne blev fulgt, fra de blev visiteret til programmet (før-målinger) til behandlingens afslutning (efter-målinger) - og videre til et halvt år efter behandlingens ophør (followup- målinger).

Gruppesessionerne fordelte sig over ca. 20 uger. Den samlede dataindsamling for alle 6 forældregrupper fra start til follow-up strakte sig over knap 2 år.

Formålet var at undersøge:

(1) Om man i en 'real world' sammenhæng, som Center for ADHD repræsenterede, med forældrene som selvhenvisere og uden krav om forudgående diagnosticering i børne- og ungdomspsykiatrien, kunne rekruttere projektets målgruppe, dvs. børn med ADHD-symptomer (som ansås for at have eller være i risiko for ADHD).

(2) Om man kunne opnå en behandlingseffekt med De Utrolige Års forældretræningsprogram, der kunne måle sig med den, programudviklerne havde dokumenteret i deres RCT studie (Webster-Stratton, C H, Reid, M J & Beauchaine, T, 2011 & 2012). Endvidere om man kunne opnå denne behandlingseffekt med forældretræningen alene, altså uden den associerede børnegruppe, som i RCT-studiet blev tilbudt børnene parallelt med forældregrupperne. I denne del af studiet målte man behandlingseffekt på børnenes ADHD- og adfærdssymptomer, på deres sociale kompetence samt på forældrenes opdragelsesmåder.

(3) Om deltagelse i forældreprogrammet indvirkede på forældrenes opfattelse af det at være forældre – herunder både forældretilfredshed, -kompetence og -stress.

(4) Om forældrene var tilfredse med programmet - sammenlignet med tilfredsheden i RCT-studiet.

Samlet forventedes det, at disse resultater ville bidrage til viden om forældreprogrammets effektivitet, når det blev anvendt i en dansk 'real world' kontekst.

Visitation til behandlingsgrupperne

Visitationen til behandlingsgrupperne havde flere trin. Ved forældrenes første telefonkontakt blev der lyttet til deres beskrivelse af barnets hyperaktive, ukoncentrerede og impulsive adfærd samt andre symptomer og vanskeligheder, og desuden blev der spurgt til, hvordan symptomerne påvirkede familien i

hverdagen. Forældrene blev informeret om forældreprogrammets rammer, indhold og tidsmæssige omfang samt om mødepligten. Deltagelse i en forældretræningsgruppe var uden økonomisk omkostning for familien.

Hvis forældrene på baggrund af denne information ønskede at blive visiteret til forældretræningen, blev de bedt om at udfylde tre spørgeskemaer, som for centerets psykologer yderligere kunne afklare arten og sværhedsgraden af barnets vanskeligheder, samt i hvilken grad barnet/familien oplevede sig belastet af disse. Det drejede sig om (1) Conners 3 ADHD Index (Conners 3AI - Parent; Conners, 2009); (2) Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999) ; (3) The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1999). Yderligere information om disse instrumenter findes nedenfor i afsnittet om målemetoder.

Efterfølgende blev familierne tilbudt et hjemmebesøg ved to af centerets psykologer og herunder et grundigt interview. Under interviewet blev der indhentet information om barnets udviklingshistorie og mere uddybende om den aktuelle problemadfærd. Desuden blev forældrene udspurgt om hverdagen med barnet i hjemmet, familiens netværk samt forældrenes opdragelsesmetoder. Visitationen til en forældregruppe byggede på en samlet vurdering af barnets ADHD-symptomer og familiens behov baseret på såvel interview, hjemmebesøg som spørgeskemaerne. Inklusion var, som allerede beskrevet, ikke betinget af opfyldelse af på forhånd opstillede kriterier for ADHD eller af cut-off score på de anvendte spørgeskemaer.

I alt 41 familier henvendte sig om behandlingstilbuddet, seks trak sig, da de skønnede, at et ugentligt tidsforbrug på to timer - over 20 uger - oversteg, hvad de på det tidspunkt kunne klare. De øvrige 36 familier blev alle ifølge visitationen defineret som målgruppe og tilbudt en plads i forældretræningsprogrammet. Det aktuelle studie valgte at følge centerets beslutning og inkluderede alle 36 familier i evalueringen af programmets virkning. Valget understreger ønsket om at evaluere behandlingseffekt netop i forhold den gruppe af bekymrede forældre til børn med ADHD-symptomer, som selv henvendte sig til Center for ADHD, og som netop var centerets målgruppe. Mere strikte eksklusionskriterier vedrørende komorbiditet hos barnet, etnicitet eller sociale problemer i familien kunne gøre resultatet mindre interessant og brugbart for centret og dermed også for andre lignende behandlingstilbud.

I forbindelse med at forældrene blev tilbudt en plads i forældreprogrammet, blev de også bedt om informeret samtykke i forhold til deres medvirken i undersøgelsen. I aftalen indgik, at forældrene kunne

trække deres tilsagn om at medvirke tilbage, uden at det ville få konsekvenser for deres deltagelse i behandlingsgruppen. Undersøgelsen blev godkendt af Datatilsynet.

Deltagerne

Deltagerne var, som allerede nævnt, 36 selvhenviste familier med et 3-8-årigt barn med ADHD symptomer. Børnenes gennemsnitsalder var ved start 6.4 år ($M = 77.1$ måneder, $SD = 18.7$ måneder) og 75% var drenge. De fleste forældre var i trediveerne ($M = 34.4$ år, $SD = 6.3$) og havde et uddannelsesniveau svarende til i gennemsnit 15 års skolegang ($M = 15.3$ år).

12 af de 36 børn (33%) havde allerede en klinisk diagnose ved henvendelsen til Center for ADHD. De var blevet diagnosticeret enten i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende børneneurolog/psykiater. Tre af disse fik medicin i stabil dosis, hvilke de fortsatte med under hele forløbet. Flere stod på venteliste til diagnosticering. Ingen af forældrene til de 36 børn havde tidligere deltaget i et forældretræningsprogram.

Undersøgelsens design

Vi valgte et simpelt evalueringsdesign med målinger før og efter behandlingsprogrammet samt followup målinger 6 måneder efter behandlingsprogrammets ophør. Før-målinger blev indsamlet i forbindelse med visitationen ikke længere end 3 uger før behandlingsprogrammets start. Efter-målinger blev indsamlet ikke længere end 4 uger efter behandlingsprogrammets afslutning. Follow-up målinger blev indsamlet ikke tidligere end seks måneder efter behandlingens afslutning.

Behandlingseffekten blev målt specifikt på børnenes ADHD-symptomer og mere generelt på deres adfærdsmæssige vanskeligheder, desuden på deres sociale færdigheder. Der blev også evalueret på forældrenes opdragelsesmetoder, på deres oplevelse af forældrekompetence samt på deres stressniveau. I alle tilfælde var der tale om forælderapporteringer på standardiserede spørgeskemaer. Endelig blev forældrenes tilfredshed med programmet evalueret.

Benchmarkingstrategien

Benchmarking-metoden blev udviklet med det formål at vurdere generaliserbarheden af resultater fra RCT-studier (Weersing, 2005) i en ny sammenhæng. Benchmarking anses for en vigtig komponent i evidensbaseret praksis. Første trin i en benchmarkingmodel er at udvælge et gold-standard benchmarkingstudie fra faglitteraturen, anvende sammenlignelige effektmål og vurdere effekten punkt for punkt samt diskutere forskelle i resultaterne (Weersing, 2005). Vi valgte benchmarkingmetoden som analytisk strategi med det formål at teste hypotesen om generaliserbarhed af den effekt, der allerede var dokumenteret i Webster-Stratton et al.(2011, 2012) efficacy-studie til vores 'real world' kontekst i Center for ADHD.

Der var i Center for ADHDs to første år ikke ressourcer til at håndtere et krævende RCT-design. Benchmarking strategien var derimod en oplagt mulighed, da målgruppen, formålet, behandlingsprogrammet og en del af de anvendte måleredskaber var identiske med dem, som blev anvendt i det omtalte RCT-studie af Webster-Stratton et al. (2011; 2012). I forhold til hvert af disse effektmål kunne vi sammenligne vores behandlingsgruppe med både behandlingsgruppen og ventelistegruppen i RCT-studiet, hvilket til dels kunne kompensere for den manglende kontrolgruppe i vort studie. Med anvendelse af samme intervention og effektmål som RCT-studiet, var det muligt at teste, om vores behandlingseffekt kunne matche den, der blev dokumenteret for RCT-studiets behandlingsgruppe, hvilket ville styrke vores resultater og svække argumenter for, at vore resultater kunne være opnået uden behandling, ikke mindst i betragtning af, af deres kontrolgruppe (ventelistegruppe) ikke ændrede sig over samme periode.

Målemetoder

Barnets adfærd:

Conners 3 ADHD Index (Conners 3AI; Conners, 2009) indeholder de 10 items fra den samlede Conners skala fra 2009, som mest pålideligt identificerer børn diagnosticeret med ADHD fra en generel børnepopulation. Dette ADHD-indeks er især brugbart, når det samme individ besvarer skemaet flere gange, som det er tilfældet i dette studie. RCT-studiet har anvendt et 57 item instrument fra Conners' Parent Rating Scale - Revised (Conners, Siitarenios, Parker & Epstein, 1998). Ni af disse 57 items er identiske (og det 10. er næsten identisk) med de 10 items i Conners 3AI. Det er disse 10 items, der er grundlaget for benchmarking med Webster-Stratton et al 2011 & 2012.

Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999). ECBI er en 36 item rating skala til kortlægning af adfærdsproblemer - herunder også ADHD-adfærd i barndommen fra 2-16 år. Resultatet samles i to scores, den ene for hyppigheden/intensiteten af adfærdsproblemerne, den anden angiver, hvorvidt barnets adfærd udgør et problem for familien.

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1999). Baseret på forælderreportering opnås et samlet mål for stress, som er baseret på følgende delskalaer: Emotionelle problemer; adfærdsmæssige vanskeligheder; hyperaktivitet & opmærksomhedsforstyrrelse; kammeratproblemer; venlig og hjælpsom adfærd. Dertil kommer en vurdering af, i hvilken grad vanskelighederne har indflydelse på barnets dagligdag og på familien som helhed.

Social Competence Scale (P-COMP; Conduct Problems Prevention Research Group, 1999) The P-COMP indeholder 12 items, som bedømmer forældrenes opfattelse af barnets kompetence på to domæner: dels social kompetence og dels evne til emotionel regulering.

Forældrenes opdragelsesmetoder:

Parenting Practices Inventory (PPI; Conduct Problems Prevention Research Group, 1996) Dette spørgeskema er blevet anvendt som effektmål i flere forældretræningsprogrammer og vist sig at være et sensitivt mål. I dette studie anvendes fire delskalaer, som giver information om forældrenes egen bedømmelse af a) brug af hensigtsmæssig opdragelse; b) brug af ros og belønning; c) brug af udsældende, negativ og inkonsekvent opdragelse; og brug af fysisk markering/straf.

Forældrekompetence, forældretilfredshed og forældrestress

The Parenting Sense of Competence Scale (PSOC; Johnston & Mach, 1989). Far og mor udfylder hver sit skema med 16 spørgsmål vedrørende deres oplevelse af at være en forælder. Resultatet sammenfattes i to scores; dels for tilfredshed med forælderrollen og dels for følelsen af at være kompetent som forældre.

Parent Stress Index- Short version (PSI-Short Form; Richard, 1995). Den korte form indeholder 36 spørgsmål som identificerer og bedømmer forældres stress i forhold til samspillet med deres barn. Den samlede score for forældrestress baseres på tre delskalaer: belastning hos forælder; vanskeligt barn; dysfunktionelt forældre-barn samspil.

Forældrenes fremmøde og tilfredshed med programmet:

Parent Satisfaction Questionnaires. Ved afslutningen af gruppeforløbet udfyldte forældrene det evalueringsskema, der indgår i De utrolige års forældreprogram. Forældrene bedømte forskellige komponenter af programmet.

Intervention

De Utrolige Års forældretræning (DUÅ-forældretræning) er et manualiseret program, hvilket betyder, at der køres relativt struktureret med et program for hver session, hvor en række temaer og øvelser skal dækkes. Dette kan og skal administreres med fleksibilitet og tilpasses forskellige forhold i gruppen. Man kan læse mere om programmet i Webster-Stratton & Reid (2010) eller på 'The Incredible Years' hjemmeside.

De Utrolige Års forældretræning hjælper forældrene til at øge deres brug af positive opdragelsesmetoder og reducere negativt tvingende samspil med deres barn. Det sker bl.a. ved at give dem information om deres barns udviklingsmæssige behov og få dem til at se på egne negative forventninger i samspillet. Gennem programmet lærer forældrene at give barnet positiv, rolig og omsorgsfuld opmærksomhed (Webster-Stratton C., 2006).

Den nyeste version af 'Basic IY Parent Program for Preschool Children' blev anvendt både i RCT-studiet og i det aktuelle studie. Denne opdaterede version af programmet har indarbejdet nyt materiale, som er tilpasset yngre børn med ADHD. Sammenlignet med tidligere versioner er der mere fokus på at styrke børnenes vedvarende opmærksomhed, sociale and emotionelle selvregulering samt problemløsningsevne. Desuden lærer forældrene at skabe forudsigelighed og rutiner i hverdagen for barnet. Denne version af programmet inkluderer også nye video-vignetter, der viser børn med ADHD i samspil med deres forældre

- med det formål at fremme forældrenes forståelse af, hvordan man responderer hensigtsmæssigt og effektivt på børn med disse vanskeligheder og forstår deres udviklingsmæssige udfordringer samt vanskelige temperament.

RCT-studiet (Webster-Stratton et al. 2011) tilbød forældregrupper i kombination med børnegrupper. Som allerede omtalt tilbød Center for ADHD forældregrupperne alene uden parallelt børnegrupperforløb. I RCT-studiet blev forældreprogrammet gennemført med 20 ugentlige gruppesessioner a 2-timers varighed for 6 familier pr. gruppe, i disse var inkluderet 4 sessioner fra 'Advanced Incredible Years' forældreprogram. Børnegrupperne ('Dinosaurgrupper') blev afviklet på samme tidspunkt som forældregrupperne. I børnesessionerne kunne emnerne dreje sig om, hvordan man følger regler, hvordan man erkender og udtrykke sine følelser, hvordan man løser problemer i hverdagslivet, hvordan man kontrollerer sin vrede og hvordan man får venner (Webster-Stratton & Reid, 2008).

For at tilpasse programmet til danske forhold, herunder ønsker som blev formuleret af forældrene, blev der på Center for ADHD foretaget tilpasninger i programmets form, men ikke i indholdet. To sessioner blev tilbudt som individuel konsultation og to sessioner blev tilbudt som fælles aftenworkshops. Til den ene workshop kunne forældrene invitere deres netværk (bedsteforældre, nabo, pædagog/lærer) til information om ADHD generelt og om forældreprogrammets indhold specifikt. Ved den anden workshop mødtes alle forældre (fra de tre forældregrupper som kørte i den periode) til 'samtalecafe', for i mindre grupper på tværs at drøfte udvalgte og særligt betydningsfulde problemstillinger fra deres hverdag med barnet. De resterende 16 sessioner blev gennemført som 2-timers ugentlige gruppemøder med seks familier pr. gruppe. Som sagt, blev børnegrupperprogrammet ikke tilbudt i det aktuelle studie. Men barnet med ADHD-vanskeligheder blev sammen med mindreårige søskende tilbudt pasning mens forældrene deltog i gruppemøderne. Børnepasningen blev varetaget af psykologistuderende og superviseret af en psykolog med træning i De Utrolige Års 'Dino Classroom' for børn. Børnepasningen anvendte principperne fra dette, men fulgte ikke det manualiserede program. Flertallet af børnene deltog i børnepasningen.

'Treatment Fidelity'

'Treatment Fidelity' refererer til de strategier, hvormed man monitorerer og sikrer, at intervention implementeres som planlagt, og hver eneste komponent i programmet administreres på sammenlignelig måde til alle deltagere i hele projektforsøget. Som det var tilfældet i RCT-studiet blev der i det aktuelle

studie gjort en stor indsats for at sikre 'fidelitet'. Forældretræningen blev gennemført efter samme programmanual og -protokoller. Fire gruppeledere varetog de 6 gruppeforløb i faste par. Tre af de fire var erfarne kliniske psykologer med professionel erfaring fra arbejdet med ADHD hos børn og på vej til at blive certificeret DUÅ-gruppeledere, den fjerde gruppeleder var sundhedsplejerske og tæt på at være certificeret. Som del af certificeringsprogrammet modtog alle fire gruppeledere fælles supervision af uddannet mentor i DUÅ-forældretræningsprogrammet og videooptagelser fra gruppesessionerne blev gennemset af gruppen af gruppelederne ved ugentlige supervisioner og desuden godkendt af programudvikleren (Carolyn Webster-Stratton). Gruppelederne udfyldte protokol-tjeklister efter hver session, hvoraf det fremgik hvilke vignetter, aktiviteter og praksisøvelser der blev anvendt under sessionen. Samtlige af behandlingsmanualens temaer blev dækket i løbet af gruppeforløbet og de to workshops. Samlet set har der været tale om en høj grad af 'treatment fidelity'.

Resultater

Ramte vi målgruppen?

I alt 41 familier henvendte sig i projektperioden med ønske om et behandlingstilbud. Seks trak sig efter den første telefonkontakt grundet interventionens tidsmæssige omfang. De resterende 36 familier, der gennemgik den omtalte visitation, blev alle fundet egnede og blev tilbudt en plads i en forældregruppe.

Af disse 36 familier havde 35 tidligere været i kontakt med det professionelle hjælpesystemet (socialforvaltning, PPR, børne- og ungdomspsykiatrien, privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater eller neurolog). Kun en familie havde ikke været i kontakt med hjælpesystemet.

Nedenfor ses hvor mange af de 36 børn, der havde haft kontakt med de forskellige instanser.

Har haft kontakt med det professionelle hjælpesystem:	Antal
Skolepsykolog/PPR	26
Socialforvaltning	10
Egen læge	18
Børne- og ungdomspsykiatrien	12
Privatpraktiserende neurolog / neuropædiater	16
Privatpraktiserende børne- og ungdomspsykiater eller -psykolog	8
Anden professionel kontakt	3

Ingen professionel kontakt	1
----------------------------	---

Børnenes gennemsnitsalder var 6.4 år ($M = 77.1$ måneder, $SD = 18.7$ måneder) og 75% var drenge.

På baggrund af baseline forældreinformation på Conners 3AI-Parent kan der beregnes en score som angiver sandsynligheden for, at barnet ville få en ADHD diagnose (Conners, 2009). I alt 29 af 36 (81 %) vurderes til at have over 95% sandsynlighed for en ADHD diagnose, hvis barnet blev underlagt en klinisk diagnostisk vurdering. På basis af en tilsvarende vurdering ud fra SDQ (Goodman, 1997) skønnes 18 ud af 36 (50 %) at have høj risiko for en adfærdsforstyrrelse.

12 af de 36 børn (33 %) havde allerede en ADHD diagnose ved henvendelsen til Center for ADHD. De var diagnosticeret enten i børne- og ungdomspsykiatrien eller ved privatpraktiserende børneneurolog/psykiater. Flere børn stod på venteliste til diagnostisk udredning ved projektets start. Ved follow-up seks måneder efter behandlingens afslutning havde 17 af de 28 børn, der på det tidspunkt var målinger på, fået en formel ADHD-diagnose, svarende til 61 %.

Samlet set tyder disse tal på, at de forældre, som i perioden selv henvendte sig med ønske om et behandlingstilbud, tilhørte centrets målgruppe.

Grundlaget for benchmarking m Webster-Stratton et al.

Kunne Center for ADHD replicere behandlingsresultaterne i Webster-Stratton et al. RCT-studie vedrørende børnenes ADHD-symptomer, problemadfærd og sociale kompetence samt forældrenes opdragelsesmetoder?

I benchmarkinganalysen sammenlignede vi de 36 børn fra det aktuelle studie med de 49 børn, som indgik i behandlingsgruppen i RCT studiet. Studiets hovedartikel med grundig beskrivelse af benchmarkinganalyse og resultater er publiceret i: Trillingsgaard, T., Trillingsgaard, A., & Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the Effectiveness of the Incredible Years Parent Training to Parent of Young Children with ADHD Symptoms – a preliminary Report. *Scandinavian Journal of Psychology*. I dette afsnit præsenteres hovedresultaterne fra denne artikel. For mere detaljeret information om analyser, beregninger, tabeller mm. henvises til selve artiklen.

I det følgende præsenteres data, som danner grundlag for benchmarkinganalysen:

Demografiske forhold: Sammenlignet med RCT-studiet var de danske børn gennemsnitligt 13 måneder ældre. Deres forældre var i gennemsnit lidt yngre (34,4 år mod 37,3 år) og de levede lidt hyppigere i familier med kun en forældre (56 % mod 77 %), hvilket i de fleste tilfælde var moderen. Forældrenes uddannelsesmæssige baggrund var sammenlignelig (ca. 15,3 år mod 15,6 års skolegang/uddannelse). Det samme gælder antallet af børn, som boede i familien (ca. 1,8). Trods den forskellige rekruttering var de to samples sammenlignelige på demografiske variable.

ADHD symptomniveau: Som grundlag for sammenligning af ADHD-symptomniveauet ved baseline anvendte det aktuelle studie den omtalte diagnostiske sandsynlighedsscore beregnet på basis af Conners 3AI Parent (Conners, 2009). Ifølge denne sandsynlighedsberegning ville som allerede nævnt 81 % af børnene i vort sample med stor sandsynlighed få en klinisk ADHD-diagnose. I benchmarkingstudiet blev alle børn diagnosticeret, idet en ADHD-diagnose var et adgangskriterium til studiet. I den udstrækning sandsynlighedsberegningen er pålidelig, er de to samples sammenlignelige. Desuden var der ingen signifikant forskel på symptomniveauet på den diagnosticerede population i RCT-studiet og i det danske sample på baselinemål for hverken ADHD (Conners 3AI Parent) eller adfærdssymptomer (Eyberg Child Behavior Inventory).

Deltagelse i programmets sessioner: I det danske studie deltog den primære forældre i gennemsnit i 81 % af de seksten 2-timers sessioner. Den anden forældre deltog i gennemsnit i 75 % af sessionerne (dette tal beror på de 66% af familierne, hvor en anden forældre deltog mindst en gang). Der er ikke registreringer for deltagelse i de to workshops. Til sammenligning deltog mødrene i RCT-studiet i 92,5 % af sessionerne og den anden forældre deltog i 85,5 %. (dette sidste tal baseret på de 75,5 % af familierne, hvor en anden forældre deltog i programmet mindst en session). Som forventeligt, var deltagelsen i de ugentlige sessioner lidt lavere i vort 'real life' studie end i RCT-studiet.

Frafald: Af de 36 familier, der påbegyndte forældrebehandlingen i det aktuelle studie var 3 faldet fra allerede efter de første to sessioner (8.3 %). Årsagen var familieforhold som alvorlig sygdom i familien, belastningen som alenemor med flere børn eller aktuel stress i familien. I de resterende 33 familier (91.7 %) gennemførte mindst en af forældrene mere end to sessioner. Disse familier blev inddraget i før-til-efter analyser af behandlingseffekt. På basis af besvarelse fra 28 af de 33 familier (77,8 %) kunne også followup analyser gennemføres. Til sammenligning var forholdene i RCT-studiet således, at kun to af de 49 familier stoppede i programmet (4 %). Før-til-efter analyser kunne gennemføres på 48 of 49 families (98 %), mens analyser af follow-

up kunne gennemføres på 42 familier (85.7 %). Igen var der som ventet et lidt større frafald i vort 'real world' studie sammenlignet med RCT-studiet.

For at udelukke den mulighed, at en behandlingseffekt i vort studie kunne være fremkommet ved selektivt frafald, hvor de hårdest ramte / mest belastede familier falder ud af studiet, sammenlignede vi demografiske forhold og baseline symptommålinger fra de familier, der gennemførte programmet med de familier, som faldt fra under behandlingen eller i followup perioden. Der var ingen signifikant forskel på de to grupper. Selektivt frafald synes ikke at være forklaringen på den behandlingseffekt, der beskrives i det følgende.

Behandlingseffekt i det aktuelle studie:

Hvis vi ser på gruppen af danske forældre (den primære forældre), viser der sig følgende behandlingseffekt:

- Der var signifikant reduktion på begge delmål for *adfærdsmæssige vanskeligheder* (Eyberg Child Behavior Inventory), dels på målet for adfærdssymptomernes intensitet (Intensity), og dels på målet for den grad af problem vanskelighederne skaber for familien (Problem).
- Der var ligeledes signifikant symptomreduktion på Conners 3AI ADHD mål for *ADHD-symptomer*, dels på symptomniveauet (Symptoms) og dels på graden af påvirkning på barnets hverdag (Impact).

Hvis vi ser på adfærdsmålet for *social kompetence*, som en færdighed man ønsker at fremme hos børnene, fandt vi signifikante før-til-efter forbedring.

- Der var signifikante før-til-efter behandlingseffekt på begge de to mål for 'Social Competence', dels på Emotionel regulering og dels på Social kompetence.

Hvis vi ser på, om deltagelse i programmet påvirkede forældrenes oplevelse af den måde de opdragede eller regulerede deres børn på, viste der sig følgende:

- På tre ud af fire underskalaer fra Parenting Practices Inventory (PPI) fandt vi en signifikant behandlingseffekt. Det drejede sig om: *Anvendelse af ros og belønning*, som steg, mens anvendelsen af fysisk markering/straf faldt, endvidere faldt

anvendelsen af negativitet og hårde opdragelsesmetoder. Der var ingen signifikant forskel på det fjerde delmål; anvendelse af hensigtsmæssige opdragelsesmetoder.

Benchmarking med Webster-Stratton et al. RCT-studie

Til gennemførelse af benchmarkinganalysen blev der foretaget en sammenligning af effektstørrelser (Cohens D) på før-til-efter behandlingseffekter mellem behandlingsgruppen fra de to studier - på de ni fælles effektmål.

- Effektstørrelserne i de to studier var for 7 af de 9 fælles mål af samme størrelse, forstået på den måde, at der på disse områder ikke var signifikant forskel på den opnåede behandlingseffekt i de to studier. Det drejer sig om reduktion af ADHD-symptomer, reduktion af adfærdssymptomer og disses påvirkning af familien. Desuden forbedring af barnets sociale kompetence samt fald i forældrenes anvendelse af hårde og negative opdragelsesmetoder. Derimod viste der sig en signifikant forskel på effektstørrelsen fra før til efter på 2 af de 9 målinger. Det drejede sig om evne til emotionel regulering, hvor der var signifikant større før til efter effekt hos børnene i RCT-studiet sammenlignet med børnene i det danske studie. Modsat viste analysen en signifikant større behandlingseffekt i det danske studie, hvad angik forældrenes anvendelse af ros og belønning sammenlignet med RCT-studiet.

Vedligeholdelse af effekt over tid (det aktuelle studie)

Eftersom follow-up perioden var forskellig i de to studier (6 måneder i det danske studie og 12 måneder i RCT-studiet) var det ikke meningsfuldt at foretage en benchmarking.

I det danske studie faldt Eybergs mål for adfærdsproblemerne indvirkning i dagligdagen yderligere fra post test til follow-up test, hvilket vil sige at den gode udvikling fortsatte efter behandlingsperioden. Derimod viste der sig ikke nogen signifikant ændring fra post test til follow-up på Eyberg mål for intensiteten af problemadfærden, hvilket heller ikke var tilfældet på Connors 3AI ADHD mål for ADHD symptomer. Den opnåede behandlingseffekt havde holdt niveauet.

Klinisk signifikante ændringer (det aktuelle studie)

Man har problematiseret betydningen af statistisk signifikans, hvilke har ført til forsøg på at definere mere klinisk betydningsfulde mål for behandlingseffekt. En såkaldt klinisk signifikant behandlingseffekt kan opnås ved at specificere procentdelen af børn som ved followup scorer under klinisk cut-off (dvs. indenfor normalområdet). Derved fokuseres på, om børnene i behandlingsperioden har bevæget sig fra det kliniske område til normalområdet - omend en sådan analyse må fortolkes med forsigtighed, da der reelt ikke kan tegnes en skarp grænse her.

Eybergs score for adfærdsproblemer viste, at 93,5 % af de danske børn fra start havde en score for adfærdsproblemerne intensitets over klinisk niveau, og 77,4 % af børnene havde en score for adfærdsproblemerne indvirkning i dagligdagen over klinisk niveau (cut-off ved *T* score over 60). Procentdelen af børn, som i løbet af behandlingsperioden bevægede sig fra over til under klinisk niveau, var 51,6 % på målet for adfærdsproblemerne intensitet og 35,4 % på graden af problem for familien. Ved follow-up havde 50,0 % af børnene en intensitet score under klinisk niveau (dvs. i normalområdet), det samme gjorde sig gældende for 67,8 % af børnene for problemscoren.

Ved anvendelse af 95 percentilen som cut-off kunne et tilsvarende estimat gøres for ADHD-symptomerne (Conners 3AI scale). Fra før til efter behandlingen bevægede 26 % af børnene sig fra over til under klinisk niveau. Fra før behandling til follow-up bevægede 43 % af børnene sig fra over til under klinisk niveau. På grund af frafald må tallene tages med forbehold.

For mere detaljeret information om analyser beregninger og tabeller henvises til:

Betydning af behandling med ADHD-medicin (det aktuelle studie)

På det tidspunkt, hvor børnene i det danske studie blev visiteret til programmet, blev tre af de 36 børn (9 %) behandlet med ADHD-medicin, og det fortsatte de med under hele projektperioden. Yderligere 2 børn (6 %) fik ordineret ADHD-medicin under behandlingsperioden. Ved follow-up blev i alt ni børn (27 %) behandlet med ADHD-medicin. Til sammenligning fik fem af 49 børn (8 %) i RCT-studiets behandlingsgruppe ordineret ADHD-medicin under

behandlingsperioden, men ved follow-up, var 14 (29 %) af behandlingsgruppens børn i medikamentel behandling. Andelen af børn, som modtog ADHD-medicin ved follow up var således sammenligneligt i vort studie og i Webster-Stratton et al. RCT-studie (2011, 2012), men der var flere børn i det danske studie, der modtog medikamentel behandling fra programmets start.

For at udelukke den konkurrerende antagelse, at den medikamentelle behandling påvirkede behandlingseffekten i det danske studie, gennemførte vi en række between-within subjects analyser for varians i forhold til alle mål for symptomniveau. Modtagelse af medikamentel behandling før behandlingen startede, under behandlingsperioden, eller i followup perioden var ikke signifikant associeret med symptomniveauet før behandlingens start (visitationstidspunktet) eller med graden af symptom reduktion over behandlingsperiodens forløb. Med andre ord, der er ikke grundlag for den alternative hypotese, at det var den medikamentelle behandling, som gav anledning til det gode behandlingsresultat i det aktuelle studie. I RCT-studiet blev foretaget tilsvarende analyser med tilsvarende resultat.

Forældrekompetence, -tilfredshed og –stress (det aktuelle studie)

Børnene er den reelle målgruppe for behandlingen, men behandlingsprogrammet arbejder gennem forældrene. Ændringer i forældrenes håndtering af deres barn menes at skabe den ønskede sociale udvikling og symptomreduktion. Derfor er det også vigtigt at undersøge, hvad programmet gjorde ved forældrenes oplevelse af at være forældre, og hvilken grad af stress, de oplevede i forældrerollen. I tabellen nedenfor ses, at der er et signifikant fald (udregnet med parret t-tests) i det samlede stressniveau kombineret med signifikant stigning i forældrenes følelse af tilfredshed og kompetence. Disse forældremålinger er kun anvendt i det danske studie.

Outcome Målinger	Før n=33	Efter n=33	t (før-efter)
Parenting Stress Index (PSI-Short form)			
<i>Belastet forældre (Parental Distress)</i>	33.79(9.51)	30.03 (8.48)	3.63**

<i>Vanskeligt barn (Difficult Child)</i>	41.12 (7.25)	37.24 (7.96)	3.56**
<i>Dysfunktionelt forældre-barn samspil (Parent Child Dysfunctional Interaction)</i>	30.82 (7.42)	27.70 (6.44)	3.06**
<i>Samlet stress (Total Stress)</i>	109.69 (20.68)	96.13 (16.61)	3.37**
Parenting Sense Of Competence (PSOC)			
<i>Følelsen af tilfredshed (Satisfaction)</i>	37.33 (7.48)	42.73 (8.13)	-4.60***
<i>Følelsen af effektivitet (Efficacy)</i>	29.67 (5.15)	33.42 (4.91)	-5.85***

a. * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Som det ses, er der signifikant bedring på alle områder: forældrene oplever mindre stress, samt mere tilfredshed og kompetence i rollen som forældre.

Forældrenes tilfredshed med programmet:

I det danske studie besvarede alle forældre en kort version af det tilfredshed-med-programmet-spørgeskema, som også blev anvendt i Webster-Stratton et al. RCT-studie (2011,2012). De blev bedt om at vurdere deres tilfredshed med programmet helt overordnet, men også nytten af de specifikke programkomponenter.

I det danske studie lå mødrenes gennemsnitlige tilfredshed på 35 af de 41 items på 6 eller 7 på en 7-punkts skala - det samme gjorde sig gældende for 48 ud af 59 i RCT-studiet. I begge studier var laveste rating 4. I vort studie blev denne rating givet i forhold til følgende item: "Nytten af telefonopkald fra andre gruppemedlemmer", som forældrene altså ikke fandt videre nyttigt. Fædrenes gennemsnitlige bedømmelse på 31 af 42 items lå på 6 eller 7 på en 7-punkts rating sammenlignet med 38 ud af 59 i RCT-studiet. Som det var tilfældet for mødrenes bedømmelser, blev kun et item: "Nytten af telefonopkald fra andre gruppedeltagere" ratet med 4 af 7 mulige point. Alle andre items blev bedømt til 5 eller mere. Dette indikerer, at der generelt var god tilfredshed med behandlingsprogrammet i Danmark - og på niveau med RCT-studiet.

Diskussion

Dette studie undersøgte effektiviteten af De Utrolige Års forældretræning i en 'real world' klinisk sammenhæng, når programmet administreres uden det associerede børneprogram til selvhenviste forældre med et yngre barn med ADHD-symptomer. Vi fandt signifikant reduktion fra før til efter behandlingen i forhold til børnenes ADHD-symptomer og adfærdssymptomer. Vi fandt også signifikant forbedring af børnenes evne til social og emotionel regulering. Dertil kom, at forældrene rapporterede om ændringer i deres opdragelsesmetode i form af mere brug af ros og belønning, samt mindre brug af negativitet. Alle effekter blev vedligeholdt eller forbedret over den 6 måneder lange follow-up periode. På basis af ni effektmål, som anvendtes både i dette studie og i Webster-Stratton og kollegers RCT-studie, var det muligt, med en benchmarkingstrategi, at sammenligne de opnåede behandlingseffekter i de to studier. Otte af de ni effektstørrelser viste sammenlignelige eller større værdier fra før-til-efter-behandlingen i det aktuelle studie. Det drejede sig om målene for ADHD- og adfærdssymptomer, for social kompetence samt for forældrenes øgede anvendelse af ros og belønning og mindre brug af negativitet.

Desuden fandt vi i det danske studie en signifikant bedring på forældrenes rapporterede oplevelse af forældrekompetence og tilfredshed med forælderrollen samt reduceret stressniveau.

Der viste sig to interessante forskelle ved benchmarkingen med RCT-studiet. For det første; Man fandt i RCT-studiet signifikant større effektstørrelser på før-til-efter ændring på børnenes evne til emotionel regulering - sammenlignet med det aktuelle studie. Denne forskel kan forklares ved det forhold at børnene på Center for ADHD ikke deltog i en børnebehandlingsgruppe, men kun fik tilbud om at deltage i pasningsordning. Omend denne tilstræbte at følge principperne, var der ikke tale om et manualiseret gruppeprogram med en intensitet som det, der kørte i RCT-studiet.

Fremtidige studier, der søger at differentiere mellem effekten af forældretræningen og af børnegrupperne, kan måske kaste mere lys over dette fund. For det andet; Forældre i det aktuelle studie rapporterede en signifikant større behandlingseffekt på før-til-efter mål for brugen af ros og belønning sammenlignet med forældrene i RCT-studiet. De danske forældre gav under forløbet udtryk for stor positiv forundring over virkningen af ros, herunder også massiv ros. Måske kan den stærkere effekt forklares ved den opdragelsesmæssige norm, der findes i Danmark, som advarer mod at rose sit barn, for det barnet gør. Måske introducerer programkomponenten 'ros' en mere radikal ændring i danske forældres opdragelsesmåde, end det er tilfældet for de amerikanske forældre. Den danske kulturs blufærdighed eller direkte negative attitude mod at rose børn for det

de gør, kan vise sig at være uhensigtsmæssig i forhold til børn med ADHD, og et af de områder, hvor danske forældre til børn med ADHD har et effektivt værktøj at hente. Til støtte for denne antagelse taler, at de danske forældre ratede 'ros' som den mest effektive programkomponent.

Det er en markant begrænsning i det danske studie, at der ikke er nogen kontrolgruppe. Det gør det ikke muligt at kontrollere for, at andre faktorer end interventionen (så som at børnene bliver ældre og mere modne, problemerne løser sig selv, forældrene får opmærksomhed mm.) er årsag til den effekt, der måles. Den anvendte benchmarkingstrategi tillader os, omend med forsigtighed, at antage, at en kontrolgruppe ikke ville opleve bedring af andre grunde end interventionen. De forældre og børn, som deltog i RCT-studiets kontrolgruppe, viste ingen signifikante ændringer på nogen af de inkluderede effektmål. Kontrolgruppe og behandlingsgruppe i RCT-studiet lignede hinanden på væsentlige karakteristika og demografiske variable, ligesom de var underlagt samme visitation og diagnostiske procedurer. Men kontrolgruppens forældre opholdt sig på venteliste mens behandlingsgruppens deltog i gruppeprogrammet.

En anden væsentlig begrænsning ligger i det forhold, at kun forældrerapporteringer blev anvendt som effektmål. Omend data fra RCT-studiet peger på høj grad af overensstemmelse mellem de selvrapporteringsmål og de observationsmål, der også blev anvendt i studiet, vil kun et nyt studie, der anvender multiple metoder og effektmål, kunne styrke dette studies præliminære konklusioner.

Set i en forskningssammenhæng er det klart en svaghed ved det danske studie, at der ikke foreligger en grundig diagnosticering som inklusionskriterium. Imidlertid er den ventetid og det ressourceforbrug, der er forbundet med diagnosticering, i direkte opposition til formålet om at tilbyde familier med yngre børn med ADHD-symptomer en umiddelbar og let tilgængelig hjælp. De opnåede baseline mål for ADHD-symptomer indikerer, at hovedparten af børnene i det danske studie med meget høj sandsynlighed havde fået en ADHD-diagnose, hvis de havde været underlagt en egentlig diagnosticering – og desuden havde en del af børnene allerede fået en ADHD-diagnose, men ikke noget tilbud om forældretræning. Med et stort forældrebehov og begrænsede ressourcer taler meget for at imødekomme forældre til yngre børn med ADHD-symptomer så tidligt som muligt – og give dem fordelen af at modtage et forældretræningsprogram og så vidt muligt undlade at bruge de begrænsede ressourcer på omfattende diagnosticering.

Det bør også bemærkes, at en række forhold i det danske studie faktisk kan ses som odds imod at finde en behandlingseffekt, der kan måle sig med RCT-studiet. Der var som omtalt ingen parallel behandlingsgruppe for børnene, der var flere tilfælde med belastende forhold i familien (flere enlige mødre), børnene var lidt ældre, og ikke mindst var der lavere fremmøde både fra den primære forældre og dennes partner. At programmet trods dette kunne demonstrere en generaliserbar effekt taler for styrken af forældreprogrammet

Konklusion

Dette studie peger på, at De Utrolige Års forældretræningsprogram kan implementeres og virker efter hensigten i en dansk sammenhæng som et let tilgængeligt behandlingstilbud til forældre, der selv henvender sig om hjælp til 3-8-årige børn med ADHD-symptomer. Selvom studier som dette ikke kan erstatte et RCT-studie, er den anvendte benchmarkingstrategi stringent og gennemførlig, og den giver i dette tilfælde vigtig information om, hvorvidt et amerikansk evidensbaseret forældreprogram kan tilpasses og virke i en dansk sammenhæng. Det aktuelle studie fandt bemærkelsesværdig lighed mellem symptomniveau i den diagnosticerede population i RCT-studiet og den danske gruppe af børn, hvis forældre selv havde henvendt sig om hjælp. Og helt tilsvarende viste der sig høj grad af lighed mellem behandlingseffekt i RCT-studiet og det danske studie. Benchmarkinganalysen bidrager til at validere de danske resultater og taler for interventionens effektivitet i denne nye sammenhæng. Resultaterne giver således støtte til Center for ADHDs tilbud om De Utrolige Års forældretræning, som en let tilgængelig intervention til forældre til 3-8-årige børn med ADHD-symptomer.

References

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - Fifth Edition (DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Azevedo, A. F., Seabra-Santos, M. J., Gaspar, M. F., & Homem, T. C. (2013). The Incredible Years Basic Parent Training for Portuguese Preschoolers with AD/HD Behaviors: Does it Make a Difference? *Child Youth Care Forum*, 42, 403-424.
- Beauchaine T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Early-onset Conduct Disorder: Biological, Environmental and Developmental Mechanisms. *Science and Practice*, 17, 327-336.

- BUP (2008). Referenceprogram for børn og unge med ADHD. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark.
- Chronis, A. M., Chacko, A., Fabiano, G. A., Wymbs, B.T., & Pelham, W. E. (2004). Enhancements to behavioral parent training paradigm for families of children with ADHD: review and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7, 1-27.
- Coghill, D., Bonnar, S., Duke, S. L., Graham, J., & Seth, S. (2009). *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Conners, C. K., Siitarenios, G., Parker, J. D. A., & Epstein, J. N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 257-268.
- Conners, C. K. (2009). *Conners 3rd Edition. Manual*. Multi-Health System. Toronto.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1996). *Parenting Practices Inventory*. Unpublished manuscript. University of Washington. Seattle.
- Conduct Problems Prevention Research Group. (1999). Initial impact of the Fast Track prevention for conduct problems: I The high-risk sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 631-647.
- Cunningham, C. E., Boyle, M., Offord, D., Racine, Y., Hundert, J., Second, M., & McDonal, J. (2002). Tri-ministry study: correlates of school-based parenting course utilization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 928-933.
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology and epidemiology. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 47, 313-337.
- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). ECBI. Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory-Revised. PAR.
- First, M. B., Frances, A., & Pincuc, H. A. (2004). *DSM-IV-TR Guidebook*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC; London, England.
- Ghuman, J. K., Arnold, L. E., & Anthony, B. J. (2008). Psychopharmacological and other treatments in preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Current evidence and practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 413-447.
- Goodman, R. (1999). The extended version of Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Johnson, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 167-175.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.

Kadesjö, B., & Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-years old children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *40*, 796-804.

Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Lee, S. S., & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD. From preschool through elementary school. *Archives General Psychiatry*, *62*, 896-902.

LaForett, D. R., Murray, D. W., & Kollins, S. H. (2008). Psychosocial treatments for preschool-aged children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental Disabilities Research Reviews*, *14*, 300-310.

Menting, A. T. A., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behaviour: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *33*, 901-913.

Møller, L. (2013). ADHD hos børn i førskolealderen - er svaret forældretræning? . Kandidatafhandling. Aarhus Universitet.

McGoey, K. E., Eckert, T. A., & DuPaul, G. J., (2002). Early Intervention for Preschool-Age Children with ADHD: A Literature Review. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, *10*, 14-28.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. NICE Clinical Guidelines no 72. <http://guidance.nice.org.uk>.

Pastor, P. N., & Reuben, C. A. (2008). Diagnosed attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: United States, 2004-2006. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*, *10* (237).

Patterson, G. R., & Yoerger, K. (2002). A developmental model for early- and late-onset antisocial behavior. In J. B. Reid, J. Snyder & G. R. Patterson (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*, (pp. 147-172). Washington DC: American Psychological Association.

Polanczyk, G., deLima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, *164*, 942-948.

Pelham W. E., Wheeler T., & Chronis A., (1998). Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit-hyperactivity disorder. *Journal Clinical Child Psychology*, *27*, 190-205.

Posner, K., Melvin G. A., Murray, D., Gugga, S. S., Fisher, P., Skrobala, A., Cunningham, C., Vitiello, B., Abikoff, H. B., Ghuman, J. K., Kollins, S., Wigal, S. B., Wigal, T., McCracken, J. T., McGough, J. T., Kastelic, E., Boorady, R., Davies, M., Chuang, S. Z., Swanson, J., Riddle, M. A., and Greenhill, L. L. (2007). Clinical presentation of moderate to severe ADHD in preschool children: The Preschool ADHD Treatment Study (PATS). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *17*, 547-562.

- Posner K., Pressman, A. W., & Greenhill, L. L. (2009). ADHD in preschool children. Chapter 3 in Thomas E Brown (ed.): ADHD comorbidities. Handbook for ADHD Complications in Children and Adults. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington DC, London.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., & Weeks, A. (2001). Parent-based therapies for preschool attention deficit/hyperactivity disorder: A randomized, controlled trial with a community sample. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, *40*, 402-408.
- Sonuga-Barke, E. J. S., Koerting, J., Smith, E., McCann, D. D., & Thompson, M. (2011). Early detection and intervention for attention deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *11*, 557-563.
- Richard, R. A. (1995). Parenting Stress Index. Lutz, FL: PAR (Psychological Assessment Resources).
- Rapport fra Regeringens udvalg om psykiatri. (2013). Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser. Bilagsrapporten: Udvikling i diagnoser og behandling.
<http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Psykiatri/2013/Oktober/Psykiatriudvalg-vil-saette-ny-retning-for-psykiatrien.aspx>
- Thomsen, M. J. J., Laver-Bradbury, C., Ayres, M., Le Poidevin, E., Mead, S., Dodds, C., Psychogion, L., Bitsakou, P., Daley, D., Weeks, A., Brotman, L. M., Abikoff, H., Thompson, P., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2009). A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting program for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *18*, 605-616.
- Taylor, E., & Sonuga-Barke, E. J. S. (2008). Disorders of Attention and Activity. In Rutter, M., Bishop, D. V. M., Pine, S. D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E., & Tapar, A. Child and Adolescent Psychiatry. (521-542). Blackwell Publishing, Oxford, UK.
- Trillingsgaard, T., Trillingsgaard, A., & Webster-Stratton, C. (2014). Assessing the Effectiveness of the Incredible Years Parent Training to Parent of Young Children with ADHD Symptoms – a preliminary Report. *Scandinavian Journal of Psychology*, in press. DOI: 10.1111/sjop.12155.
- Webster-Stratton, C. (2006). The incredible Years: A trouble-shooting guide for parent of children aged 3-8. Seattle WA: Incredible Years press.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M. J. (2008). Adapting the Incredible Years child dinosaur social, emotional, and problem-solving intervention to address comorbid diagnoses. *Journal of Children's Services*, *3* (3), 17-30.
- Webster-Stratton, C., & Reid, J. (2010). The Incredible Years Parents, Teachers, and Children Training Series. A Multifaceted Treatment Approach for Young Children with Conduct Disorders. Cap 13 in: Weisz, J. & Kazdin, A. E.: Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents. Second Edition. The Guilford Press. London, New York.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. (2011). Combining Parent and Child Training for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*, 191-203.

Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Beauchaine, T. (2012). One-Year Follow-Up of Combined Parent and Child Intervention for Young Children with ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*, 1-11.

Weersing, R. V. (2005). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy: Program evaluation as a component of evidence-based practice. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*, 1058-1062.

WHO (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. World Health Organization. Geneva.

Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis, *Psykolog Nyt, 12*, 16-23.