

Effekt af forældretræning i behandling af børn og unge med ADHD:

Et systematisk review af randomiserede studier



Rapportens samlede antal tegn: 147.309

Svarende til antal normalsider: 61,4

10. semester psykologi

Kandidatspeciale

Line Lejbølle Fjord Hjøllund
Kandidatuddannelsen, Psykologi
Specialevejleder: Casper Schmidt

Studienummer: 20143979
Aalborg Universitet, 29.05.2020

Abstract

Introduction: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder in childhood with a global prevalence on 7.2 % among children and youth under 18 years. ADHD is characterized by high levels of inattention, hyperactivity and impulsivity present in two or more settings to a degree that disturbs the child's social or academic function. Parent training is focused on strengthening the parent-child relation and interaction with behavioral techniques to manage and respond to inappropriate behavior exhibited by the child. To accommodate the request for a study of non-pharmalogical treatment effects on the child's level of functioning, this study sought to examine the effects of parent training interventions on measures of quality of life in children diagnosed with ADHD.

Method: A systematic review of nine studies retrieved from the online databases Cinahl, Embase, PubMed and PsycInfo examined the effects of parent training interventions on quality of life in treatment of children and youth under the age of 18 with a primary diagnosis of ADHD. Eligibility criteria included peer-reviewed randomized controlled trials that were published from 2017 to 2020 to include studies since the latest research from Nationale Kliniske Retningslinjer on the area, that comprises studies from 2013 to 2017.

Results: All of the nine included studies use behavioral therapy in the parent training programs that share common features and show deviations from each other. The studies' assessments of the children's quality of life are either categorized as a direct measurement of quality of life or as an indirect measurement of quality of life on the basis of the child's general function or symptoms of ADHD. Based on parent reports, the systematic review found that parent training interventions are effective in improving the quality of life of children diagnosed with ADHD, even though this effect does not necessarily exceed the one seen after treatment as usual.

Conclusion: Parent training in treatment of children with ADHD is effective in terms of improving quality of life in children by reducing symptoms of ADHD or improving the general function of the child. Furthermore, it can be concluded that parent training interventions is as effective as treatment as usual without showing additional effects on direct measures of quality of life and indirect measures regarding the general

function. However, the second indirect measure of quality of life with regard to reduced symptoms of ADHD yields a potential effect for some children that exceeds the one shown by treatment as usual. To make the results more comparable, future studies should increase the use of direct assessment tools of quality of life as well as self-reports from the children. Furthermore, longer follow-up periods are needed in future studies to allow an investigation of the long-term effects, which can be considered as a potential benefit of parent training.

Limitations: A significant limitation of the current review is the fact that study selection and data extraction has been undertaken by one investigator only which carries a certain risk of bias.

Indholdsfortegnelse

1	INTRODUKTION	1
1.1	FORSKNINGSSPØRGSMÅL	2
1.2	AFGRÆNSNING	2
1.2.1	Hypoteser	2
1.3	SPECIALETS OPBYGNING	3
1.4	SPECIALETS BEGRÆNSNINGER	3
2	TEORI	4
2.1	EKSISTERENDE FORSKNING	4
2.2	ADHD HOS BØRN OG UNGE	6
2.2.1	Prævalens og komorbiditet	6
2.2.2	Symptomer	7
2.2.3	Diagnosticering	8
2.3	BEHANDLING AF BØRN OG UNGE MED ADHD	9
2.3.1	Forældretræning	11
2.3.1.1	Forældretræningsprogrammer	11
2.3.1.2	Adfærdsterapi i forældretræning	13
2.4	FORÆLDER-BARN RELATIONEN	14
2.4.1	Tilknytningsteori	14
2.4.2	Relationen mellem forældre og deres børn med ADHD	15
2.5	LIVSKVALITET	16
2.5.1	Indflydelsen af ADHD på livskvaliteten	18
2.5.2	Vurdering af livskvalitet hos børn og unge med ADHD	20
3	METODE	23
3.1	STUDIETYPE	23
3.1.1	Selektionskriterier	24
3.2	FREMGANGSMÅDE	25
3.2.1	Søgestrategi	25

3.2.2	Sorteringsproces	26
3.2.3	Dataudvælgelse	27
3.2.4	Kvalitetsvurdering af inkluderede studier	28
3.2.5	Kvalitetsvurdering af eget systematiske review	29
4	RESULTATER	31
4.1	RESULTATER FRA LITTERATURSØGNING	31
4.2	DESKRIPTIV INFORMATION OVER INKLUDEREDE STUDIER.....	33
4.2.1	Lokation, design og population.....	33
4.2.2	Interventions- og kontrolgrupper samt behandlingsform.....	34
4.2.3	Måleinstrumenter og -tidspunkter	35
4.3	EFFEKT AF FORÆLDRETRÆNING.....	36
4.3.1	Effekt eller ej?	36
4.3.2	Yderligere effekt ved forældretræning?	37
4.4	ANALYSE	45
4.4.1	Risk of bias i inkluderede studier.....	45
4.4.2	Risk of bias i eget systematiske review.....	46
5	DISKUSSION.....	47
5.1	KVALITETEN AF INKLUDEREDE STUDIER.....	47
5.2	RESULTATERNES BETYDNING	50
5.3	RESULTATERNES PLACERING	53
5.4	STYRKER OG BEGRÆNSNINGER	54
5.5	IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING	58
6	KONKLUSION.....	60
7	REFERENCELISTE.....	62
8	PENSUMLISTE.....	76

BILAG A: Resultater for Risk of Bias 2

BILAG B: Resultater for AMSTAR 2

1 Introduktion

ADHD er den mest almindelige neuroudviklingsmæssige diagnose i barndommen med en global prævalens på 7.2 % blandt børn og unge under 18 år (Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou, 2015). Danske og amerikanske retningslinjer peger på, at behandlingen af ADHD hos denne population bør baseres på en multimodal tilgang, der både inkluderer farmakologiske og ikke-farmakologiske interventioner (Sundhedsstyrelsen, 2018; Wolraich et al., 2019). Der tegner sig imidlertid et billede af, at resultaterne fra de fleste studier om effekten af ikke-farmakologiske behandlingsformer baseres på ændringer i ADHD-symptomer, hvorfor der appelleres til yderligere studier, der udvider effekten af behandlingen til at inddrage et bredere blik på barnets trivsel (Sundhedsstyrelsen, 2018). Mere specifikt anbefaler de Nationale Kliniske Retningslinjer fra 2018, at der udføres metodologisk systematisk forskning, der undersøger effekterne af ikke-farmakologisk behandling, som forældretræning eller social færdighedstræning, på barnets eller den unges funktionsniveau, trivsel og livskvalitet (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Symptomerne på ADHD omfatter opmærksomhedsvanskeligheder, hyperaktivitet og impulsivitet og opstår som regel i barndommen (O'Neill, Rajendran, Mahubani, & Halperin, 2017). Med afsæt heri synes det relevant at inddrage forældre som aktive aktører i behandlingen, der har til formål at højne barnets trivsel. I forbindelse med dette findes der en række forskellige manualbaserede forældretræningsprogrammer, som er rettet mod at forbedre outcomes hos børn og unge med ADHD eller adfærdsvanskeligheder. Det gennemgående rationale bag disse er at styrke relationen og interaktionen mellem forælder og barn ved anvendelsen af adfærdsterapeutiske strategier til at håndtere og respondere på barnets uhensigtsmæssige adfærd (Wolraich et al., 2019).

Med en stor interesse i hvordan forældre kan have indflydelse på deres barns liv og med afsæt i ovenstående, er formålet med nærværende kandidatspeciale at undersøge effekten af forældretræning hos børn og unge med en primær ADHD-diagnose.

1.1 Forskningsspørgsmål

Hvilken effekt har forældretræning i behandling af børn og unge med ADHD på mål for livskvalitet, og overstiger dette effekten af traditionel behandling?

1.2 Afgrænsning

For at sikre en klar metodik i besvarelsen af forskningsspørgsmålet er undersøgelsen udformet som et systematisk review af randomiserede eller kvasi-randomiserede studier, der er publiceret mellem 2017 og 2020. Rationalet herfor er at afdække den videnskabelige forskning efter de Nationale Kliniske Retningslinjer, der indeholder studier frem til 2017. Effekten af behandlingen breddes dernæst ud til at omfatte ændringer i barnets eller den unges livskvalitet, der, som mere eller mindre abstrakt koncept, kan vurderes på flere forskellige måder.

På vejen mod at kunne besvare forskningsspørgsmålet er der en række teoretiske og metodologiske overvejelser, der må adresseres. Det, der særligt adskiller nærværende review fra tidligere reviews på området, er, at fokus er rettet mod livskvalitet som outcome-mål hos barnet. I den forbindelse er livskvalitet defineret som værende individets subjektive opfattelse af sin fysiske, psykologiske og sociale trivsel (Lee, Yang, Lee, & Teng, 2019). For børn med ADHD findes der desuden flere associationer til livskvalitet, herunder symptomernes alvorlighed, komorbiditet og den psykosociale funktion, der, på trods af livskvalitetens subjektive karakter, både kan vurderes af barnet og dets forældre (Lee et al., 2019).

Udover at imødekomme ønsket om et studie, der undersøger ændringer i barnets trivsel efter forældretræning (Sundhedsstyrelsen, 2018), er rationalet for valget af livskvalitet som outcome-mål at kunne bidrage til den evidensbaserede praksis, der kendetegner psykologien. Mere specifikt er formålet at kunne bidrage med viden om, hvordan den psykologiske praksis på bedste vis kan være med til at højne den generelle trivsel hos børn og unge med ADHD, der som lidelse kan anses som værende mere eller mindre kronisk (O'Neill et al., 2017; Wolraich et al., 2019).

1.2.1 Hypoteser

I den psykologiske forskning af forælder-barn relationen fremgår det, at kvaliteten af denne relation spiller en afgørende rolle for barnets psykiske trivsel samt emotionelle

og sociale udvikling (Rechenbach, 2003). Det formodes derfor, at behandling med forældretræning kan bidrage til en øget livskvalitet hos barnet med ADHD. En øget livskvalitet, der strækker sig ud over den forbedring, tiden potentielt kan have, samt effekten ved traditionel behandling. Dette antages bl.a. på baggrund af forskning, der indikerer, at forældretræning kan være en støttende komponent til kommunikation og konflikthåndtering i hjemmet hos børn og unge med ADHD på trods af, at der ingen umiddelbar effekt er på reduktion af symptomerne herfor (Sundhedsstyrelsen, 2018).

1.3 Specialets opbygning

Reviewet vil indledningsvist afdække den eksisterende forskning på området for dernæst at belyse relevante teoretiske antagelser. I den forbindelse vil ADHD-diagnosens karakteristika blive beskrevet, hvorefter retningslinjerne for behandlingen af børn og unge med ADHD vil blive klarlagt med en større detaljerighed på adfærdsterapeutisk forældretræning som behandlingsform. Forælder-barn relationen vil dernæst blive belyst ud fra John Bowlbys tilknytningsteori samt yderligere forskning, der specifikt undersøger relationen mellem forældre og deres børn med ADHD. Afslutningsvist vil teori afsnittet fokusere på konceptet livskvalitet ved at undersøge dets mange definitioner, indflydelsen af ADHD samt vurderingen af livskvalitet hos børn og unge med ADHD.

Efter de teoretiske antagelser følger de metodiske overvejelser for den systematiske proces i reviewet. Her vil reviewets selektionskriterier, sorteringsproces og dataudvælgelse blive gennemgået efterfulgt af en redegørelse for kvalitetsvurderingen af hhv. de inkluderede studier og det systematiske review i sig selv. Resultatafsnittet vil herefter fremlægge de inkluderede studiers deskriptive informationer samt effekt af forældretræning, hvorefter en analyse af den metodologiske kvalitet vil vurdere risikoen for bias i hhv. de inkluderede studier og nærværende review. Efter en diskussion af kvaliteten af de inkluderede studier, resultaternes betydning og placering i den eksisterende forskning, reviewets styrker og begrænsninger samt implikationer for praksis og forskning vil de væsentligste pointer blive opsamlet i en afsluttende konklusion.

1.4 Specialets begrænsninger

Med dets systematiske karakter følger nogle begrænsninger ved valget af metode og dets udførelse. Her gør det sig gældende, at litteratursøgningen, der har afsæt i på

forhånd fastsatte selektionskriterier og søgetermer, ikke nødvendigvis giver et fuldstændigt billede af virkeligheden. Der er her risiko for, at betydningsfulde søgetermer ikke anvendes, hvorved søgningen kan blive så fokuseret, at væsentlige bidrag overses. Den høje grad af gennemsigtighed i den systematiske proces kan omvendt siges at bidrage til en kontinuerlig forbedring af praksis i lyset af det øjebliksbillede af virkeligheden, resultaterne viser.

Hvad angår udførelsen af det systematiske review, er der en vis risiko forbundet med, at processen kun er foretaget af en enkelt person, hvilket særligt ses ved, at udvælgelsen af studier og den efterfølgende udtagning af data ikke er blevet gentaget. For at reviewets fund kan bidrage til forskningen på området findes det derfor nødvendigt, at reviewet replikeres af en eller flere uafhængige forskere.

2 Teori

Nærværende afsnit har til formål at skildre den eksisterende forskning på området for dernæst at gøre rede for billedet af ADHD hos børn og unge ud fra prævalens og komorbiditet, symptomer og diagnosticering. Derefter vil et afsnit belyse, hvilke behandlingsformer der anbefales til populationen, og gå nærmere i dybden med adfærdsterapi i forældretræning som intervention. Med afsæt i tilknytningsteorien vil betydningen af forælder-barn relationen dernæst blive illustreret, efterfulgt af et overblik over karakteristiske opdragelsesstile for forældre til børn med ADHD samt konsekvenserne herved. Afslutningsvist vil teoriafsnittet berøre konceptet livskvalitet i forhold til, hvilken indflydelse ADHD har herpå, samt hvordan dette vurderes i forskning.

2.1 Eksisterende forskning

Som introduktionen antyder, anbefales forældretræning som støttende komponent til, hvordan man som forældre kan forbedre kommunikationen og mindske konflikter med sine børn, selvom der ikke ses en umiddelbar effekt på kernesymptomerne hos barnet eller den unge med ADHD (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det er derfor relevant at kigge på resultaterne fra tidligere reviews og metaanalyser på området.

Zwi, Jones, Thorgaard, York og Dennis (2011) er formodentligt den undersøgelse, der kommer tættest på nærværende reviews intentioner, hvad angår forskningsspørgsmål og -metode. I deres review undersøges effekten af forældretræning i forhold

til at forbedre outcomes for børn og unge med ADHD i alderen seks til 18 år på baggrund af reducerede symptomer og associerede vanskeligheder (Zwi et al., 2011). Med udgangspunkt i en række selektionskriterier inkluderes i alt fem studier, der sammenligner forældretræning med traditionel behandling. Resultaterne herfra viser en lille, nonsignifikant forbedring i eksternaliserende adfærd samt en statistisk signifikant forbedring i internaliserende adfærd (Zwi et al., 2011). Overordnet viser resultaterne altså, at forældretræning, sammenlignet med traditionel behandling, kan have en positiv effekt på de vanskeligheder, børn og unge med ADHD oplever, og særligt i forhold til at forbedre den generelle adfærd, hvor data vedrørende ADHD-specifik adfærd er mere tvetydig (Zwi et al., 2011).

I modsætning til ovenstående viser en metaanalyse af Coates, Taylor og Sayal (2019) med 11 inkluderede studier en association mellem forældretræning og reduktion i ADHD-symptomer, ligesom der også ses en forbedring vedrørende adfærdsvanskeligheder hos børn og unge med ADHD. Hertil viser sensitivitetsanalyser, at forbedringen i ADHD-symptomer er opretholdt for børn i førskolealderen, hvilket antyder, at forældretræning kan være særligt effektiv som behandling for denne aldersgruppe (Coates, Taylor, & Sayal, 2019).

Daley et al. (2018) undersøger den bedste praksis i anvendelsen af bl.a. forældretræning i en undersøgelse af reviews og metaanalyser på området. Her viser resultaterne, ligesom i Zwi et al. (2011), at forældretræning forbedrer barnets generelle trivsel, men ikke kernesymptomerne for ADHD. Dette målt af en kliniker, for hvem behandlingsallokeringen er ukendt (Daley et al., 2018). De finder imidlertid, at forældretræning reducerer ikke-blindede mål for ADHD-symptomer i form af forælderreporteringer, hvilket kan antyde, at interventionerne kan ændre forældrenes perceptioner af barnets adfærd, hvilket i sig selv kan bidrage til forbedringer hos barnet (Daley et al., 2018).

På baggrund af ovenstående tre reviews og metaanalyser kan det altså opsummeres, at forældretræning er effektiv i forhold til at forbedre den generelle adfærd hos børn og unge med ADHD (Coates, Taylor, & Sayal, 2019; Daley et al., 2018; Zwi et al., 2011). For spørgsmålet om, hvorvidt interventionen er effektiv, når det kommer til reduktion af kernesymptomer, er resultaterne mere heterogene. Her finder Daley et al. (2018), at forældretræning reducerer ikke-blindede mål for ADHD-symptomer, men ikke for blindede mål. Der ses endvidere en potentiel forskel på effekten afhængigt af barnets alder, hvor Coates, Taylor og Sayal (2019) finder en særlig effekt for børn

under seks år, hvilket ikke lader til at være tilfældet hos børn og unge over seks år (Coates, Taylor, & Sayal, 2019; Zwi et al., 2011). Det kan altså hævdes, at forældretræning er en vigtig del af den multimodale behandling af børn og unge med ADHD i forbedring af generel adfærd og andre funktionsaspekter, på trods af at interventionen ikke nødvendigvis reducerer kernesymptomerne for ADHD (Daley et al., 2018).

Slutteligt skal det betones, at flere studier appellerer til at undersøge effekten af forældretræning med afsæt i bredere outcomes for livskvalitet, der ikke udelukkende er baseret på barnets adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2018; Zwi et al., 2011).

2.2 ADHD hos børn og unge

2.2.1 Prævalens og komorbiditet

Som nævnt er ADHD den mest almindelige neuroudviklingsmæssige diagnose i barndommen (French, 2015). Der kan dog være stor variation i globale estimater for ADHD-prævalensen blandt børn og unge. Det kan have årsag i kulturelle forskelle, forskellige aldersgrupperinger og de forskellige kriterier, der bruges til diagnosticering, samt ændringer i disse over tid (Vierhile, Palumbo, & Belden 2017; Wolraich et al., 2019). Resultaterne fra en metaanalyse af 175 studier viser imidlertid et samlet estimat for ADHD-prævalensen på 7.2 % på verdensplan blandt børn og unge under 18 år (Thomas et al., 2015).

Hvad angår kønsfordelingen for børn og unge med ADHD, ses det, at prævalensen er større hos drenge end hos piger (Mohammadi et al., 2019). Et norsk kohortestudie viser bl.a., at barnets køn er en indikator for ADHD (Oerbeck et al., 2017), hvilket også ses i de amerikanske kliniske retningslinjer for behandling af børn og unge med ADHD, *American Academy of Pediatrics (AAP)*, der finder, at drenge har dobbelt så stor sandsynlighed for at få en ADHD-diagnose som piger (Wolraich et al., 2019). Dette kan bl.a. forklares ved, at hyperaktiv adfærd, der kan være lettere at observere end eksempelvis uopmærksomhed, oftere ses hos drenge (Wolraich et al., 2019). I forbindelse med dette kan det pointeres, at symptomerne på ADHD ikke nødvendigvis er lige synlige på alle områder, men kan variere alt efter, hvilken kontekst individet befinder sig i (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det ses desuden, at psykopatologi hos forældre samt ugunstige miljøer for barnet øger risikoen for ADHD og mulige komorbide lidelser, ligesom det gør sig gældende, at tidlige symptomer særligt øger risikoen for en

forringet social, emotionel og adfærdsmæssig funktion (Kofler et al., 2017; Oerbeck et al., 2017; O'Neill et al., 2017).

Der ses ofte komorbiditet blandt børn og unge med ADHD, der strækker sig fra psykiatriske lidelser (Cuffe et al., 2015) og udviklingsmæssige forstyrrelser til somatiske lidelser (Akmatov, Ermakova, & Bätzing, 2019). Det ses, at størstedelen af børn med ADHD har mindst én psykiatrisk komorbiditet, hvoriblandt de mest udbredte er adfærdsforstyrrelser, angstlidelser og affektive lidelser (Cuffe et al., 2015; Mohammadi et al., 2019). Hertil er det fundet, at det for børn og unge med ADHD gælder, at drenge med større sandsynlighed oplever eksternaliserede tilstande, hvor piger i højere grad har komorbide internaliserede lidelser som angst eller depression (Wolraich et al., 2019). Blandt de udviklingsmæssige forstyrrelser ses specifikke forringelser i sprog, indlæring og motoriske færdigheder, imens de somatiske lidelser omfatter sygdomme i luftvejssystemet, øjnene samt det endokrine- og metaboliske system (Akmatov, Ermakova, & Bätzing, 2019).

2.2.2 Symptomer

Symptomerne på ADHD opstår som regel i barndommen, og de fleste børn med lidelsen vil fortsat have symptomer og forringelser i voksenlivet, selvom de ikke nødvendigvis fortsat opfylder kriterierne for diagnosen (O'Neill et al., 2017; Wolraich et al., 2019). Kernesymptomerne for ADHD omfatter opmærksomhedsproblemer, hyperaktivitet og impulsivitet, om hvilke forskning både antyder stabilitet og foranderlighed over tid (O'Neill et al., 2017). Det tyder på, at de tydelige hyperaktive og impulsive symptomer som regel aftager, efterhånden som individer med ADHD bliver ældre, imens de uopmærksomme symptomer har tendens til at vare ved og i nogle tilfælde forværres (O'Neill et al., 2017; Wolraich et al., 2019).

Det er anerkendt, at ADHD er en omfattende lidelse, der kræver en nuanceret og omfattende årsagsforklaring (Johnson, 2012). På trods af dette udviser børn med ADHD som samlet gruppe en atypisk præstation på en række mål for eksekutive funktioner, hvorfor kernesymptomerne for ADHD kan anses som værende relateret til forringelser her (Antshel, Hier, & Barkley, 2014; Johnson, 2012; Martel, Nikolas, & Nigg, 2007). De eksekutive funktioner er blevet defineret og operationaliseret af utallige forskere gennem tiden og kan betragtes som et paraplybegreb, der refererer til et sæt af forskellige indbyrdes relaterede kognitive evner, herunder planlægning, arbejds hukommelse, opmærksomhed, inhibering, selvmonitorering, selvregulering og

initiering (Goldstein, Naglieri, Princiotta, & Otero, 2014; Johnson, 2012). Opgaven for det eksekutive system, der hovedsageligt formidles af det præfrontale cortex, er så at sige at kontrollere og styre andre systemer, evner og processer i hjernen, for at denne kan opretholde en effektiv funktion (Goldstein et al., 2014). Hos børn med ADHD ses der særligt udtalte vanskeligheder med inhiberingskontrol (Berenguer, Roselló, Colomer, Baixauli, & Miranda, 2018), også når der kontrolleres for faktorer som indlæringsvanskeligheder og lav intelligenskvotient (Sergeant, Geurts, & Oosterlaan, 2002). Derudover ses det, at svækkelser i inhibering, selvmonitorering og arbejdshukommelse er interaktive i forhold til gensidigt at påvirke hinanden på en ugunstig måde for individet (Antshel, Hier, & Barkley, 2014; Barkley, 1997). Den adfærdsmæssige konsekvens herved er, at adfærden mister sin intentionelle og formålsbestemte facon til fordel for impulsive og umiddelbare responser (Barkley, 1997). Det ses desuden, at disse svækkelser i eksekutive funktioner forbliver robuste i ungdomsårene og dermed reflekterer mere end blot en forsinkelse i kognitiv modning (Martel, Nikolas, & Nigg, 2007).

2.2.3 Diagnosticering

Der findes en række standardiserede redskaber til vurdering af ADHD hos børn og unge. Heraf er nogle af de mest anvendte *ADHD Rating Scale-IV (ADHD-RS-IV)*, *Conners' Rating Scales (CRS)* og *Child Behavior Checklist (CBCL)* (Smith & Corkum, 2007), der, udover at adressere tilstedeværelsen af ADHD-symptomer, vurderer alvorlighedsgraden heraf samt den funktionelle forringelse for individet (Anastopoulos & Shelton, 2002). Det anbefales, ifølge de kliniske retningslinjer for diagnosticering af ADHD, at der udføres en vurdering af et barn, hvis barnet oplever akademiske eller adfærdsmæssige vanskeligheder med tilhørende symptomer på ADHD (Vierhile, Palumbo, & Belden, 2017). I den kliniske udredning bør der da foretages en grundig anamnese på baggrund af interviews, der har til formål at kaste lys over forskellige faktorer, man bør være opmærksom på, samt at udelukke alternative årsager. Derefter kan man på, baggrund af observationer og ratingskalaer med lærer- og forældrerapporteringer eller selvrapporteringer fra barnet, vurdere, hvorvidt de adfærdsmæssige kriterier for ADHD ifølge diagnosesystemerne ICD eller DSM opfyldes (Vierhile, Palumbo, & Belden, 2017; Wolraich et al., 2019). For at få stillet en ADHD-diagnose kræves det, at symptomerne er til stede før 12-års alderen i to eller flere miljøer (fx i hjemmet, til fritidsaktiviteter og/eller i skolen) og forstyrrer kvaliteten af den sociale,

akademiske eller beskæftigelsesmæssige funktion (Vierhile, Palumbo, & Belden, 2017).

Udover at foretage en diagnostisk vurdering bør der altid screenes for komorbide tilstande, der, som nævnt, ofte ses hos børn og unge med ADHD, da disse ligeledes kan have indflydelse på diagnosen og påvirke individets trivsel og livskvalitet (Wolraich et al., 2019).

2.3 Behandling af børn og unge med ADHD

Formålet med behandling af ADHD hos børn og unge er primært at mindske den udviklingsmæssige diskrepans mellem disse børn og deres jævnaldrende (Sundhedsstyrelsen, 2018). Hertil kan det pointeres, at det er en fordel at identificere ADHD-symptomerne og intervenere så tidligt som muligt for at kunne reducere den negative udviklingsmæssige indflydelse af ADHD i en tidlig alder (Danielson et al., 2018; Oerbeck et al., 2017). For en effektiv behandling af børn og unge med ADHD er det ofte nødvendigt at anvende en multimodal tilgang ved at kombinere farmakologiske og ikke-farmakologiske interventioner (Feldman, Charach, & Bélanger, 2018), ligesom man, som tidligere nævnt, også altid bør behandle de komorbide lidelser, der evt. må være tilstede (Wolraich et al., 2019). I nærværende review vil fokus være rettet mod de ikke-farmakologiske interventioner, men det kan nævnes, at farmakologiske behandlinger primært anbefales til børn over seks år (Feldman, Charach, & Bélanger, 2018; Wolraich et al., 2019).

Første skridt i behandlingen bør bestå af en grundig anamnese, der har til formål at skabe en forståelse af barnets symptomatologi, samt en vurdering af barnets funktionsnedsættelse, da dette kan være en med til at guide retningen for behandling, der skal tilpasses det enkelte barn (Feldman, Charach, & Bélanger, 2018; Sundhedsstyrelsen). Som udgangspunkt bør man altid indlede med ikke-farmakologisk behandling, hvor man, med afsæt i psykoedukation og kompenserende strategier, kan øge forståelsen af forstyrrelsen og fremme barnets funktionsniveau (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det er imidlertid væsentligt at have for øje, at behovene for børn med ADHD varierer i forhold til barnets alder og udvikling, hvorfor man bør anvende forskellige strategier til at håndtere og behandle disse børn (Feldman, Charach, & Bélanger, 2018; Mohammadi et al., 2019).

I de amerikanske kliniske retningslinjer for behandling af børn og unge med ADHD, AAP, inddeles populationen i tre aldersgrupper; a) børn i førskolealderen, b) børn i alderen seks til 11 år og c) unge på 12 år og derover (Wolraich et al., 2019). Det ses overordnet, at visse psykosociale behandlinger, som adfærdsterapi og træningsinterventioner, er effektive i behandlingen af ADHD hos børn og unge, imens behandlingsformer som mindfulness og kognitiv træning ikke har vist tilstrækkelig evidens (Evans, Owens, Wymbs, & Ray, 2018; Wolraich et al., 2019). For den første aldersgruppe, der består af børn i førskolealderen, anbefales det specifikt at anvende adfærdsmæssig forældretræning i behandling af ADHD, da den overordnede evidens herfor er stærk (Feldman, Charach, & Bélanger, 2018; Wolraich et al., 2019). For børn i alderen seks til 11 år, der udgør den anden alderskategori i AAP, bør den psykosociale behandling fortsat bestå af forældretræning samt yderligere adfærdsmæssige interventioner i barnets skolemiljø, hvilket ofte inkluderer et individualiseret uddannelsesprogram (Wolraich et al., 2019). Disse former for adfærdsterapi involverer at træne forældre og lærere i, hvordan de med deres indflydelse kan hjælpe med håndteringen af forskellige situationer ved at forebygge eller respondere effektivt på den unges uhenigtsmæssige adfærd (Wolraich et al., 2019). I den tredje aldersgruppe, der udgøres af unge på 12 år og derover, anbefales det at deltage i træningsinterventioner og/eller adfærdsmæssige interventioner i behandlingen af ADHD, imens det fortsat gør sig gældende, at individualiseret instruktion og støtte i skolen bør være en del af behandlingen (Wolraich et al., 2019). Træningsinterventionerne er rettet mod udvikling af færdigheder, der er anvendelige i dagligdagen, og involverer gentaget øvelse med feedback på præstationen over tid (Evans et al., 2018; Wolraich et al., 2019).

Der tegner sig altså et billede af, at adfærdsmæssig forældretræning bør anvendes i behandlingen af børn med ADHD, ligesom adfærdsmæssig træning i klassen kan påbegyndes, når barnet begynder i skole. I takt med, at barnet bliver ældre, bør disse varianter af adfærdsterapi gradvist suppleres eller erstattes med træningsinterventioner, som gør den unge i stand til bedre at håndtere forskellige situationer på egen hånd (Wolraich et al., 2019). Som tidligere nævnt er det ligeledes afgørende at rette opmærksomheden for behandling mod de psykiatriske og udviklingsmæssige komorbiditeter, som mere end halvdelen af børn med ADHD har (Feldman, Charach, & Bélanger, 2018).

2.3.1 Forældretræning

Som det fremgår i ovenstående, er adfærdsmæssig forældretræning en af de behandlingsformer, der anbefales til børn og unge med ADHD, og særligt til børn under 12 år (Wolraich et al., 2019). Rationalet for anvendelsen af forældretræning består i, at forældrene sættes ind i barnets alderssvarende udviklingsmæssige forventninger, ligesom de trænes i adfærdsteknikker, der styrker relationen til barnet, samt færdigheder til håndtering af problematisk adfærd (Wolraich et al., 2019).

Anvendelsen af forældretræning i behandling af børn og unge med ADHD støttes af en model om forringet selvregulering (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Grundet forringelser i inhiberingskontrol og eksekutive funktioner udviser børn med ADHD typisk vanskeligheder med impuls kontrol, planlægning og modstand mod umiddelbare fristelser, hvorfor adfærden i høj grad er under indflydelse af det umiddelbare miljø frem for tidligere oplevelser eller fremtidsorienterede mål (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Man har i den forbindelse fundet, at interventioner for børn og unge med ADHD er mest effektive, når de finder sted i det naturlige miljø, hvad angår tid og sted (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010). Som nogle af de primære agenter i barnets liv kan forældre altså være med til at spille en afgørende rolle, da de, med de rette værktøjer, kan intervenere på tidspunktet og stedet, hvor adfærden optræder, og dermed have en vis indflydelse på adfærden hos barnet med ADHD (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Den potentielle værdi af adfærdsmæssig forældretræning er altså stor og kan både være med til at reducere ADHD-symptomer og associerede vanskeligheder hos barnet, forbedre forældrefunktionen og relationen mellem forælder og barn.

2.3.1.1 Forældretræningsprogrammer

Der findes en række forskellige forældretræningsprogrammer, som er rettet mod børn med ADHD eller adfærdsvanskeligheder. De fleste af disse inkluderer et psykoedukativt overblik over ADHD og dens indflydelse på forælder-barn interaktioner, strategier til at være opmærksom på og forbedre overensstemmelse hos barnet samt strategier til at reducere anden forstyrrende adfærd (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Disse forældretræningsprogrammer varierer i stil og indhold, men er som oftest manualbaseret (Zwi et al., 2011). Et eksempel herpå er *Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*, der primært er rettet mod børn under seks år (McNeil & Hembree-

Kigin, 2010). I dette forældretræningsprogram modtager forældrene direkte adfærdsterapeutisk coaching under interaktionen med deres barn, både i forhold til barnets og forældrenes adfærd, idet formålet er at lære forældrene færdigheder til at fremme relationen til barnet og til at mindske forstyrrende adfærd hos barnet (McNeil & Hembree-Kigin, 2010).

Et andet evidensbaseret forældretræningsprogram, der også sigter efter at fremme en positiv opdragelse, er *Triple-P – Positive Parenting Program*. Kerneelementerne er her at støtte forældrene til at udvikle effektive strategier til håndtering af barnets adfærdsvanskeligheder ved at opmuntre barnets sociale og sproglige færdigheder, emotionelle selvregulering, uafhængighed og problemløsningsevner samt at skabe miljøer, der fostrer omsorgsfulde relationer mellem forældrene og deres børn (Hoath & Sanders, 2002). Udover at have fokus på forældrenes roller i opdragelsen, er dette program endvidere rettet mod at reducere forældrenes stressniveau og øge deres følelse af kompetence i opdragelsen af barnet (Hoath & Sanders, 2002).

Incredible Years (IY) er endnu et forældretræningsprogram, der er rettet mod at reducere adfærdsvanskeligheder hos børn og forbedre deres socioemotionelle kompetencer via opdragelse (Murray, Lawrence, & LaForett, 2018). IY er overordnet funderet på relationer og social indlæringsteori, såvel som aktive læringsmetoder som rollespil, målsætning og selvmonitorering, hvor forældrene trænes i at coache barnets akademiske, vedholdende, sociale og emotionelle færdigheder på en hensigtsmæssig måde (Murray, Lawrence, & LaForett, 2018). Målet er hernæst, at barnet lærer sproget for samt evnerne til at regulere sine emotioner og adfærd og bliver motiveret til at anvende disse færdigheder på baggrund af forældrenes stilladsering og støtte (Murray, Lawrence, & LaForett, 2018).

Et af de forældretræningsprogrammer, der er direkte rettet mod børn og unge med ADHD, er *New Forest Parenting Programme (NFPP)*. Dette program er i høj grad funderet på vigtigheden af positive forælder-barn interaktioner i den psykologiske udvikling af opmærksomhed og impuls kontrol (Sonuga-Barke, Thompson, Abikoff, Klein, & Brotman, 2006). I forlængelse heraf inkluderer målene for behandlingen at reducere forældres negative reaktioner, promovere hensigtsmæssig grænsesætning samt at øge kvaliteten og kvantiteten af konstruktive forælder-barn interaktioner (Sonuga-Barke et al., 2006). Som det gælder for de fleste adfærdsmæssige forældretræningsprogrammer, er NFPP tilpasset det enkelte barn gennem forældrenes motivation og stilladsering (Sonuga-Barke et al., 2006).

Ovenstående forældretræningsprogrammer udgør blot et udpluk af de evidensbaserede programmer, der findes til behandling af børn med ADHD. Disse kan imidlertid bidrage til at illustrere nogle af de komponenter, der ofte går igen, og som består af promovning af relationen og interaktionen mellem forælder og barn samt strategier til håndtering af uhensigtsmæssig adfærd, ligesom det ses, at emotionsregulering også adresseres i nogle af forældretræningsprogrammerne.

2.3.1.2 Adfærdsterapi i forældretræning

Det kan ud fra ovenstående udledes, at adfærdsterapi udgør den primære behandlingsform i forældretræning. Her læres forældrene teknikker fra social indlæringsteori til at ændre barnets adfærd, hvor *operant betingning* som indlæringsmetode spiller en central rolle ved at referere til generelle relationer mellem oplevelser, miljø og udvikling af adfærd (Brainerd & Kazdin, 2005). Det primære fokus er *situationsbetinget forstærkning*, som gør rede for relationen mellem adfærd og de miljømæssige begivenheder, der påvirker adfærd, ved at inddrage tre sammenhængende komponenter: forudsætninger, adfærdsrespons og konsekvenser (Brainerd & Kazdin, 2005). Forudsætninger for adfærd refererer til stimuli, settings og kontekster, der opstår inden adfærden og dermed har indflydelse på dets udførelse, hvor konsekvenser henviser til de begivenheder, der følger efter adfærden og har indflydelse på, hvordan individet senere agerer (Brainerd & Kazdin, 2005). Med afsæt heri er principperne for behandlingen baseret på at forstå indflydelsen af de forudsætninger, barnet har for at udvise en bestemt adfærd, samt konsekvenserne heraf, og hvordan de kan anvendes til at fremme, udvikle og opretholde en hensigtsmæssig adfærd (Brainerd & Kazdin, 2005).

I bevægelsen fra principper til teknikker er *positiv forstærkning* det mest centrale element i forældretræning, hvor flere forskellige typer af forstærkninger kan anvendes (Brainerd & Kazdin, 2005). Forældrenes anvendelse af ros og symboler antages bl.a. at have stor indflydelse på effekten af forældretræning, hvor særligt anvendelsen af symboler, som har en mere eksplicit karakter, kan foranledige forældrene til at udføre programmet og rose barnet (Brainerd & Kazdin, 2005). Positiv forstærkning kan både anvendes til at promovere hensigtsmæssig adfærd og mindske uønsket adfærd, men uanset formålet er det mest essentielle, at forstærkeren er betinget af adfærden, gives umiddelbart efter adfærden og gives konsekvent, når adfærden udvikles (Brainerd & Kazdin, 2005). Ved ændring af uønsket adfærd trænes forældrene i at forstærke positive modsætninger samt alternativer til den adfærd, der ønskes mindsket, hvilket

desuden bidrager til, at forældrene fokus vendes bort fra afstraffelse som respons på barnets uhensigtsmæssige adfærd (Brainerd & Kazdin, 2005).

Udover positiv forstærkning trænes forældrene ligeledes i *straf* og *udslukning*. Eksempler på straf kan være at give pligter, fratage symboler eller fjerne privilegier, imens udslukning består i at ignorere uønsket adfærd (Brainerd & Kazdin, 2005). Disse komponenter er derved milde i sit udtryk og bør betragtes som teknikker, der kan supplere den positive forstærkning og dermed øge effekten herved (Brainerd & Kazdin, 2005). Den ubetinget vigtigste interventionskomponent i adfærdsterapeutisk forældretræning er altså anvendelsen af positiv forstærkning, der kan bidrage til at promovere adfærdsændringer hos barnet såvel som hos forældrene (Brainerd & Kazdin, 2005).

2.4 Forælder-barn relationen

Med afsæt i reviewets fokus på forældretræning findes det relevant at få indblik i betydningen af forælder-barn relationen, karakteristiske opdragelsesstile hos forældre til børn med ADHD, og hvordan disse kan have indflydelse på barnet.

2.4.1 Tilknytningsteori

Med afsæt i barnets tilknytning til moderen og forstyrrelse af dette gennem adskillelse, afsavn og tab, grundlagde John Bowlby principperne for tilknytningsteorien (Bretherton, 1992). Ifølge tilknytningsteorien knytter alle børn sig allerede fra fødslen, uanset hvad, til sine omsorgspersoner som en form for overlevelsestrategi (Killén, 2003; Rechenbach, 2003). Kvaliteten af tilknytningen er i høj grad bestemt af den omsorg, barnet får, hvilket vil sige, at børn knytter sig til sine forældre på forskellige måder, der afhænger af omsorgens sensitivitet og det følelsesmæssige samspil forældre og barn imellem (Killén, 2003). På baggrund af dets erfaringer vil barnet dernæst udvikle et tilknytningsmønster, der optræder som værende trygt eller utrygt (Killén, 2003). Med afsæt i en ontologisk tryghed vil det trygge barn bruge sine forældre som sikker base, hvorfra det kan udforske verden for igen at kunne vende tilbage til sin sikre base (Killén, 2003). Forældrenes omsorgsdimensioner kan her karakteriseres med sensitivitet, accept og tilgængelighed, som altså er med til at skabe fundamentet for en positiv psykologisk udvikling hos barnet (Killén, 2003). For de fleste individer fortsætter båndet til forældrene ind i voksenlivet, hvorfor kvaliteten af tilknytningen både er med til at

påvirke barnets nuværende og fremtidige adfærd på forskellige måder og dermed har stor betydning (Bowlby, 1969).

I takt med at barnet bliver ældre, viser tilknytningsmønstrene sig på forskellige måder. Hos det trygge barn udvikler tilknytningen sig fra en fysisk beskyttelse og nærhed til en psykologisk tryghed (Killén, 2003). Hvis barnet fra fødslen derimod ikke oplever lige så sensitive forældre, vil det udvikle et utrygt undvigende, ambivalent eller desorganiseret tilknytningsmønster, hvor forældrene kan beskrives som passive, afvisende, invaderende og/eller uforudsigelige (Killén, 2003). Dimensionerne, der karakteriserer de tre utrygge tilknytningsmønstre, adskiller sig til dels fra hinanden, om end det afgørende fællestræk er, at børn i disse relationer ikke oplever den samme ontologiske tryghed som trygt tilknyttede børn og dermed ikke er sikre på, at forældrene vil trøste og beskytte dem (Killén, 2003). Da tilknytningsadfærden vil fortsætte som et dominerende tema gennem hele barndommen og ind i voksenlivet (Bowlby, 1969), spiller den kvalitative relation mellem forældre og deres børn i den tidlige tilknytning altså en afgørende rolle for barnets psykiske trivsel, selvopfattelse og personlighedsudvikling (Rechenbach, 2003).

2.4.2 Relationen mellem forældre og deres børn med ADHD

Som ovenstående antyder, er relationen mellem forældre og deres børn essentiel, og forældrenes opdragelse af barnet kan i høj grad være med til at påvirke dets udvikling og trivsel (Molina & Musich, 2016). Det ses desuden, at det kan være særligt udfordrende at opfostre et barn med ADHD, da dette kan medføre forhøjede stressniveauer hos forældrene, der bl.a. kan stamme fra vanskelighederne i at håndtere barnets adfærd (Molina & Musich, 2016). Derudover ses det, at tilstedeværelsen af psykiatriske lidelser hos forældre til børn med ADHD ikke er ualmindelige og kan være med til at komplicere forælder-barn relationen yderligere (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008).

Som det ses i beskrivelsen af symptomerne for ADHD, udviser børn med ADHD en sammensætning af et højt aktivitetsniveau, et kort opmærksomhedsspænd og en tendens til forstyrrende adfærd, hvilket altså kan påvirke kvaliteten af opdragelsen (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Forældrenes reaktion på de høje stressorer medfører ofte en uhensigtsmæssig forældreadfærd, der indebærer højere niveauer af overreaktivitet samt større autoritet, kontrol og misbilligelse over for barnet, ligesom der også er tendens til, at forældre til børn med ADHD ofte retter

opmærksomheden mod den overaktive og impulsive adfærd (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008; Moghaddam, Assareh, Heidaripoor, Rad, & Pishjoo, 2013). Derudover ses det, at forældre til børn med ADHD ofte er mindre belønnende og lydhør over for barnet sammenlignet med forældre til typisk udviklede børn, og at de konflikter, der udspringer heraf, ikke forandres gennem barnets opvækst (Gau & Chang, 2013; Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). Som konsekvens af denne uhensigtsmæssige opdragelse kan barnets selvkontrol, eller mange på samme, forværres og bidrage til udviklingen af komorbide lidelser, der forværrer ADHD-associerede vanskeligheder yderligere (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008). På den måde kan forældrenes uhensigtsmæssige opdragelsesstil og barnets vanskeligheder associeret med ADHD siges at påvirke hinanden gensidigt på en negativ og ugunstig måde vedrørende kvaliteten af opdragelsen (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008).

Som ovenstående antyder, kan den mindre eftergivende og mere autoritære opdragelsesstil, der kendetegner forældre til børn med ADHD, føre til en forværring af barnets ADHD-symptomer (Moghaddam et al., 2013). Dette betyder samtidig, at behandling rettet mod at forbedre forældrenes opdragelsesstil kan være med til at højne livskvaliteten og relationerne i familier til børn med ADHD (Moghaddam et al., 2013), ligesom det også er væsentligt at rette opmærksomheden mod at ændre barnets opfattelse af forældrene, for at den negative og reciprokke indvirkning kan modificeres (Molina & Musich, 2016). Af disse årsager ses der en potentiel værdi ved adfærdsmæssig forældretræning i forhold til at forbedre outcomes for barnet, forbedre relationerne i familien, forbedre forældrenes evne til at håndtere lidelsen og reducere risikoen for udvikling af komorbide lidelser hos barnet (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008; Moghaddam et al., 2013).

2.5 Livskvalitet

For at kunne undersøge forskningsspørgsmålets valgte outcome-mål er det relevant at kigge nærmere på koncepterne *livskvalitet* og *helbredsrelateret livskvalitet*, der vil blive anvendt synonymt i reviewet. I den forbindelse vil der blive gjort rede for, hvad livskvalitet indebærer, hvilken indflydelse ADHD har på livskvaliteten, samt hvordan livskvaliteten hos børn og unge med ADHD kan vurderes i forskning og praksis.

Livskvalitet opstår som koncept i anden halvdel af det 20. århundrede efter idéen om, at økonomiske og materielle dimensioner af livet ikke er tilstrækkelige for god

livskvalitet (Morar et al., 2013). Blikket rettes nu mod livskvalitet som et multidisciplinært koncept, der omfatter mange dimensioner (Coghill, Danckaerts, Sonuga-Barke, Sergeant, & the ADHD European Guidelines Group, 2009; Danckaerts et al., 2010; Morar et al., 2013). Livskvalitet er blevet defineret på mange forskellige måder i årenes løb, og selvom der ikke er opnået konsensus om en definition af konceptet, er der betydelig enighed blandt forskere om nogle af karakteristikkene herved (The WHOQOL Group, 1995).

Først og fremmest er der en voksende anerkendelse af, at livskvalitet definerer de subjektive aspekter af et individs helbred (Morar et al., 2013), hvoraf individets overordnede vurderinger af adfærd, sindstilstande og evner samt tilfredshed eller utilfredshed med disse, ifølge WHO, er med til at informere om livskvaliteten (The WHOQOL Group, 1995). Konceptet livskvalitet belyser altså en kontrast mellem, hvorvidt et individ *føler* sig bedre eller *har* det bedre. Det kan i den forbindelse hævdes, at et individs faktiske helbredstilstand og subjektive opfattelse heraf ikke nødvendigvis stemmer overens, hvilket giver potentielt forskellige outcomes i forskningen af behandlingseffekt og fremhæver livskvalitet som individets selvopfattelse af trivsel (Coghill et al., 2009).

Et andet område med konsensus i forskningen er, som nævnt, at livskvalitet er multidimensional og dermed både refererer til individets fysiske, psykologiske og sociale funktionsniveau (Kyrkou, 2014; The WHOQOL Group, 1995). Dette skal forstås således, at livskvalitet som minimum inkluderer tre dimensioner i form af individets opfattelse af a) sin fysiske tilstand, b) sin kognitive og affektive tilstand og c) interpersonelle relationer og sociale roller i livet (Coghill et al., 2009; Danckaerts et al., 2010; The WHOQOL Group, 1995).

På baggrund af ovenstående konsensusområder beskriver WHO livskvalitet som ”the individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns” (The WHOQOL Group, 1995). Denne definition afspejler altså et forsøg på at brede konceptet livskvalitet ud, så det rummer alle dimensioner af individets trivsel, ligesom det fremhæver synspunktet om, at livskvalitet er subjektiv og både inkluderer livets positive og negative facetter. Med afsæt heri kan det altså opsummeres, at livskvalitet hos børn og unge med ADHD består af individets subjektive opfattelse af lidelsens indflydelse på den fysiske, psykologiske og sociale trivsel (Lee, et al., 2019).

Selvom livskvalitet afhænger af flere forskellige dimensioner og påvirkes af mange proksimale og distale kræfter, er sygdom en af de stærkeste indflydelser (Danckaerts et al., 2010). Derfor vil indflydelsen af ADHD på livskvalitet blive udfoldet i det følgende.

2.5.1 Indflydelsen af ADHD på livskvaliteten

Livskvalitet er som koncept blevet anerkendt som en vigtig del af en omfattende vurdering af indflydelsen af ADHD på børn og unge (Danckaerts et al., 2010). I flere af disse vurderinger har man fundet, at ADHD i høj grad går ud over livskvaliteten (Coghill & Hodgkins, 2016; Jafari, Ghanizadeh, Akhondzadeh, & Mohammadi, 2011; Klassen, Miller, & Fine, 2004; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010). Dette ses særligt fra forældrenes perspektiv, der på tværs af forskellige mål for livskvalitet konsekvent vurderer livskvaliteten hos deres barn med ADHD til at være mellem 1.5 og 2 standardafvigelser under den tilsvarende norm for barnets alder (Danckaerts et al., 2010). De forældrerapporterede problemer vedrører især barnets adfærd, emotionelle regulering, mentale helbred og selvværd, ligesom komorbiditet også lader til at være en væsentlig faktor for barnets trivsel (Klassen, Miller, & Fine, 2004). Den forringede livskvalitet hos børn og unge med ADHD er desuden signifikant lavere i sammenligning med børn med andre sygdomme som type 1 diabetes (Coghill & Hodgkins, 2016), astma og cancer (Jafari et al., 2011), hvorfor indflydelsen af ADHD på barnets livskvalitet må siges at være væsentlig.

I en metaanalyse fra 2016, der sammenligner livskvaliteten hos børn og unge med ADHD med en gruppe typisk udviklede børn, viser resultaterne fra både selvrapporteringer og forældrerapporteringer, at ADHD påvirker livskvaliteten negativt med en moderat effekt på fysiske domæner og en stor effekt på psykosociale domæner som den emotionelle trivsel og det sociale liv (Lee et al., 2016). Dette stemmer overens med et tidligere review, der betoner associationen mellem ADHD og signifikante forringelser af den psykosociale funktion i form af adfærdsmæssige- og emotionelle vanskeligheder (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010). Et pilotstudie fra 2018 viser imidlertid, at unge med ADHD ikke adskiller sig fra typisk udviklede unge, hvad angår den overordnede livskvalitet (Dewey & Volkovinskaia, 2018), hvilket altså ikke stemmer overens med tidligere forskning på området. Her må man have for øje, at studiets population består af unge mennesker og ikke børn i skolealderen, som meget af den tidligere forskning er baseret på, og hvor livskvaliteten er vurderet på baggrund af

forældrerapporteringer (Dewey & Volkovinskaia, 2018). Her betones netop vigtigheden i at skelne mellem aldersgrupper, når man undersøger livskvaliteten hos individer med ADHD, ligesom det også tydeliggør nogle af de problemstillinger, det kan føre med sig at anvende forældrerapporteringer; hvilket vil blive berørt senere. På trods af at den overordnede livskvalitet ikke adskiller sig mellem grupperne, finder pilotstudiet imidlertid, at unge, der lider af ADHD og komorbid udviklingsmæssig koordinationsforstyrrelse (Developmental Coordination Disorder; DCD), udviser lavere livskvalitet på områderne psykosocial, kognitiv og fysisk funktion sammenlignet med unge med DCD alene eller typisk udviklede unge, ligesom unge med ADHD og komorbid DCD også med større sandsynlighed oplever at blive mobbet og marginaliseret af deres jævnaldrende (Dewey & Volkovinskaia, 2018). Dette er altså med til at skildre konsekvenserne ved den høje grad af komorbiditet hos individer med ADHD, ligesom det fremhæver vigtigheden af at inkludere flere forskellige dimensioner i vurderingen af livskvalitet hos individer med ADHD.

Hvis man kigger på mere konkrete faktorer, der kan have betydning for livskvaliteten hos børn og unge med ADHD, ses det, at symptomernes alvorlighed, udover antallet af komorbide psykiatriske lidelser, har en væsentlig indflydelse (Danckaerts et al., 2010; Klassen, Miller, & Fine, 2004). De kliniske symptomer på ADHD er forbundet med psykosociale domæner af livskvalitet, og i et studie, der netop undersøger denne sammenhæng, viser resultaterne, at livskvalitet er signifikant associeret med ADHD-symptomer i den forstand, at de indfanger relaterede, men forskellige fremstillinger (Matza et al., 2004). Her ses det, at forbedringer i livskvalitet viser tilsvarende forbedringer i symptomer, der inkluderer evnen til at fastholde opmærksomheden, graden, som barnets helbred eller adfærd begrænser aktiviteter eller skaber konflikter i familien, samt den overordnede psykosociale funktion på tværs af forskellige kontekster (Matza et al., 2004). Dette indikerer, at kliniske ADHD-symptomer er relateret til den mere almene trivsel repræsenteret af konceptet om livskvalitet (Matza et al., 2004), hvilket bl.a. stemmer overens med et lignende review om sammenhængen mellem livskvalitet og symptomatologi (Coghill et al., 2009).

Den forringede livskvalitet hos børn og unge med ADHD, der bl.a. omfatter emotionelle vanskeligheder, kan opstå fra konsekvenserne ved lidelsen i form af de forringelser, det forårsager i signifikante domæner i livet, herunder sociale, familiemæssige og uddannelsesmæssige domæner (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010). Dette kan bl.a. resultere i en negativt påvirket selvopfattelse i form af lavt selvværd,

indlært hjælpeløshed, øget frustration samt frygt og angst (Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010). Netop relationen mellem, hvordan børn med ADHD perciperer deres egen livskvalitet, og hvordan de opfatter sig selv, er i et studie blevet undersøgt. Her finder man en signifikant relation mellem livskvalitet og flere domæner af selvopfattelse, herunder adfærd, glæde, angst og kognition (Dolgun, Savaşer, & Yazgan, 2014).

Det er vigtigt at huske på, at indflydelsen af ADHD på helbred og trivsel ikke er den samme, hvorfor det er mest optimalt at anvende en bred vifte af relevante indikatorer, når behandlingseffekten skal vurderes (Klassen, Miller, & Fine, 2004). Det er bl.a. blevet belyst, at der findes flere associationer til livskvalitet, når det kommer til børn og unge med ADHD, hvoraf symptomernes alvorlighed, komorbiditet og den psykosociale funktion særligt lader til at være relateret til livskvaliteten hos populationen. De psykosociale domæner, der har indflydelse på livskvaliteten hos børn og unge med ADHD, vedrører adfærden, den emotionelle trivsel og det sociale liv, de kognitive evner samt selvopfattelsen af disse. Derudover er det vigtigt at have in mente, at der kan være forskel på associationen til livskvalitet afhængigt af rapporteringsformen og barnets alder, hvilket vil blive belyst i følgende afsnit.

2.5.2 Vurdering af livskvalitet hos børn og unge med ADHD

Der er nu redegjort for konceptet livskvalitet samt indflydelsen af ADHD, hvorefter nærværende afsnit vil skildre, hvordan livskvalitet hos børn og unge med ADHD kan og bør vurderes.

Som tidligere nævnt er livskvalitet i højere grad blevet anerkendt som komponent til den psykologiske vurdering af børn og unge med ADHD. Det er imidlertid samtidig anerkendt, at konceptet livskvalitet er problematisk, når det omhandler tilgange til målinger, hvilket kan gøre det kompliceret at fortolke og sammenligne data (Coghill et al., 2009; Danckaerts et al., 2010). I tråd med indflydelsen af ADHD på livskvaliteten hersker der bred enighed om, at de overordnede fysiske, psykologiske, kognitive og sociale domæner skal vurderes. Der er dog mindre konsensus om, hvordan subdomænerne for disse skal se ud; hvorfor der eksisterer en bred vifte af overlappende subdomæner i de forskellige værktøjer til vurdering af livskvalitet (Coghill et al., 2009). En af årsagerne til denne problematik er altså konceptets multidimensionelle karakter, der gør, at livskvalitet ikke kan reduceres til en enkelt score, men må samles af mange dele (Coghill et al., 2009). På den måde afhænger den praktiske værdi af

konceptet mere eller mindre af, hvorvidt det kan operationaliseres passende og måles med reliable og valide instrumenter (Coghill et al., 2009).

Udover problemstillingen med konceptets multidimensionelle natur er der også en række kontekstuelle problemstillinger, der er værd at berøre. Det er bl.a. mest optimalt at måle livskvalitet på tværs af sociale arenaer og kontekster i livet (fx skolen, hjemmet og fritidsaktiviteter), da forskellige oplevelser i disse kan påvirke måden, hvorpå livskvalitet opfattes (Coghill et al., 2009). Derudover kan man stille spørgsmål om, ved hvilken alder et barn kan rapportere om sin livskvalitet (Coghill et al., 2009). Denne alderseffekt er imidlertid ikke simpel og er bl.a. afhængig af barnets udviklingsmæssige niveau, der særligt kan være påvirket af de kognitive vanskeligheder, herunder sproglige, selvrefleksive, opmærksomheds- og selvkontrollerende vanskeligheder, som mange børn med ADHD oplever (Lee et al., 2019), samt forskellige forståelser af konceptet 'lidelse' afhængigt af alder (Coghill et al., 2009; Coghill & Hodgkins, 2016). Man må altså tage højde for, at børn udvikler sig i forskellig hastighed, og at nogle psykiatriske lidelser kan føre til langsommere udvikling samt vanskeligheder med at rapportere om livskvalitet på nogle domæner (Coghill et al., 2009).

I forbindelse med ovenstående er det relevant at undersøge, hvorvidt forældre-rapporteringer kan anvendes som værktøj til vurdering af barnets livskvalitet. Det er blevet belyst, at livskvalitet har et stærkt element af selvevaluering (Danckaerts et al., 2010), og at subjektive målinger dermed er vigtige i vurderingen af et individs livskvalitet (Morar et al., 2013). Når det vedkommer børn, står det imidlertid klart, at forældre kan give et værdifuldt bidrag til forståelsen af den bredere indflydelse på barnets helbredstilstand i forhold til livskvalitet (Coghill et al., 2009). I den forbindelse er det relevant at se på relationen mellem selvrapporteringer fra barnet og forældrerapporteringer i form af graden af enighed. Her viser en nylig metaanalyse en signifikant forælder-barn-diskrepans hos børn med ADHD i den psykosociale vurdering af livskvalitet sammenlignet med typisk udviklede børn (Lee et al., 2019). Dette viser sig ved, at forældrene vurderer den psykosociale livskvalitet hos deres børn som værende signifikant lavere, end børnene selv gør, hvilket dog ikke er et nyt fænomen i undersøgelsen af børn og unge med ADHD og kaldes *positive illusory bias* (Lee et al., 2019). Dette går i sin enkelthed ud på, at forældre til normalt udviklede børn generelt vurderer deres børn til at have en bedre livskvalitet, end barnet selv gør, imens det for børn med lidelser gør sig gældende med omvendte fortegn ved, at børn med ADHD vurderer deres livskvalitet som værende højere, end forældrene gør (Danckaerts et al., 2010;

Dewey & Volkovinskaia, 2018; Jafari et al., 2011). Fænomenet er ofte tydeligst i domænet med flest forringelser, hvilket stemmer overens med det psykosociale domæne hos børn og unge med ADHD. Her ses fænomenet ved, at børnene giver signifikant mere positive rapporter af deres kompetencer end deres faktiske præstation (Lee et al., 2019). Der kan være mange mulige årsager til dette. Nogle af disse er antagelsen om, at børn og unge med ADHD overvurderer deres psykosociale livskvalitet som en håndteringsmekanisme, der kan være med til at beskytte eller opretholde et positivt selvbillede, eller som en tilpasningsproces, der presser dem til at ændre deres indre standarder og dermed selvevaluering (Danckaerts et al., 2010; Lee et al., 2019).

Spørgsmålet er dernæst, hvorvidt man bør holde sig til selvrapporteringer i vurderingen af individets livskvalitet, eller om forælderreporteringer også kan anvendes hertil. Der findes ikke et entydigt svar på dette, da der på den ene side er fundet signifikant diskrepans mellem rapporter fra forældre og børn i forhold til det psykosociale domæne af livskvalitet (Lee et al., 2019), imens der i andre studier er fundet positive korrelationer mellem forældre og børn, der antyder, at livskvaliteten hos børn og unge med ADHD kan vurderes af begge parter (Coghill & Hodgkins, 2016; Lee et al., 2016). For at sikre en høj reliabilitet foreslås det imidlertid, at livskvalitet, når det er muligt, skal baseres på selvrapporteringer, både for at være konsistent med subjektiviteten i konceptet livskvalitet, da det tillader inklusion af information fra forskellige settings, men også for at undgå problematikken ved den potentielle diskrepans i forælder-barn dyader (Coghill et al., 2009; Lee et al., 2019). Der kan på den anden side være tilfælde, hvor barnet ikke er i stand til at gennemføre en spørgeskemaundersøgelse eller på anden måde rapportere om sin livskvalitet. Dette kan skyldes barnets alder, eller at barnet oplever for mange vanskeligheder i forbindelse med sin lidelse til at give information. I disse tilfælde anbefales det at anvende forældre som stedfortrædende respondenter (Coghill et al., 2009; Lee et al., 2019). I sådanne tilfælde er det dog vigtigt at have in mente, at informationen primært bidrager med forældrenes perspektiv, hvorved det altså kun giver en delvis refleksion af den overordnede indflydelse af ADHD på barnets livskvalitet (Coghill et al., 2009; Lee et al., 2019). Uanset formen er det dog altid informativt at anvende forælderreporteringer som et yderligere perspektiv, da de, med deres opfattelse af lidelsens betydning og konsekvenser, kan være med til at identificere andre områder med konflikt eller bekymring, end barnet med ADHD kan (Coghill et al., 2009). Det kan dertil endda antages, at den potentielle diskrepans mellem forældre og deres børn mindskes ved i højere grad at involvere

forældre i relevante domæner, som eksempelvis det psykosociale domæne i tilfældet med børn og unge med ADHD (Lee et al., 2019), hvilket forældretræning kan siges at bidrage til.

Det kan altså opsummeres, at livskvalitet hos børn og unge med ADHD kan vurderes ved at kigge på symptomer og komorbiditet samt undersøge de fysiske, psykologiske og sociale domæner; hvoraf særligt den psykosociale funktion er relateret til livskvaliteten hos populationen. Dernæst skal livskvalitet som udgangspunkt altid vurderes på baggrund af den subjektive opfattelse, hvilket kun kan ske ved, at barnet selv rapporterer herom. Det er imidlertid belyst, at der ses et generelt mønster i associationen mellem selvrapporteringer fra barnet og forælderreporteringer i form af fænomenet *positive illusory bias*. Med dette fænomen in mente, kan det antages, at forældre kan anvendes som stedfortrædende respondenter i tilfælde, hvor barnet af forskellige årsager ikke er i stand til at rapportere om sin egen livskvalitet.

3 Metode

Nærværende afsnit har til formål at redegøre for valget af studietype og præsentere den metodologiske proces, der er fastlagt inden udførelsen af reviewet. Dette vil blive gjort ved en gennemgang af reviewets selektionskriterier og sorteringsproces samt en redegørelse for, hvordan dataudvælgelsen vil foregå, samt hvordan de inkluderede studiers kvalitet og kvaliteten af det systematiske review vil blive vurderet.

3.1 Studietype

Denne afhandling er udarbejdet som et systematisk litteraturreview, der så vidt muligt følger *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis*, PRISMA Guidelines (Liberati et al., 2009). Systematiske reviews betragtes som værende øverst i evidenshierarkiet, når det kommer til evaluering af interventioners effekt, da resultaterne her vil grunde sig på flere populationer, settings og omstændigheder (Evans, 2003). PRISMA fungerer i den forbindelse som en metode til kvalitetssikring, da den fokuserer på måder, hvorpå forskere kan sikre en så transparent og fuldstændig rapportering af systematiske reviews og metaanalyser som muligt (Liberati et al., 2009). Målet er altså at finde, vurdere og sammenfatte den bedst tilgængelige evidens i relation til forskningsspørgsmålet for at fremsætte information og evidensbaserede svar på

baggrund af en eksplicit og reproducérbar metodologi (Boland, Cherry, & Dickson, 2017).

Nedenstående metodiske overvejelser indeholder beskrivelser af studiets fremgangsmåde og har til formål at sikre transparens i reviewet.

3.1.1 Selektionskriterier

Studietype: De inkluderede studier i nærværende review skal være peer reviewed artikler med randomiserede eller kvasi-randomiserede kontrollerede studier (RCT) på engelsk, dansk, norsk eller svensk, der er publiceret fra 2017 og frem til 2020. Dette kriterie er både med til at sikre den forskningsmæssige kvalitet og sørge for at indfange forskningen siden Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2018, der inkluderer studier frem til 2017 (Sundhedsstyrelsen, 2018).

Deltagere: Studiernes deltagere skal være børn og unge under 18 år, der har en primær klinisk ADHD-diagnose. Dette kriterie er med til at præcisere populationen så meget som muligt for bedre sammenligning og kan være med til at sikre, at andre faktorer så vidt muligt ikke påvirker behandlingseffekten.

Intervention: Studier, der undersøger effekten af forældretræning eller sammenligner forældretræning med ingen behandling, venteliste eller traditionel behandling, inkluderes for at kunne isolere forældretræning som faktor i behandlingen. I den forbindelse ekskluderes studier, der anvender direkte interventioner med barnet eller den unge sideløbende med forældretræning, for at adskille effekten af forældretræning og effekten af direkte adfærdsmæssig intervention med barnet samt eliminere muligheden for interaktion mellem disse. Studierne må gerne inkludere farmakologisk behandling sideløbende med forældretræningen, da forældretræning også her kan isoleres som faktor. Et eksempel på dette kan være en gruppe, der både modtager farmakologisk behandling og forældretræning, som bliver sammenlignet med en gruppe, der udelukkende modtager farmakologisk behandling.

Outcome-mål: Studierne skal have mindst ét mål i form af kvantitative data for livskvalitet hos barnet eller den unge, da dette muliggør beregning af effekten vedrørende relationen mellem behandling og livskvalitet.

3.2 Fremgangsmåde

Litteratursøgningen er baseret på reviewets fokuserede forskningsspørgsmål og vil, med udgangspunkt i vejledning fra Cand.scient.bibl. Tine Furbo Lind, foregå ved at anvende arbejdsmodellen *PICOS* (Population, Intervention, Comparator, Outcome, Study design) til at søge på databaserne. Denne model har til formål at udbygge forskningsspørgsmålets variable og sikre en specifik, men samtidig bred litteratursøgning.

3.2.1 Søgestrategi

Følgende artikeldatabaser er valgt til litteratursøgning i reviewet, da de går igen i flere tidligere reviews på området, heriblandt Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2018 (Sundhedsstyrelsen, 2018) og reviewet af Zwi et al. (2011). Derudover dækker de fire databaser en bred vifte af fagområder, herunder det medicinske, psykologiske og sygeplejefaglige felt, hvori der findes relevant litteratur for emnet.

Tabel 1: Anvendte databaser

Kilde	Firma	Begrundelse
PubMed	National Center for Biotechnology Information (NCBI)	Dækker det medicinske felt
Embase	Elsevier	Dækker det medicinske felt
PsycInfo	American Psychological Association (APA)	Dækker det psykologiske felt
Cinahl	EBSCO Industries, Inc.	Dækker det sygeplejefaglige felt

Søgningerne tager til dels udgangspunkt i tesaurustermer, der er kontrollerede emneord, og som i PubMed kaldes ”MeSH”, i Embase kaldes ”Emtree”, i PsycInfo kaldes ”Thesaurus” og i Cinahl kaldes ”Subject Headings”. Anvendelsen af kontrollerede emneord kan føre til mere præcise søgninger, da man kommer ud over det problematiske med fritekstsøgninger vedrørende det naturlige sprogbrugs flertydighed i forhold til, at et ords betydning i hverdagen er afhængig af den sociale sammenhæng. De kontrollerede emneord adskiller sig dog en smule på tværs af databaserne ved, at over- og underbegreber varierer og forbindes til andre begreber på forskellig vis, ligesom der anvendes flere forskellige begreber til at beskrive det samme.

Årsagen til, at søgningen kun delvist er baseret på tesaurustermer, skal findes i, at forskningsspørgsmålets vinkel er lidt speciel i forhold til populationen. Eftersom den behandling, der ønskes undersøgt, gives til forældrene, men med formålet at opnå

bedring hos barnet, kan populationen både bestå af forældre og børn. Derfor anvendes en fritekstsøgning vedrørende populationen, der består af to blokke, hvor “(Child* OR Adolescen* OR Preschool*) AND (Parent* OR Caregiver* OR Famil*)” indgår og dernæst kombineres med tesaurussøgningen. I PubMed forårsager dette imidlertid for mange resultater ved anvendelsen af “Child*” og “Famil*” til, at databasen kan håndtere resultaterne, hvorfor disse i stedet erstattes med “Child OR Children” og “Family OR Families OR Familial”.

Tabel 2: Søgestrengene

Kilde	Søge-Query	Begrænsninger
Cinahl	(Child* OR Adolescen* OR Preschool*) AND (Parent* OR Caregiver* OR Famil*) AND ((MH "Psychotherapy") OR (MH "Early Intervention") OR (MH "Behavior Therapy") OR (MH "Family Therapy") OR (MH "Combined Modality Therapy") OR (MH "Family Relations") OR (MH "Psychoeducation")) AND (MH "Attention Deficit Hyperactivity Disorder")	Peer reviewed journals Publikationsår: 2017-2020
Embase	(child* OR adolescen* OR preschool*) AND (parent* OR caregiver* OR famil*) AND ('psychotherapy'/mj OR 'therapy'/mj OR 'early childhood intervention'/mj OR 'behavior therapy'/mj OR 'family therapy'/mj OR 'family relation'/mj OR 'psychoeducation'/mj) AND ('attention deficit disorder'/mj)	Publikationsår: 2017-2020 Sprog: engelsk, dansk, norsk og svensk
PsycInfo	Index Terms: {Psychotherapy} OR {Intervention} OR {Treatment} OR {Behavior Therapy} OR {Family Therapy} OR {Parent Training} OR {Parental Involvement} OR {Parental Investment} OR {Multimodal Treatment Approach} OR {Family Relations} OR {Psychoeducation} AND Index Terms: {Attention Deficit Disorder With Hyperactivity} OR {Attention Deficit Disorder} AND Any Field: Child* OR Any Field: Adolescen* OR Any Field: Preschool* AND Any Field: Parent* OR Any Field: Caregiver* OR Any Field: Famil*	Peer reviewed journals Publikationsår: 2017-2020
PubMed	(((((Child OR Children OR Adolescen* OR Preschool*)) AND (Parent* OR Caregiver* OR Family OR Families OR Familial)) AND ((((((("Psychotherapy"[Mesh]) OR "Therapeutics"[Mesh]) OR "Early Intervention, Educational"[Mesh]) OR "Behavior Therapy"[Mesh]) OR "Family Therapy"[Mesh]) OR "Combined Modality Therapy"[Mesh]) OR "Family Relations"[Mesh])) AND (("Attention Deficit and Disruptive Behavior Disorders"[Mesh]) OR "Attention Deficit Disorder with Hyperactivity"[Mesh]))	Publikationsår: 2017-2020 Sprog: engelsk, dansk, norsk og svensk

3.2.2 Sorteringsproces

Strategien for udvælgelse af litteratur i reviewet er at screene artiklerne fra de fire databaser gennem flere faser. I første fase screenes titler og abstracts, og her frasorteres artikler, der tydeligt ikke lever op til reviewets kriterier. Dette kan eksempelvis være tilfælde, hvor det af titlen fremgår, at voksne også er en del af den undersøgte population, eller at børnenes primære diagnose ikke er ADHD. I anden fase screenes artiklernes metodeafsnit for igen at undersøge, om studiet lever op til kriterierne for dette review eller ej, og i tredje og sidste fase sorteres de resterende artikler ved at læse på fuldtekstniveau.

Sorteringen af artiklerne fra de fire databaser resulterer i et antal studier, der inkluderes i reviewet. Sammen med tidligere reviews på området tjekkes referencerne i disse dernæst for at kontrollere for yderligere studier, der ikke er indfanget i søgningen.

3.2.3 Dataudvælgelse

Dataudvælgelsen i det systematiske review vil foregå ved at notere beskrivelser for alle interventions- og sammenligningsgrupper med relevans for reviewet. De relevante *interventionsgrupper* udgøres af alle grupper med forældretræning, der ikke anvender sideløbende behandling af barnet, imens de relevante *sammenligningsgrupper* kan bestå af traditionel behandling eller ingen behandling i form af en kontrolgruppe. Sammenligningsgrupperne giver hermed mulighed for at undersøge to aspekter af behandlingseffekten. For det første kan en sammenligning af forældretræning og en ventelistekontrol belyse, hvorvidt børn og unge med ADHD viser forbedring i mål for livskvalitet, der overgår den forbedring, tiden potentielt kan vise. For det andet kan forældretræning sammenlignet med traditionel behandling vise, hvorvidt der ses en yderligere effekt ved anvendelse af forældretræning i behandling af børn og unge med ADHD.

Data i de enkelte studier vil blive udtaget ved at notere alle deskriptive informationer vedrørende deltagere, intervention og effekten af forældretræning i forhold til barnets livskvalitet. Dette vil blive gjort ved at notere antallet af børn i hver gruppe samt børnenes alder, hvorefter studierne interventionskarakteristika vil blive beskrevet på baggrund af interventionstype og antallet af sessioner i de enkelte grupper. Studierne måletidspunkter og anvendelse af outcome-mål for livskvalitet vil dernæst blive noteret, hvorefter data for behandlingens effekt til sidst vil blive registreret på baggrund af, 1) hvorvidt resultaterne viser effekt ved forældretræning på barnets livskvalitet, og 2) hvorvidt forældretræning viser yderligere effekt angående forbedring af livskvaliteten hos barnet eller den unge med ADHD sammenlignet med traditionel behandling. Studierne outcome-mål vil her både tage udgangspunkt i, om der er signifikans eller ej, samt effektstørrelsen i form af Cohens d , som vil blive beregnet, hvor det er muligt, hvis det ikke står eksplicit i de enkelte studier. At noget er statistisk signifikant vil sige, at det er usandsynligt, at nulhypotesen er sand, hvorved signifikansværdien fortæller noget om, hvorvidt en given behandling er effektiv eller ej (McLeod, 2019). Af den årsag vil effektstørrelsen kun blive rapporteret i tilfælde med

signifikans. Effektstørrelsen kan nemlig sige noget om, i hvor høj grad en given behandling viser effekt, og afspejler dermed en standardisering af resultaterne, der kan gøre det lettere at lave sammenligninger på tværs af studier (McLeod, 2019). I den forbindelse repræsenterer en effektstørrelse mellem 0.2 og 0.5 en 'lille' effektstørrelse, imens en effektstørrelse på mellem 0.5 og 0.8 betragtes som værende 'medium' og en effektstørrelse på 0.8 eller derover som værende 'stor' (McLeod, 2019). Det betyder altså, at forskellen mellem to grupper er ubetydelig, hvis de to gruppers gennemsnit ikke adskiller sig med 0.2 standardafvigelse eller mere, selvom der ses statistisk signifikans (McLeod, 2019).

Data fra de inkluderede studier vil blive analyseret ved at kigge på resultaterne i de enkelte studier hver for sig, men i en samlet rapportering hvori relevante temaer vil blive belyst.

3.2.4 Kvalitetsvurdering af inkluderede studier

Som led i processen mod at besvare reviewets forskningsspørgsmål er det essentielt at vurdere kvaliteten af de inkluderede studier. For inkluderede studier i et systematisk review refererer termen 'kvalitet' til graden, ved hvilken studiet anvender metoder til at minimere bias og fejl i design, udførelse og analyse (Boland, Cherry, & Dickson, 2017). For at kunne afgøre, om studierne giver meningsfulde svar på forskningsspørgsmålet, skal indholdet af studierne altså vurderes i forhold til, hvorvidt resultaterne er troværdige og generaliserbare på baggrund af design, udførelse og rapportering (Boland, Cherry, & Dickson, 2017). Hvis et studie vurderes som værende af høj kvalitet, repræsenterer resultaterne da med stor sandsynlighed effekten af den undersøgte intervention (Boland, Cherry, & Dickson, 2017). Af den årsag er det af afgørende betydning, at studiernes metoder er rapporteret i et tilstrækkeligt omfang til, at det er muligt at gennemføre en vurdering af kvaliteten (Lund, Juhl, Andreasen, & Møller, 2014).

Kvalitetsvurderingen i nærværende review vil finde sted efter screenings- og sorteringsprocessen, hvor de tilbageværende studiers troværdighed vil blive vurderet i forhold til, i hvor høj grad det i de enkelte studier er lykkedes at begrænse risikoen for, at bias har påvirket resultaterne (Lund et al., 2014). Der er i reviewet opstillet et kriterie om, at de inkluderede studier skal være RCT-studier, hvorfor Cochranes redskab til kvalitetsvurdering af RCT-studier, *Risk of Bias 2* (Higgins, Savović, Page, & Sterne, 2019), anvendes. På baggrund af fem domæner er det her muligt at afgøre den overordnede risiko for bias for hvert enkelt studie. De fem domæner, der her er tilpasset til

dansk, består af 1) *randomiseringsbias*, der indeholder en vurdering af studiets randomisering og allokering, 2) *interventionsbias*, hvor studiets intervention vurderes på baggrund af tildeling af intervention, afvigelser herfra og anvendt analysemetode, 3) *afrapporteringsbias*, der indeholder en vurdering af manglende data og mulige konsekvenser heraf, 4) *bias i forhold til måleinstrumenter*, hvor metoden, kvaliteten og udførelsen af anvendte målinger vurderes, og 5) *analysebias*, som vedrører en vurdering af analyseplanen og udførelsen heraf (Higgins et al. 2019).

På baggrund af et antal markeringsspørgsmål afgøres det inden for hvert af de fem domæner, hvorvidt der er bias i det pågældende studie ved at svare 'ja', 'sandsynligvis ja', 'sandsynligvis nej', 'nej' eller 'ingen information' (Higgins et al., 2019). Her vidner svarmulighederne 'ja' og 'nej' om en definitiv afgørelse, imens 'sandsynligvis ja' og '- nej' indikerer, at der har fundet en vurdering sted, og 'ingen information' er tegn på, at studiet ikke bidrager med tilstrækkelig information til at lave en vurdering (Higgins et al., 2019). Besvarelsen af markeringsspørgsmålene i de enkelte domæner fører dernæst til en algoritme, der udregner hvert domænes risiko for bias, som derefter anvendes til vurderingen af studiets samlede risiko for bias, der kan føre til hhv. 1) lav risiko for bias, 2), nogle vanskeligheder eller 3) høj risiko for bias (Higgins et al., 2019). Eventuelle studier, der viser høj risiko for bias, vil blive fremhævet i analysen heraf; ligesom betydningen af resultaterne herfor vil blive behandlet med et kritisk blik i diskussionen (Boland, Cherry, & Dickson, 2017).

3.2.5 Kvalitetsvurdering af eget systematiske review

Udover at bedømme kvaliteten af de inkluderede studier, er det relevant at vurdere kvaliteten af nærørende systematiske review for at kunne identificere nogle af de problemstillinger eller begrænsninger, der kan være i udførelsen eller rapporteringen heraf (Boland, Cherry, & Dickson, 2017).

Som det antydes, er et systematisk review i sig selv en form for kvalitetssikring, da man, ved at følge en tjekliste som PRISMA, kan sikre en så gennemsigtig og systematisk rapportering som muligt (Liberati et al., 2009). Af andre værktøjer til kvalitetsvurdering af systematiske reviews findes bl.a. *AMSTAR 2* (Shea et al., 2017), som vil blive anvendt til vurdering af nærværende review. *AMSTAR 2* består af 16 spørgsmål, der hver især giver et indblik i reviewets kvalitet på forskellige områder. I modsætning til *Risk of Bias 2* er *AMSTAR 2* ikke designet til at give en samlet score for reviewets kvalitet, men kan sige noget om svagheder i specifikke domæner, som fx en

mangelfuld litteratursøgning eller undladelse af kvalitetsvurdering af inkluderede studier, hvilket kan forringe troværdigheden af det systematiske review (Shea et al., 2017).

Som nævnt adresserer AMSTAR 2 en række specifikke domæner, hvortil bias for hvert domæne vurderes ved at svare 'ja', 'delvist ja' eller 'nej' (Shea et al., 2017). De specifikke domæner udgøres af 16 items, hvoraf det første vedrører, hvorvidt forskningsspørgsmålet og inklusionskriterierne for reviewet inkluderer komponenter fra en PICO. Andet item omhandler, hvorvidt det i rapporteringen eksplicit anføres, om metoden er etableret inden udførelsen af reviewet, samt hvorvidt evt. afvigelser fra protokollen begrundes. Tredje item adresserer, om reviewets forfattere forklarer valget af studietyper til inklusion i reviewet, imens det i fjerde item adspørges, hvorvidt der i reviewet anvendes en omfattende søgestrategi. Femte og sjette item vedrører anvendelsen af gentagelse i selektionen af studier og i udtagning af data, hvor den bedste praksis kræver, at to forfattere uafhængigt vurderer studiernes kvalifikation til inklusion i det systematiske review. Syvende item omhandler, hvorvidt der fremlægges en liste af ekskluderede studier samt årsagen til deres eksklusion, imens ottende item adresserer, hvorvidt de inkluderede studier er beskrevet tilstrækkeligt detaljeret. I item nummer ni stilles der spørgsmål til, hvorvidt der er anvendt en tilfredsstillende analysemetode til vurdering af risiko for bias i de inkluderede studier, og 10. item omhandler, hvorvidt de inkluderede studiers finansieringskilder rapporteres i reviewet. 11., 12., og 15. item omhandler bias vedrørende udførelsen af metaanalyse, hvorfor de ikke er relevante i nærværende review. I 13. item adresseres, hvorvidt der er taget højde for de individuelle studiers risiko for bias i diskussionen af reviewets resultater, imens 14. item forholder sig til, om der foreligger en tilfredsstillende forklaring for og diskussion af heterogeniteten af reviewets resultater. Afslutningsvist omhandler 16. item, hvorvidt der rapporteres om potentielle kilder til interessekonflikter i reviewet, som eksempelvis kan opstå på baggrund af finansiering (Shea et al., 2017).

Eftersom det særligt er de problematiske eller mangelfulde domæner i kvalitetsvurderingen, der er interessante i forhold til at kunne sige noget om troværdigheden af det systematiske review, vil analysen fokusere på disse.

4 Resultater

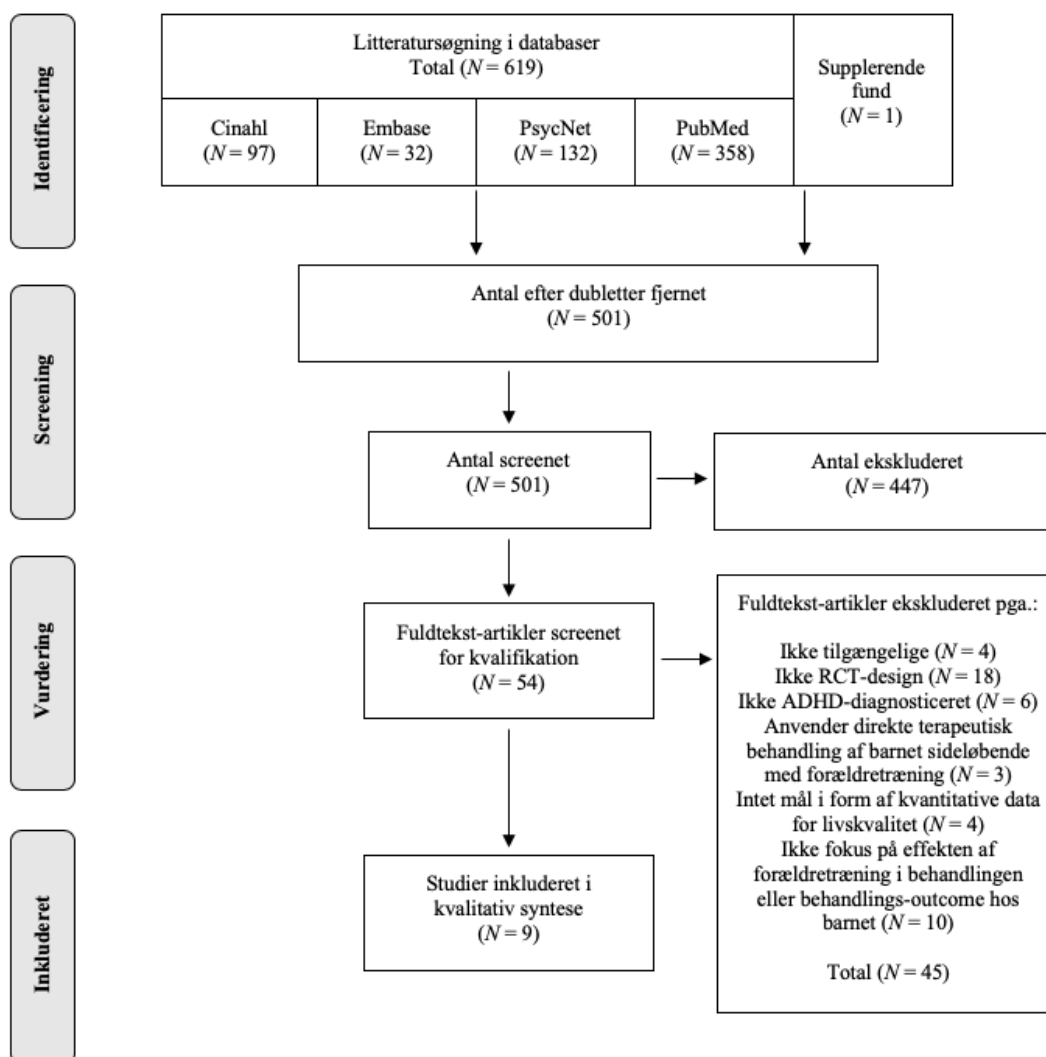
I følgende afsnit vil resultaterne fra litteratursøgningen og den tilhørende selektionsproces blive præsenteret, hvorefter den deskriptive information over de inkluderede studier vil blive gennemgået. Afslutningsvist vil resultaterne for de inkluderede studier blive præsenteret ved først at undersøge, hvorvidt forældretræning i sig selv er effektiv, hvad angår forbedring af livskvaliteten hos børn og unge med ADHD, og dernæst kigge på, hvorvidt resultaterne antyder en yderligere effekt ved forældretræning sammenlignet med traditionel behandling.

4.1 Resultater fra litteratursøgning

Af Figur 1 nedenfor fremgår en oversigt over selektionen af studier, hvoraf det ses, at det samlede antal artikler efter litteratursøgningen på de fire databaser, hhv. Cinahl, Embase, PsycInfo og PubMed, er 619. Efter fjernelse af dubletter er der 500 artikler tilbage, som screenes med henblik på titel og abstract. Af disse er 447 artikler ekskluderet af forskellige årsager, hvor fællesnævneren er, at de ikke lever op til reviewets selektionskriterier. Dette gør sig bl.a. gældende ved, at mange studier inkluderer andre diagnosegrupper i populationen, at flere studier ikke omhandler forældretræning i behandlingen, og at mange artikler er reviews, metaanalyser osv. De resterende 53 artikler er herefter læst på fuldtekstniveau, hvoraf 45 artikler er ekskluderet af forskellige årsager. Fire af studierne er ikke tilgængelige i fuldtekstformat (Froehlich & Brinkman, 2018; Polanczyk, 2018; Shamshiri, Sheikh, Talab, & Riahi, 2018; Zhang et al., 2017), og 18 studier anvender enten ikke en tilfældig allokering eller har ikke mindst to sammenligningsgrupper, som er et krav for RCT-studier (Döpfner et al., 2020; Fosco, Sarver, Kofler, & Aduen, 2018; Frisch, Tirosh & Rosenblum, 2020; Garreta, Jimeno, & Servera, 2018; Gisladdottir & Svavarsdottir, 2017; Hannesdottir, Ingvarsdottir, & Bjornsson, 2017; Hosogane, Kodaira, Kihara, Saito, & Kamo, 2018; Kofler et al., 2018; Loren, Ciesielski, & Tamm, 2017; Ma, Lai, & Wan, 2017; Ma, Lai, & Xia, 2018; Ma, Lai, Wan, & Xia, 2019; Malik, Rooney, Chronis-Tuscano, & Tariq, 2017; Meinzer, Hartley, Hoogesteyn, & Pettit, 2018; Shah et al., 2019; Shimabukuro et al., 2017; Sibley, Comer, & Gonzalez, 2017; Tan, Steding, Coates, & Agazzi, 2018). I seks studier har den undersøgte population ikke diagnosticeret ADHD (Bjørnebekk

& Kjøbli, 2017; Chacko & Scavenius, 2018; Comer et al., 2017; Leung, Tsang, Ng, & Choi, 2017; Rimestad, Trillingsgaard, O'Toole, & Hougaard, 2018; Zachary, Jones, McKee, Baucom, & Forehand, 2019), i tre studier anvendes der direkte terapeutisk behandling af barnet sideløbende med forældretræningen (Barnes, Wilkes-Gillan, Bundy, & Cordier, 2017; Elkins, Bond, & Curtis, 2019; Siebelink et al., 2018), fire studier anvender ikke mål i form af kvantitative data for livskvalitet (Chan et al., 2018; Geissler et al., 2018; Golubchik, Hamerman, Manor, Peskin, & Weizman, 2018; Haydicky, Wiener, & Shecter, 2017), og 10 studier fokuserer enten ikke på effekten af forældretræning i behandlingen (Chacko et al., 2018; Häge et al., 2018; Hautmann et al., 2018; Jaite et al., 2019; Owens, Hinshaw, McBurnett, & Pfiffner, 2018) eller på effekten af behandlingen hos barnet (Churchill et al., 2018; Haack, Villodas, McBurnett, Hinshaw, & Pfiffner, 2017; Hahn-Markowitz, Berger, Manor, & Maeir, 2018; Jiang et al., 2018; Vander Stoep et al., 2017), hvorfor temaet er irrelevant for nærværende review. Der er således i alt otte studier, som lever op til reviewets kriterier (Breider, de Bildt, Nauta, Hoekstra, & van der Hoofdakker, 2019; Dose et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Khademi et al., 2019; Kousha & Kakrodi, 2019; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018). For at kontrollere for yderligere studier, der ikke er indfanget i søgningen, tjekkes referencer i tidligere reviews på området samt i de inkluderede studier. Dette resulterer i et enkelt studie (Dehkordian, Hamid, Beshli-deh, & Mehrabizade Honarmand, 2017), der opfylder reviewets kriterier, og som inkluderes i det samlede antal artikler, der nu er på ni.

Figur 1: Flowchart over selektion af studier:



4.2 Deskriptiv information over inkluderede studier

Nærværende afsnit vil skildre resultaterne med afsæt i de inkluderede studiers deskriptive information. Først vil resultaterne vedrørende lokation, design og population blive fremlagt, hvorefter studierne interventions- og sammenligningsgrupper samt behandlingsform og -format vil blive præsenteret. Afslutningsvist vil afsnittet anskueliggøre de inkluderede studiers anvendte måleinstrumenter, der enten direkte eller indirekte vurderer livskvaliteten hos barnet eller den unge med ADHD.

4.2.1 Lokation, design og population

Studierne er udført i syv forskellige lande, hvoraf tre studier er udført i Iran (Dehkordian et al., 2017; Khademi et al., 2019; Kousha & Kakrodi, 2019), imens de resterende studier er foretaget i hhv. Holland, Tyskland, USA, Danmark, Irland og England.

Alle studier er enten randomiserede- eller kvasi-randomiserede kontrollerede studier, og det samlede antal deltagere består af 886 børn. Det færreste antal deltagere ses i Breider et al. (2019) med 21, imens det største antal ses i Sonuga-Barke et al. (2018) med 306 deltagere. Det gennemsnitlige antal deltagere for alle inkluderede studier er 98.

Alderen i studierne population spænder fra ca. tre år (DuPaul et al., 2018; Khademi et al., 2019; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018) til 12 år (Breider et al., 2019; Dehkordian et al., 2017; Dose et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019). Udover i Breider et al. (2019), hvor populationens alder spænder fra fire til 12 år, kan studierne overordnet inddeles i to. I fem studier er børnene i populationen under syv år (DuPaul et al., 2018; Khademi et al., 2019; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), imens børnenes alder i tre studier er seks år og derover (Dehkordian et al., 2017; Dose et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019).

Det er kun muligt at finde information om antallet og typen af komorbiditet i to af de ni inkluderede studier (Breider et al., 2019; DuPaul et al., 2018). De komorbide diagnoser udgøres i Breider et al. (2019) af adfærdsforstyrrelser hos 9.5 % af børnene, tourettes syndrom for 4.8 % af børnene og angst for 4.8 % af børnene, imens 4.8 % både har en adfærdsforstyrrelse og tourettes syndrom. I DuPaul et al. (2018) udgøres de komorbide diagnoser udelukkende af adfærdsforstyrrelsen Oppositional Defiant Disorder, der ses hos 53.2 % af børnene, samt komorbid Oppositional Defiant Disorder og Conduct Disorder, som optræder hos 6.4 % af børnene.

4.2.2 Interventions- og kontrolgrupper samt behandlingsform

Alle studier består af mindst to komparative grupper. I tre studier sammenlignes to forældretræningsprogrammer med hinanden (Breider et al., 2019; DuPaul et al., 2018; Sonuga-Barke et al., 2018), i fem studier er der en sammenligningsgruppe, der modtager traditionel behandling (Dose et al., 2017; Khademi et al., 2019; Kousha & Kakrodi, 2019; Lange et al., 2018; Sonuga-Barke et al., 2018), og tre studier indeholder en ventelistekontrol som sammenligningsgruppe (Dehkordian et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Leckey et al., 2019).

Resultaterne viser, at alle inkluderede studier anvender adfærdsterapi i grupperne med forældretræning. Disse består af forskellige forældretræningsprogrammer, der både har fællestræk og afvigelser fra hinanden. I de ni inkluderede studier er der i

alt 12 grupper med forældretræning, hvoraf behandlingsformatet i en enkelt gruppe ikke fremgår (Dehkordian et al., 2017), imens syv af behandlingsgrupperne er baseret på individuel terapi (Breider et al., 2019; Dose et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Lange et al., 2018; Sonuga-Barke et al., 2018), og fire er baseret på gruppeterapi (Khademi et al. 2019; Kousha & Kakrodi, 2019; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018).

Antallet og varigheden af sessionerne i interventionsgrupperne med forældretræning viser ligeledes en vis variation. Antallet af sessioner rangerer således fra otte (Dehkordian et al., 2017; Khademi et al., 2019; Kousha & Kakrodi, 2019; Lange et al., 2018) til 20 sessioner (Leckey et al., 2019); med et gennemsnit for de 12 grupper med forældretræning i de inkluderede studier på 11,5 sessioner. Med undtagelse af to studier (Dehkordian et al., 2017; DuPaul et al., 2018), oplyses sessionernes varighed i alle studier, hvor der ses et spænd fra 5.25 timer (Breider et al., 2019) til 50 timer (Leckey et al., 2019), hvilket antyder en stor heterogenitet vedrørende omfanget af behandlingen.

4.2.3 Måleinstrumenter og -tidspunkter

De ni inkluderede studier anvender en bred vifte af forskellige måleinstrumenter, hvor det for alle gælder, at de primære outcomes er relateret til børnene, ligesom alle er baseret på forælderreporteringer. Overordnet er måleinstrumenterne relateret direkte til barnets livskvalitet eller indirekte til barnets livskvalitet på baggrund af ADHD-symptomer og/eller barnets generelle funktion.

To af de ni inkluderede studier anvender et måleinstrument direkte relateret til barnets livskvalitet (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019) i form af *Pediatric Quality of Life Inventory (Peds QL)*. Syv studier anvender måleinstrumenter til vurdering af barnets ADHD-symptomer (Dehkordian et al., 2017; Dose et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Khademi et al., 2019; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), som udgøres af *Conners' Rating Scales (CRS)*, *Fremdbeurteilungsbogen für Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (FBB-ADHS)*, *ADHD Rating Scale-IV (ADHD-RS)*, *Werry-Weiss-Peters Activity Rating Scale (WWPARS)* og *Swanson Nolan and Pelham (SNAP)-IV*. Slutteligt anvender i alt fem studier måleredskaber relateret til barnets generelle funktion (Breider et al., 2019; Dose et al., 2017; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), som består af *Child Behavior Checklist (CBCL)*, *Weiss Functional Impairment Rating*

Scale (WFIRS), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) og Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI).

Kun fire af de ni inkluderede studier anvender follow-up-målinger (Kousha & Kakrodi, 2019; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), som spænder fra otte uger (Kousha & Kakrodi, 2019) til 36 uger efter posttest (Lange et al., 2018).

4.3 Effekt af forældretræning

Reviewets gennemgang af studierne resultater vil i det følgende være delt i to. Første del vil illustrere, hvorvidt studierne viser effekt efter forældretræning på barnets livskvalitet eller ej, hvorefter anden del vil gennemgå denne effekt sammenlignet med traditionel behandling for at undersøge, hvorvidt der ses en yderligere effekt ved forældretræning.

4.3.1 Effekt eller ej?

For alle studier, undtagen Khademi et al. (2019), har det været muligt at finde eller udregne effektstørrelser på baggrund af resultaterne fra præ- til posttest for grupperne med forældretræning. For disse ses effektstørrelser, der svinger fra $d = 0.54$ (Kousha & Kakrodi, 2019) til $d = 0.90$ (Dehkordian et al., 2017) på de direkte mål for livskvalitet efter forældretræning. For måleinstrumenterne, der vurderer ændringen i ADHD-symptomer, viser resultaterne forbedringer med effektstørrelser fra $d = 0.38$ til $d = 0.88$ (DuPaul et al., 2018), og i den sidste kategori, der består af ændringer i barnets generelle funktion, ses der forbedringer efter forældretræning med effektstørrelser rangerende fra $d = 0.30$ (Lange et al., 2018) til $d = 2.67$ (Breider et al., 2019). Det kan altså opsummeres, at alle interventioner med forældretræning resulterer i forbedring på de direkte og indirekte mål for livskvalitet hos barnet, om end disse forbedringer viser stor variation på tværs af studierne.

Da kontrolgruppen i Dehkordian et al. (2017) ikke er yderligere specificeret, kan to studier bidrage med at belyse, hvorvidt der er forskel på effekten, i form af forbedret livskvalitet hos børn og unge med ADHD, når forældretræning sammenlignes med en kontrolgruppe i form af en venteliste (DuPaul et al., 2018; Leckey et al., 2019). Her ses der divergerende resultater, men med signifikante forskelle i ændringer i livskvalitet mellem grupperne til fordel for behandlingen med forældretræning.

Ændringer i ADHD-symptomer, der i reviewet anvendes som et af de indirekte mål for livskvalitet, vurderes i begge studier (DuPaul et al., 2018; Leckey et al., 2019), og her viser resultaterne overordnet, at der er signifikant forskel mellem børnene, hvis forældre deltager i forældretræning, og de børn, der udgør en ventelistekontrol. I DuPaul et al., 2018 ses dette både for gruppen, der modtager Face-to-Face (F2F) adfærdsterapi, hvor effektstørrelserne for subskalaerne for CRS er medium (fra $d = 0.52$ til $d = 0.74$), og for gruppen, der modtager Online adfærdsterapi, hvor effektstørrelserne på subskalaerne rangerer fra lille til stor (fra $d = 0.45$ til $d = 1.11$). Leckey et al. (2019) anvender også mål for ændringer i ADHD-symptomer, hvor der på WPPARS ikke er signifikant forskel mellem grupperne. Omvendt ses der signifikant forskel ved subskalaen 'Hyperaktivitet' samt den samlede score på CRS, hvor effektstørrelserne er medium-store (hhv. $d = 0.78$ og $d = 0.82$).

Den anden komponent til vurdering af livskvalitet hos børn og unge med ADHD består af ændringer i den generelle funktion. I sammenligningen mellem forældretræning og venteliste vurderes dette kun af Leckey et al. (2019), som både finder nonsignifikante og signifikante forskelle. Den nonsignifikante forskel ses i den samlede score for SDQ, imens resultaterne for subskalaerne 'Prosocial adfærd' og 'Hyperaktivitet' viser signifikante forskelle mellem grupperne med medium til store effektstørrelser (hhv. $d = 0.72$ og $d = 1.34$) (Leckey et al., 2019).

Når forældretræning sammenlignes med en ventelistekontrol, kan det fortælle noget om, hvor meget børn og unge med ADHD forbedrer sig på mål for livskvalitet efter behandling i form af forældretræning i forhold til, hvor meget de potentielt vil forbedre sig ved at lade tiden gå sin gang. For resultaterne i reviewets to studier, der undersøger dette, kan det opsummeres, at der, til trods for de divergerende resultater i Leckey et al. (2019), i overvejende grad ses en forskel i forbedring for børn, hvis forældre deltager i forældretræning.

4.3.2 Yderligere effekt ved forældretræning?

I alt fem studier sammenligner forældretræning med traditionel behandling, der både kan bestå af farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling (Dose et al., 2017; Khademi et al., 2019; Kousha & Kakrodi, 2019; Lange et al., 2018; Sonuga-Barke et al., 2018). For disse er resultaterne divergerende i forhold til, hvorvidt der ses en yderligere effekt på barnets livskvalitet efter forældretræning, hvilket vil blive uddybet i det følgende.

Som nævnt udgør Peds QL det eneste direkte mål for livskvalitet i de inkluderede studier, og ved sammenligning af forældretræning og traditionel behandling ses der ikke en signifikant forskel mellem grupperne (Kousha & Kakrodi, 2019).

De indirekte mål for livskvalitet består af hhv. ændringer i ADHD-symptomer og ændringer i den generelle funktion. Resultaterne fra førstnævnte viser både signifikans og nonsignifikans vedrørende forskellen på forældretræning og traditionel behandling. Her ses de signifikante forskelle for CRS i Khademi et al. (2019), hvori det ikke har været muligt at udregne en effektstørrelse, samt i Lange et al. (2018), hvor effektstørrelsen for ADHD-RS er medium ved posttest ($d = 0.54$) og lille ved follow-up ($d = 0.43$). Resultaterne i Dose et al. (2017) og Sonuga-Barke et al. (2018) er varierende i forhold til, hvorvidt forældretræning er signifikant bedre end traditionel behandling. I Dose et al. (2017) viser resultaterne for den samlede score for FBB-ADHS ingen signifikant forskel mellem grupperne, imens subskalaen 'Uopmærksomhed' viser en lille effekt ($d = 0.44$) til fordel for forældretræning. En lignende forskel i signifikansniveau ses for de to grupper med forældretræning i Sonuga-Barke et al. (2018), når der sammenlignes med traditionel behandling. Her ses der for SNAP-IV-skalaen 'Adfærdsvanskeligheder' en signifikant forskel mellem gruppen med forældretræning, der er baseret på New Forest Parenting Programme (NFPP), og traditionel behandling med en lille effektstørrelse ($d = 0.23$) ved posttest. Forskellen mellem NFPP og traditionel behandling på SNAP-IV-skalaen 'ADHD' er imidlertid nonsignifikant, hvilket ligeledes gør sig gældende for både SNAP-IV 'Adfærdsvanskeligheder' og SNAP-IV 'ADHD', når forældretræningen baseret på Incredible Years-programmet (IY) sammenlignes med traditionel behandling (Sonuga-Barke et al. 2018).

Den anden komponent, der indirekte vurderer livskvaliteten hos børn og unge med ADHD, består af ændringer i barnets generelle funktion og anvendes i tre af studierne, der sammenligner forældretræning med traditionel behandling (Dose et al., 2017; Lange et al., 2018; Sonuga-Barke et al., 2018). Her viser resultaterne overordnet, at der ikke er signifikant forskel i forbedring af børnenes livskvalitet mellem grupperne (Dose et al., 2017; Lange et al., 2018), eftersom kun en enkelt af grupperne med forældretræning i Sonuga-Barke et al. (2018), nemlig forældretræning baseret på NFPP, viser en signifikant forskel ved posttest med små effektstørrelser ($d = 0.23$ og $d = 0.28$ for hhv. ECBI 'Intensitet' og ECBI 'Problem').

Når forældretræning sammenlignes med traditionel behandling, kan det fortælle noget om, hvorvidt der er en yderligere effekt på barnets livskvalitet ved at anvende

forældretræning, hvilket er yderst relevant for den psykologiske praksis i behandlingen af børn og unge med ADHD. Resultaterne fra reviewets inkluderede studier antyder, at forældretræning potentielt kan vise en yderligere effekt i forhold til traditionel behandling, når det kommer til reduktion i ADHD-symptomer, der har indflydelse på livskvaliteten i denne population. Det ses imidlertid også, at forældretræning ikke kan svare sig frem for traditionel behandling på hverken det direkte mål for livskvalitet eller de indirekte mål for livskvalitet i form af ændringer i den generelle funktion, idet kun en enkelt gruppe med forældretræning viser en signifikant forskel sammenlignet med traditionel behandling, der dog består af små effektstørrelser (NFPP i Sonuga-Barke et al., 2018).

Tabel 3: Deskriptiv information over inkluderede studier

Studie	Deltagere		Intervention			Outcome-mål	Follow-up	Effekt på livskvalitet
	Grupper	Antal børn	Alder (M, SD)	Type	Antal sessioner (timer)			
Breider et al. (2019), Holland Non-inferiority studie	Blended parent training (Blended PT)	N = 11	4-12 år (M = 7.46, SD = 2.21)	Individuel online forældretræning samt understøttende face-to-face kontakt med terapeut Træningen er rettet mod specifik adfærd og situationer udvalgt af forældrene og består af psykoedukation, adfærdsterapi og generalisering	Seks online moduler, inkl. seks face-to-face sessioner; én af 90 minutters varighed og fem af 45-60 minutters varighed (5.25-6.5 t.)	Generel funktion: CBCL, Externalizing scale	–	Effekt ved forældretræning: Forbedring på CBCL, Externalizing i begge grupper fra præ- til posttest; $d = 0.33$ og $d = 2.67$ for hhv. Blended PT og F2F (egen udregning)
	Face-to-face (F2F) parent training	N = 10	4-12 år (M = 8.10, SD = 1.85)	Individuel manualiseret klinik-baseret forældretræning med samme indhold som Blended PT	16 sessioner af 45-60 minutters varighed (12-16 t.)			
Dehkordian et al. (2017), Iran	Mindful parenting	N = 17	8-12 år (M = 9.43, SD = 1.14)	Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) og Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) tilpasset til forældre Interventionen er rettet mod forskellige forældre- og opdragelseskomponenter	Otte ugentlige sessioner	Livskvalitet: Peds QL	–	Effekt ved forældretræning: Statistisk signifikant forbedring på Peds QL i gruppen med Mindful parenting fra præ- til posttest; $d = 0.90$ (egen udregning) Statistisk signifikant forskel på Peds QL mellem gruppen med Mindful parenting og Control ved posttest; $d = 0.61$ (egen udregning)
	Control	N = 15		Ikke angivet	Ikke angivet			
Dose et al. (2017), Tyskland	Telephone-assisted self-help (TASH) + Treatment as usual (TAU)	N = 51 (ITT)	6-12 år (M = 9.84, SD = 1.54)	Forældretræning, der består af 14 telefonkonsultationer og otte selvhjælps-pjecer om adfærdsforstyrrelser og opdragelse + Traditionel behandling (uspecificeret), inkl. medicin	14 telefonkonsultationer af 30 minutters varighed (7 t.)	ADHD-symptomer: FBB-ADHS	–	Effekt ved forældretræning: Statistisk signifikant forbedring på FBB-ADHS og WFIRS i gruppen med TASH fra præ- til posttest; $d = 0.65$ og $d = 0.77$ for hhv. FBB-ADHS og WFIRS (egen udregning)

Studie	Deltagere			Intervention		Outcome-mål	Follow-up	Effekt på livskvalitet
	Grupper	Antal børn	Alder (M, SD)	Type	Antal sessioner (timer)			
	TAU	N = 52 (ITT)	6-12 år (M = 9.72, SD = 1.65)	Traditionel behandling (uspecificeret), inkl. medicin	–	Generel funktion: WFIRS	–	Yderligere effekt ved forældretræning: Ingen statistisk signifikant forskel i den samlede score på FBB-ADHS og WFIRS mellem TASH og TAU ved posttest Statistisk signifikant forskel på FBB-ADHS subskalaen 'Inattention' mellem TASH og TAU til fordel for TASH; $d = 0.44$
DuPaul et al. (2018), USA	F2F Behavioral Parent Training (BPT)	N = 14	3-5 år (M = 4.43)	Forældretræning, der består af psykoedukation og proaktiv problemløsning (adfærdsterapi)	10 sessioner	ADHD-symptomer: Conners Early Childhood Rating Scale (CERS)	–	Effekt ved forældretræning: Forbedring på Conners Global Index-Total for både F2F og Online BPT fra præ- til posttest; $d = 0.38$ og $d = 0.83$ for hhv. F2F og Online BPT (egen udregning) Ingen statistisk signifikant forskel mellem resultaterne i F2F og Online BPT Statistisk signifikant forskel for subskalaerne på CERS mellem F2F og Wait list til fordel for F2F ved posttest; Inattention/Overactivity: $d = 0.62$, Defiant/Aggressive: $d = 0.66$, Global Index-Restless Impulsive: $d = 0.73$, Global Index-Total: $d = 0.74$ og Mood/Affect: $d = 0.52$ (egen udregning) Statistisk signifikant forskel for subskalaerne på CERS mellem Online BPT og Wait list til fordel for Online BPT ved posttest; I/O: $d = 0.65$, D/A: $d = 0.45$, GI-RI: $d = 1.04$, GI-T: $d = 1.09$ og M/A: $d = 1.11$ (egen udregning)
	Online BPT	N = 13		Online forældretræning med samme indhold som F2F Forældrene modtager derudover ugentligt en ny online session samt opkald fra en forskningsassistent som opfølgning på implementering af interventionen	10 sessioner			
	Wait list	N = 15		–	–			
Khademi et al. (2019), Iran	Positive Parenting Program (Triple-P)	N = 53	(M = 4.2, SD = 1.09)	Forældretræning i form af adfærdsterapi, der består af gruppebaserede træningssessioner og individuelle telefon-baserede sessioner, der adresserer familieproblemer	Ugentlige to-timers sessioner i fire uger efterfulgt af fire telefon-baserede sessioner (8-12 t.)	ADHD-symptomer: CRS	–	Effekt ved forældretræning: Statistisk signifikant forbedring på CRS for Triple-P fra præ- til posttest (ingen rapporterede effektstørrelser)

Studie	Deltagere			Intervention		Outcome-mål	Follow-up	Effekt på livskvalitet
	Grupper	Antal børn	Alder (M, SD)	Type	Antal sessioner (timer)			
	TAU	N = 41	(M = 3.9, SD = 1.23)	Forældre deltager i psykoedukation og traditionel behandling (uspecificeret)	Ikke angivet			<i>Yderligere effekt ved forældretræning:</i> Statistisk signifikant forskel på CRS mellem grupperne ved posttest til fordel for Triple-P (ingen rapporterede effektstørrelser)
Kousha & Kakrodi (2019), Iran	Triple-P	N = 21	8-12 år	Gruppebaseret forældretræning, der består af psykoedukation, adfærdsterapi og hjemmeopgaver	Otte sessioner af to timers varighed (16 t.)	<i>Livskvalitet:</i> Peds QL	8 uger 3 mdr.	<i>Effekt ved forældretræning:</i> Statistisk signifikant forbedring på Peds QL Total score for Triple-P fra prætest til hhv. otte ugers og tre mdr. follow-up; hhv. $d = 0.65$ og $d = 0.54$ (egen udregning)
	TAU	N = 24		Medicin	–			<i>Yderligere effekt ved forældretræning:</i> Ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne ved hverken otte uger eller tre mdr. follow-up
Lange et al. (2018), Danmark	New Forest Parenting Programme (NFPP)	N = 88	3-7 år	Forældretræning, der består af psykoedukation, stilladsring, proaktiv opdragelse, adfærdsterapi og hjemmeopgaver	Otte sessioner, heraf seks i klinikken og to i hjemmet (M = 12.07 t.)	<i>ADHD-symptomer:</i> ADHD-RS	36 uger	<i>Effekt ved forældretræning:</i> Statistisk signifikant forbedring på ADHD-RS for NFPP fra præ- til posttest og fra prætest til follow-up; hhv. $d = 0.43$ og $d = 0.47$ (egen udregning)
	TAU	N = 76		Psykoedukation	(M = 8.8 t.)	<i>Generel funktion:</i> SDQ, conduct scale		Ingen statistisk signifikant forbedring på SDQ Conduct for NFPP ved posttest og follow-up <i>Yderligere effekt ved forældretræning:</i> Statistisk signifikant forskel på ADHD-RS mellem grupperne ved posttest og follow-up; $d = 0.54$ ved posttest og $d = 0.43$ (lille) ved follow-up (egen udregning) Ingen statistisk signifikant forskel på SDQ mellem grupperne ved posttest og follow-up

Studie	Deltagere			Intervention		Outcome-mål	Follow-up	Effekt på livskvalitet
	Grupper	Antal børn	Alder (M, SD)	Type	Antal sessioner (timer)			
Leckey et al. (2019), Irland	Incredible Years (IY) parent training	N = 19	3-7 år (M = 4.11, SD = 1.5)	Gruppebaseret forældretræning baseret på adfærdsterapi Træningen består af diskussioner og rollespil kombineret med DVD-materiale til implementering af positive opdragelsesteknikker	20 ugentlige 2-2.5-timers sessioner (40-50 t.)	ADHD-symptomer: WWPARS CRS	6 mdr.	Effekt ved forældretræning: Forbedring på WWPARS, CRS Total og SDQ Total for IY fra prætest til follow-up; hhv. $d = 0.82$, $d = 0.88$ og $d = 0.58$ (egen udregning) Ingen statistisk signifikant forskel mellem IY og Wait list på WWPARS og SDQ Total ved follow-up
	Wait list	N = 14	3-7 år (M = 4.9, SD = 1.5)	–	–	Generel funktion: SDQ		Statistisk signifikant forskel mellem IY og Wait list til fordel for IY på CRS Total og CRS-ADHD Index ved follow-up; hhv. $d = 0.82$ og $d = 0.78$ (egen udregning) Statistisk signifikant forskel mellem IY og Wait list til fordel for IY på SDQ subskalaerne 'Hyperactivity' og 'Pro-Social' ved follow-up; hhv. $d = 1.34$ og $d = 0.72$ (egen udregning)
Sonuga-Barke et al. (2018), England	NFPP	N = 133 (ITT)	2.9-4.6 år	Adfærdsterapeutisk forældretræning i hjemmet, der består af psyko- edukation, strategier til at fremme proaktiv opdragelse og forælder-barn relationen samt opmærksomhedstræning Hvis nødvendigt adresseres søvnproblemer hos barnet samt forældrekaraktistika	Ugentlige sessioner af 1.5 timers varighed over 12 uger (18 t.)	ADHD-symptomer: (SNAP)-IV Generel funktion: ECBI	6 mdr.	Effekt ved forældretræning: Forbedring på SNAP og ECBI for NFPP fra præ- til posttest; $d = 0.75$, $d = 0.69$, $d = 0.81$ og $d = 0.78$ for hhv. SNAP ADHD, SNAP Conduct, ECBI Intensity og ECBI Problem (egen udregning) Forbedring på SNAP og ECBI for IY fra præ- til posttest; $d = 0.79$, $d = 0.47$, $d = 0.56$ og $d = 0.64$ hhv. SNAP ADHD, SNAP Conduct, ECBI Intensity og ECBI Problem (egen udregning)
	IY	N = 131 (ITT)		Gruppebaseret forældretræning, der består af adfærdsterapi i form af problemløsning, modellering, rollespil og hjemmeopgaver samt orientering mod at fremme forælder-barn relationen	Ugentlige sessioner af 2-2.5 timers varighed over 12 uger (24-30 t.)			Ingen statistisk signifikant forskel mellem NFPP og IY ved hverken posttest eller follow-up

Studie	Deltagere		Intervention		Outcome-mål	Follow-up	Effekt på livskvalitet
	Grupper	Antal børn	Alder (M, SD)	Type			
	TAU	N = 42 (ITT)	Forældrene modtager derudover ugentlige opkald fra en terapeut	Traditionel behandling (uspecificeret)	Ikke angivet		<p><i>Yderligere effekt ved forældretræning:</i></p> <p>Ikke-signifikant forskel mellem NFPP og TAU til fordel for NFPP på SNAP-ADHD ved posttest</p> <p>Statistisk signifikant forskel mellem NFPP og TAU til fordel for NFPP på SNAP-Conduct Problems og ECBI ved posttest; $d = 0.23$ for SNAP-Conduct samt $d = 0.23$ og $d = 0.28$ for hhv. på ECBI-intensitet og ECBI-problem (egen udregning)</p> <p>Ingen statistisk signifikant forskel mellem IY og TAU på SNAP og ECBI</p>

4.4 Analyse

Kvaliteten af de inkluderede studier og nærværende review vil i det følgende blive analyseret ud fra hhv. Risk of Bias 2 og AMSTAR 2, der, som værktøjer til analyse af risiko for bias, har til formål at skildre potentielle begrænsede eller problematiske metodologiske områder.

4.4.1 Risk of bias i inkluderede studier

Analysen af risiko for bias udføres, som nævnt, med afsæt i Cochrane's vurderingsværktøj, Risk of Bias 2 (Higgins et al., 2019), og fremgår af Bilag A.

Baseret på den samlede risiko for bias i de ni inkluderede studier kan det ses, at fem af disse viser nogle vanskeligheder (Dose et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Khademi et al., 2019; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), imens de resterende fire studier viser høj risiko for bias. Det kan ud fra dette antages, at den overordnede metodologiske kvalitet af de inkluderede studier er ringe.

Fem studier lever op til domænet for randomiseringsbias (Breider et al., 2019; Kousha & Kakrodi, 2019; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), imens de resterende fire studier viser nogle vanskeligheder på domænet. At fire af studierne viser nogle vanskeligheder kan både skyldes mangel på information om studiernes tildeling af deltagere til interventions- og sammenligningsgruppe (Dehkordian et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Khademi et al., 2019) samt deltagernes viden herom (Dehkordian et al., 2017; Dose et al., 2017; DuPaul et al., 2018).

I domænet for interventionsbias ses et broget billede. Her viser seks studier lav risiko for bias (Breider et al., 2019; Dose et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), imens et enkelt studie viser nogle vanskeligheder (Khademi et al., 2019), og de resterende to studier viser høj risiko for bias (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019). Forklaringen på dette kan ligge i, at det ikke er muligt for studierne at blinde forældrene i forhold til tildelt intervention, da forældrene netop er hovedaktører i forældretræningen som behandlingsform. Dette gør sig imidlertid gældende for samtlige studier og fører ikke i sig selv til en dårlig vurdering. Når nogle af studierne viser vanskeligheder, ses det igen i forbindelse med manglende information, hvor det her er relateret til de anvendte analysemetoder og dettes indflydelse på resultaterne.

Seks studier vurderes til at have en lav risiko for bias i domænet for afrapporteringsbias (Dose et al., 2017; DuPaul et al., 2018; Khademi et al., 2019; Lange et al., 2018; Leckey et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2018), imens tre studier viser høj risiko for bias (Breider et al., 2019; Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019). For to af de tre studier skyldes den høje risikovurdering, at de ikke beskriver omfanget af manglende outcome-data (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019), imens det for det sidste studie gør sig gældende, at outcome-data ikke er tilgængelig for en tilstrækkelig andel af studiets deltagere, og at dette ikke uddybes yderligere (Breider et al., 2019).

I domænet for bias i forhold til måleinstrumenter giver resultaterne overordnet et ringe billede af studierne kvalitet. Her viser alle studier, undtagen et enkelt, nogle vanskeligheder, imens det resterende studie viser høj risiko for bias (Lange et al., 2018). Forklaringen herfor følger samme argumentation, som det ses ved domænet for interventionsbias. Eftersom samtlige studier anvender måleinstrumenter, der er baseret på forælderreporteringer, er det ikke muligt at opfylde kravet om, at effekten af interventionen skal være blindet, eftersom forældrene nødvendigvis må kende til den tildelte intervention. Ved studiet med høj risiko for bias på domænet (Lange et al., 2018) skal forklaringen findes i dets gennemsigtighed vedrørende, at vurderingen af interventionseffekten kan være påvirket af forældrenes viden om den tildelte intervention, hvilket potentielt også kan være tilfældet i nogle af de andre studier, som blot ikke rapporterer herom.

Vedrørende domænet for analysebias viser samtlige studier lav risiko for bias, hvilket antyder, at de alle har haft en tydelig analyseplan.

4.4.2 Risk of bias i eget systematiske review

Analysen af risiko for bias i det systematiske review fremgår af Bilag B og er udført med afsæt i AMSTAR 2, der, som nævnt, har til formål at belyse problematiske eller svage områder i reviewet (Shea et al., 2017), hvorfor disse vil blive fremhævet i det følgende.

I vurderingen af risiko for bias er noget af det, der særligt springer i øjnene, det faktum, at reviewprocessen kun er foretaget af en enkelt person og altså ikke anvender gentagelse, hverken vedrørende selektion af studier eller udtagning af data, som udgør femte og sjette item i analysen for AMSTAR 2 (Shea et al., 2017). Det har altså ikke været muligt at lave en uafhængig vurdering heraf, hvilket kan give en større

usikkerhed i forhold til, om nogle studier er blevet overset i selektionsprocessen, eller om den korrekte data er blevet udtaget eller udregnet fra de inkluderede studier.

Af andre specifikke domæner, der slår ud på AMSTAR 2 som værende problematiske, ses 10. item, der, på baggrund af at det finansielle grundlag for de inkluderede studier i reviewet ikke er rapporteret, også fører til risiko for bias. At dette ikke er rapporteret i reviewet kan være et problem, da der således kan være skjulte hensigter i de enkelte reviews, som ikke bliver belyst.

Udover ovenstående problemstillinger, viser analysen, at det kan være problematisk, at der i reviewet ikke er fremlagt en plan for, hvordan heterogeniteten på tværs af studierne skal undersøges, ligesom det også ses som en svaghed, at der i litteratursøgningen ikke er søgt i studieregistre eller konsulteret eksperter inden for området, samt at der ikke er udført en yderligere litteratursøgning efter færdiggørelse af reviewet (Shea et al., 2017). Disse domæner resulterer imidlertid i svaremuligheden 'Delvist ja', hvilket antyder, at reviewet alligevel anvender en udførlig protokol med afsæt i selektionskriterier, kvalitetsvurdering samt en omfattende søgestrategi.

5 Diskussion

Nærværende afsnit vil i det følgende diskutere kvaliteten af de inkluderede studier og betydningen heraf for reviewets resultater, hvorefter resultaterne vil blive sammenholdt med resultater fra tidligere forskning på området. Dernæst vil reviewets styrker og begrænsninger samt resultaternes implikationer for praksis og forskning blive diskuteret.

5.1 Kvaliteten af inkluderede studier

Resultaterne fra de inkluderede studier er i reviewet fremlagt uden at tage højde for de forskellige grader af risiko for bias, som studierne udviser. For at kunne sige noget meningsfuldt om resultaterne, er det, som tidligere nævnt, essentielt at kigge på studiernes kvalitet og årsagerne til vurderingerne heraf (Boland, Cherry, & Dickson, 2017). Derudover kan analysen af risiko for bias være med til at illustrere nogle af de generelle metodologiske problemstillinger, der kan være inden for forskningsfeltet, som desuden trækker tråde til de implikationer, der ses for praksis og forskning på området.

Analysen af risiko for bias viser et overordnet billede af de enkelte studiers kvalitet som værende ringe; hvorfor det er essentielt at kigge nærmere på, hvor studierne giver udslag i form af en høj risikovurdering.

På baggrund af de enkelte domæner viser der sig et overordnet billede, som peger i retning af, at studiernes grad af grundighed, og dermed gennemsigtighed, har afgørende betydning for udfaldet af kvalitetsvurderingen. Her ses det, at mangel på information for de fleste domæner giver en højere risikovurdering; imens det i domænet for bias i forhold til måleinstrumenter omvendt kan føre til en bedre vurdering. Der kan her rettes et kritisk blik mod, at manglende information i et af dømonerne fører til en lavere risikovurdering, eftersom det betyder, at gennemsigtighed kan føre til en dårligere kvalitetsvurdering. Helt konkret gør det sig gældende for domænet for bias i forhold til måleinstrumenter, at studiet med høj risiko opnår denne bedømmelse ved tydeligt at beskrive, at vurderingen af interventionens effekt kan være påvirket af forældrenes viden herom (Lange et al., 2018). Selvom fem af de resterende studier ikke eksplicit beretter om dette, kan det potentielt også være tilfældet i disse, hvorfor det ikke anses som hensigtsmæssigt, at den manglende information giver et dårligere billede af risikoen for bias. For at undgå eksempler som disse kan der appelleres til, at man ved mangel på information anfører dette for de enkelte studier, så denne problematik kan synliggøres og diskuteres ud over domænets samlede risikovurdering. Ifølge Lund et al. (2014) kan det i den forbindelse være relevant at kigge på, hvorvidt studiernes metoder i det hele taget er tilstrækkeligt rapporteret til at gennemføre en kvalitetsvurdering, hvilket der kan siges at være behov for nogle retningslinjer til bedømmelse af. Med baggrund i disse overvejelser betones vigtigheden af at kigge på resultaterne fra analysen af de enkelte markerings spørgsmål i de forskellige domæner i undersøgelsen af, i hvor høj grad studierne kan bidrage meningsfuldt til at besvare forskningsspørgsmålet. Dette er dog i højere grad en diskussion af selve metoden til kvalitetsvurdering frem for en diskussion af betydningen af resultaterne fra analysen af risiko for bias i reviewets inkluderede studier, som vil finde sted i det følgende.

Udover at påtale de metodemæssige svagheder ved kvalitetsvurderingens håndtering af manglende information, kan der rettes et kritisk blik mod de inkluderede studiers resultater mht. manglende information. Selvom det kan være vanskeligt at afgøre, hvornår et studie har en så mangelfuld rapportering, at dets resultater ikke repræsenterer den reelle behandlingseffekt, gør det sig nemlig for to af de inkluderede studier gældende, at de er så præget af manglende informationer i deres beskrivelse af design,

udførelse og analyse, at de opnår en samlet høj risikovurdering (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019). Det kan dermed hævdes, at resultaterne for disse bør betragtes med varsomhed, da en mangelfuld rapportering viser en vis utroværdighed (Boland, Cherry, & Dickson, 2017).

Når det kommer til reviewets fokus på forældretræning som interventionsform, kan det ikke undgås, at forældrene, der både modtager behandlingen og vurderer effekten heraf, har en vis mængde viden. Dette får især indflydelse på vurderingen af risiko for bias vedrørende måleinstrumenter, da studierne udelukkende anvender forælderreporteringer til vurdering af ændringer i barnets livskvalitet. Dette er i tråd med den teoretiske antagelse om, at forældre som stedfortrædende respondenter kan vurdere livskvaliteten hos børn og unge med ADHD (Coghill et al., 2009; Lee et al., 2019). Risikoen bliver imidlertid vurderet som høj, da det ikke er muligt at blinde forældrene i forhold til den tildelte intervention, når de skal vurdere effekten heraf. Det kan med afsæt i dette diskuteres, hvorvidt værktøjet til kvalitetsvurderingen, Risk of Bias 2, er rustet til at håndtere vurderingen af studier, der undersøger indirekte behandling, som forældretræning kan siges at være; for selvom det både er forældrene, der modtager behandlingen og vurderer effekten heraf, er det ikke ændringerne hos forældrene, der er det primære interessefelt, men netop ændringer i livskvalitet hos barnet. Det kan i den forbindelse diskuteres, hvorvidt det, frem for at anvende forælderreporteringer, vil give større mening at anvende observationer, der kan blindes i forhold til tildeling af intervention. Det findes imidlertid flere argumenter for at anvende forældrenes vurderinger af barnets tilstand og trivsel, da de både kan vurdere barnet i flere kontekster i dagligdagen og over en længere periode, hvilket ikke på samme måde er muligt ved brug af observationer som metode til vurdering af behandlingseffekten (Lange et al., 2018). En mulighed for at komme ud over denne problemstilling kan for fremtidige studier inden for forældretræning hos børn og unge med ADHD være at anvende selvrapporeringer fra barnet som outcome-mål, da man på den måde kan blinde barnet over for forældrenes tildelte intervention. Det er af flere forskellige årsager imidlertid ikke alle børn med ADHD, der er i stand til at vurdere sin egen tilstand og trivsel (Coghill et al., 2009; Lee et al., 2019), hvorfor der appelleres til at anvende en bred vifte af måleinstrumenter, inkl. forælderreporteringer, i vurderingen af livskvalitet hos denne population.

Reviewets inddragelse af studier med en høj samlet risikovurdering er nu diskuteret for tre ud af fire studier (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019; Lange

et al., 2018). Det sidste studie, der viser høj samlet risiko for bias, er studiet af Breider et al. (2019), som særligt slår ud på domænet for afrapporteringsbias. Dette skyldes, at 13 ud af studiets 21 deltagere ikke gennemfører interventionen af forskellige årsager, der bl.a. skyldes selve interventionens udformning (Breider et al., 2019). Grundet konsekvenserne ved manglende outcome-data vil resultaterne fra studiet dermed blive vurderet kritisk i nedenstående afsnit om diskussionen af resultaternes betydning.

De inkluderede studiers design, udførelse og analyse giver hovedsageligt udslag som værende problematiske i forhold til den skæve vinkel, der opstår i at inddrage forældre som aktører i den indirekte behandling af barnet, samt vedrørende mangelfuld rapportering. At nogle af studierne opnår en høj risikovurdering på baggrund af forældrenes inddragelse og viden, er imidlertid et billede, der generelt præger forskningen inden for feltet forældretræning hos børn og unge med ADHD, hvorfor studierne på denne baggrund alligevel kan siges at være relevante at inddrage i nærværende review. Dette er ligeledes argumentationen bag, at resultaterne fra studiet af Lange et al. (2018) anses som relevante og generaliserbare på lige fod med de resterende fem studier på trods af en høj risikovurdering. Det kan derimod siges at vise et skævvredet billede at inddrage studier, der gennemgående er præget af mangelfulde informationer, hvad angår design, udførelse og analyse (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019) eller manglende outcome-data (Breider et al., 2019), hvorfor en opsummering af resultaterne for de inkluderede nedenfor vil blive illustreret med et kritisk blik på disse.

5.2 Resultaternes betydning

Formålet med udførelsen af det systematiske review har været at undersøge, hvorvidt der ses ændringer i forskellige mål for livskvalitet hos børn og unge med ADHD efter intervention med forældretræning, og hvorvidt denne effekt overstiger effekten ved traditionel behandling. Følgende afsnit vil med afsæt heri forsøge at besvare dette med øje for de mulige bias, der ses i nogle af de inkluderede studier.

Efter analysen af risiko for bias i de enkelte studier og en diskussion heraf står det klart, at tre af reviewets ni inkluderede studier er præget af mangelfulde beskrivelser eller manglende outcome-data i en grad, der gør, at resultaterne ikke troværdigt repræsenterer den reelle behandlingseffekt og dermed kun har en svag grad af evidens i forhold til at kunne bidrage meningsfuldt til besvarelsen af reviewets forsknings spørgsmål (Breider et al., 2019; Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019).

Dette vil nærværende afsnit om resultaternes betydning tage højde for ved at fremhæve, hvorvidt og hvordan studierne med lav kvalitet adskiller sig fra de resterende seks studier i reviewet.

Som besvarelse på forskningsspørgsmålet kan det, på baggrund af reviewets ni inkluderede studier, der tilsammen omfatter 12 grupper med forældretræning, fastslås, at alle interventioner med forældretræning viser forbedringer i livskvalitet hos børn og unge med ADHD, selvom der imidlertid ses en vis variation angående graden af effekten på tværs af studierne. For studierne, der ikke viser en høj risiko for bias, afspejler resultaterne en variation i graden af behandlingseffekten vedrørende reduktion i ADHD-symptomer fra $d = 0.38$ (DuPaul et al., 2018) til $d = 0.88$ (Leckey et al., 2019) og forbedringer i den generelle funktion fra $d = 0.30$ (Lange et al., 2018) til $d = 0.81$ (Sonuga-Barke et al., 2018). De tre studier med høj risiko for bias viser ligeledes effekt ved behandlingen, hvor der både indgår direkte og indirekte mål for livskvalitet, hvorfor de, på spørgsmålet om hvorvidt forældretræning er effektiv eller ej, ikke risikerer at bidrage til et forvrænget billede. De direkte mål for livskvalitet ses i Dehkordian et al. (2017) og Kousha & Kakrodi (2019), hvor effektstørrelserne rangerer fra $d = 0.54$ til $d = 0.90$, imens resultaterne fra Breider et al. (2019) imidlertid adskiller sig. Hvad angår graden af behandlingseffekten er denne i en af grupperne med forældretræning (F2F) noget større ($d = 2.67$), end det ses i de resterende studier, hvilket kan skyldes det store frafald af deltagere og betyder, at det sandsynligvis ikke repræsenterer den reelle behandlingseffekt (Breider et al., 2019).

At forældretræning afspejler en positiv behandlingseffekt ses også for studierne, der sammenligner forældretræning med en ventelistekontrol (DuPaul et al., 2018; Leckey et al., 2019). Effekten af forældretræning er dermed tydelig og afføder dernæst spørgsmålet om, hvorvidt effekten for denne behandlingsform overstiger den, der ses ved traditionel behandling.

Tre studier, der ikke har opnået en høj risikovurdering, kan sige noget om effekten af forældretræning sammenlignet med traditionel behandling (Dose et al., 2017; Lange et al., 2018; Sonuga-Barke et al., 2018). Her ses der overordnet divergerende resultater på tværs af målene for ændringer i livskvalitet, som anvendes i de tre studier. Dette gør sig ligeledes gældende for de to studier med høj risiko for bias, der sammenligner forældretræning med traditionel behandling, hvorfor disse heller ikke her er med til at vise et forvrænget billede af de samlede resultater (Khademi et al., 2019; Kousha & Kakrodi, 2019). Når det kommer til reduktion af ADHD-symptomer som indirekte

mål for forbedret livskvalitet, ses det, at forældretræning potentielt kan vise en yderligere effekt, da studierne både viser signifikante og nonsignifikante forskelle i reducerede symptomer mellem forældretræning og traditionel behandling. For ændringer i den generelle funktion, der udgør det andet indirekte mål for livskvalitet i reviewet, viser kun en enkelt gruppe med forældretræning en signifikant forbedring sammenlignet med traditionel behandling (NFPP i Sonuga-Barke et al., 2018). Effektstørrelserne herfor er imidlertid små, hvilket antyder, at forældretræning ud fra dette mål for livskvalitet ikke kan svare sig frem for traditionel behandling.

Opsamlende viser resultaterne fra de inkluderede studier, at forældretræning er effektiv som behandlingsform, når det kommer til forbedring i livskvalitet hos børn og unge med ADHD, vurderet på direkte mål for livskvalitet samt på baggrund af reducerede symptomer og forbedring af den generelle funktion som indirekte mål for livskvalitet. Derudover viser forældretræning et vist potentiale i forhold til reduktion af ADHD-symptomer hos barnet, når behandlingsformen sammenlignes med traditionel behandling, selvom der ikke ses en yderligere effekt ved forældretræning, hvad angår ændringer i barnets generelle funktion.

Med afsæt i studiernes deskriptive informationer og det samlede billede af behandlingseffekten er det uundgåeligt at gøre sig nogle kritiske refleksioner. For det første er den traditionelle behandling, der anvendes som sammenligningsgruppe i tre af studierne, ikke yderligere specificeret vedrørende det terapeutiske og medicinske omfang samt graden af forældreinddragelse. Det er derfor vanskeligt at vide, hvad den traditionelle behandling består af, og dermed også hvordan den adskiller sig fra interventionen med forældretræning, da det ses, at kliniske retningslinjer netop peger på adfærdsmæssig forældretræning som behandlingsform til børn og unge med ADHD (Wolraich et al., 2019). Derudover kan det problematiseres, at de indirekte mål for livskvalitet, der anvendes i ovenstående opsummering af resultaterne for de inkluderede studier, består af en bred vifte af måleinstrumenter med subdomæner, der overlapper hinanden. Det problematiske ligger her i, at det kan være svært at sammenligne resultaterne fra flere forskellige studier direkte, når fokus er rettet mod ændringer i livskvalitet, der består af flere forskellige domæner, som defineres og vurderes forskelligt (Coghill et al., 2009). På baggrund af dette appelleres der til at skabe konsensus om samt anvende direkte mål for livskvalitet, der omfatter de relevante domæner, og som i højere grad kan gøre det muligt at sammenligne studier.

5.3 Resultaternes placering

Nærværende afsnit har til formål at undersøge resultaterne fra reviewet i relation til den eksisterende forskning på området. Ud fra forfatterens viden ses der ingen tidligere reviews, der direkte undersøger barnets livskvalitet som outcome-mål. Af den årsag, og med afsæt i det faktum at studierne med direkte mål for livskvalitet i reviewet har en høj risiko for bias, vil resultaterne fra de indirekte mål for livskvalitet blive relateret til den eksisterende forskning i det følgende.

Den eksisterende forskning viser overordnet et tvetydigt billede af, hvorvidt forældretræning er effektiv i forhold til at reducere barnets ADHD-symptomer. På trods af manglende signifikans ses der her bl.a. mindskelse i symptomer (Coates, Taylor, & Sayal, 2019) samt forbedring vedrørende eksternaliserende adfærd (Zwi et al., 2011), efter forældretræning, imens der for andre mål omvendt ses, at forældretræning ikke forbedrer symptomerne for ADHD (Daley et al., 2018). Denne heterogenitet ses ligeledes i nærværende review, når effekten af forældretræning sammenlignes med traditionel behandling, hvorfor det ikke kan udelukkes, at forældretræning potentielt kan bidrage til at forbedre livskvaliteten hos børn med ADHD. Det ses desuden, at resultaterne fra nærværende review stemmer overens med resultaterne i Daley et al. (2018) vedrørende, at forældretræning reducerer ADHD-symptomer hos barnet målt på baggrund af forældrereporteringer. I Daley et al. (2018) finder de dog samtidig, at denne behandlingsform ikke forbedrer kernesymptomerne for ADHD på blindede mål, hvorfor det kan diskuteres, om forbedringen i virkeligheden sker hos barnet eller hos forældrene. Det hævdes, at forældretræning i sig selv kan være med til at forbedre kommunikationen og mindske konflikter mellem forældre og børn (Sundhedsstyrelsen, 2018), og i relation til dette kan man forestille sig, at forældrenes opfattelse af barnets adfærd ændres, imens de kliniske symptomer for ADHD muligvis forbliver de samme. Sættes dette i relation til resultaterne fra nærværende review, kan der sættes spørgsmålstegn ved, om forældrereporteringer, der anvendes som mål for behandlingsoutcome i samtlige studier, viser et reelt billede af behandlingens effekt for barnets vedkommende. Denne diskussion vil imidlertid uddybes yderligere i afsnittet om styrker og begrænsninger nedenfor.

Når det kommer til ændringer i den generelle funktion, er resultaterne fra den eksisterende forskning på området grundlæggende homogene. Her ses det, at forældretræning har en positiv effekt på barnets generelle adfærd, trivsel og andre

funktionsaspekter (Coates, Taylor, & Sayal, 2019; Daley et al., 2018; Zwi et al., 2011), hvorfor det kan hævdes, at denne behandlingsform kan være med til at reducere de vanskeligheder og svækkelser, der eksisterer sammen med ADHD-diagnosen. I overensstemmelse med den eksisterende forskning på området viser resultaterne i nærværende review ligeledes, at forældretræning har en positiv indvirkning på den generelle funktion hos barnet med ADHD. Når effekten af forældretræning sammenlignes med traditionel behandling, er det imidlertid kun en enkelt ud af de 12 grupper med forældretræning, der er inkluderet i reviewet, der viser en signifikant forskel på barnets generelle funktion til fordel for forældretræning, hvorfor det kan antages, at forældretræning ikke kan svare sig frem for traditionel behandling. Det kan imidlertid give mening at vende denne tankegang om, da det for nogle familier kan virke mindre invasivt for barnet, at behandlingen rettes mod forældrene, hvorfor det altså på samme tid kan ansues som værende positivt, at der overordnet ikke ses en signifikant forskel mellem forældretræning og traditionel behandling.

Med afsæt i ovenstående kan det opsummeres, at resultaterne fra nærværende review adskiller sig en smule fra den eksisterende forskning på området. Hvis man betragter ændringer i ADHD-symptomer og forbedringer i den generelle funktion hos barnet efter behandlingen, ses der overordnet en positiv, men varieret effekt ved forældretræning. På baggrund af de noget heterogene resultater kan det derudover hævdes, at forældretræning potentielt kan bidrage yderligere til at reducere barnets ADHD-symptomer sammenlignet med traditionel behandling; hvilket stemmer overens med den eksisterende forskning på området. Resultaterne fra nærværende review afviger imidlertid fra den eksisterende forskning, hvad angår forbedringer i den generelle funktion. Her antydes det i tidligere reviews, at forældretræning viser en særlig effekt, hvilket der ikke er belæg for i resultaterne i nærværende review, når forældretræning sammenlignes med traditionel behandling.

5.4 Styrker og begrænsninger

I nærværende afsnit er formålet at belyse og diskutere reviewets styrker og begrænsninger samt reflektere over nogle af de udfordringer, der eksisterer inden for forskningsfeltet om behandling af børn og unge med ADHD.

Med hensyn til forskningsspørgsmålets udformning kan det ses som en begrænsning, at populationen, der ønskes undersøgt, er indsnævret til børn med en ADHD-

diagnose. Det kan anskues som en begrænsning, da forældretræning som behandlingsform på den måde ikke undersøges hos de børn, der udviser symptomer, men som endnu ikke er diagnosticerede. Dette kan især anses som værende problematisk, hvad angår de yngste børn, da en tidligere metaanalyse på området har vist, at forældretræning er særlig effektiv hos børn i førskolealderen (Coates, Taylor, & Sayal, 2019), hvor forældretræningen ligeledes kan fungere som proaktiv behandling. Af den årsag kan dette selektionskriterie for populationen i reviewet anskues som værende for snæver, imens det omvendt kan være med til at konkretisere forskningens retning i et tilstrækkeligt omfang til at sikre en fokuseret besvarelse af forskningsspørgsmålet.

Endnu en komponent, der er oplagt til diskussionen vedrørende forskningsspørgsmålet, er valget af outcome-mål for behandlingen i form af barnets livskvalitet. Det er først og fremmest blevet tydeligt, at livskvalitet er et kompliceret koncept at vurdere, da mange domæner af barnets funktion har en indflydelse herpå. På baggrund af reviewets teori-afsnit om livskvalitet er der bl.a. blevet fundet associationer mellem livskvalitet og ADHD-symptomer (Coghill et al., 2009; Matza et al., 2004) og mellem livskvalitet og den fysiske, psykologiske og sociale funktion (Lee et al., 2016; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010), der i reviewet er blevet vurderet ud fra barnets generelle funktion. Det kan i den forbindelse diskuteres, hvorvidt det i virkeligheden er livskvalitet, der undersøges på baggrund af disse mål, eller om disse koblinger er for søgte. Da kun to af de ni inkluderede studier i reviewet anvender et direkte mål for livskvalitet (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019), kan det imidlertid ses som en styrke, at der er anvendt en større nuancering i forhold til konceptet med afsæt i den foreliggende evidens om indflydelsen af ADHD på livskvaliteten hos børn og unge. Denne styrke ses ved, at reviewet derved også inddrager studier, som ikke nødvendigvis undersøger livskvaliteten hos populationen direkte, men som alligevel kan bidrage til den samlede besvarelse af forskningsspørgsmålet.

I forlængelse af diskussionen om konceptet for livskvalitet ses det i samtlige inkluderede studier, at behandlingseffekten er vurderet på baggrund af forældrerapporteringer. Det betyder samtidig, at der ikke foreligger rapporteringer fra børnene selv, som resultaterne kan baseres på. Dette kan ses som en begrænsning, hvad angår muligheden for at besvare forskningsspørgsmålet med afsæt i vigtigheden af subjektivitet i vurderingen af livskvalitet (Morar et al., 2013). Risikoen herfor kan være, at resultaterne fra studierne muligvis kun kan sige noget om, hvorvidt barnet *har* det bedre, frem for hvorvidt det *føler* sig bedre, eller hvorvidt forældrene *føler*, at barnet

har det bedre. Omvendt er det samtidig belyst, at forældre kan anvendes som stedfortrædende respondenter (Coghill et al., 2009; Lee et al., 2019). Her bør man blot have fænomenet *positive illusory bias* in mente (Lee et al., 2019), hvorfor det kan hævdes, at den manglende anvendelse af selvrapporteringer fra barnet ikke udgør en afgørende faktor i forhold til at kunne besvare forskningsspørgsmålet meningsfuldt. Her er det blot væsentligt at betone, at besvarelsen kun giver en delvis refleksion af den overordnede livskvalitet hos barnet.

I forlængelse af ovenstående, og med afsæt i forældrenes enorme indflydelse i barnets liv, kan det ydermere ses som en begrænsning, at reviewet ikke har medtaget forældre-relaterede outcomes, som fx forældrekompetence eller stress i forbindelse med opdragelsen, som sekundære outcome-mål i analysen. Der rettes derfor ligeledes en appel herfor, da det bl.a. vil kunne bidrage til at belyse sammenhængen mellem forældre-relaterede outcomes og forældrenes vurdering af barnets livskvalitet.

Reviewet har et overordnet fokus på livskvalitet hos børn og unge med ADHD ud fra symptom- alvorlighed og generel funktion; og i den forbindelse kan det hævdes at være en begrænsning ikke at medtænke medierende faktorer som fx barnets alder og komorbide lidelser. Det ses nemlig, at effekten af forældretræning kan være forskellig afhængigt af barnets alder, idet redueringen af symptomer særligt lader til at være opretholdt for børn i førskolealderen (Coates, Taylor, & Sayal, 2019). Der kan dermed appelleres til, at fremtidige studier både inkluderer yngre børn, der udviser symptomer på ADHD, og undersøger alder som medierende effekt i anvendelsen af forældretræning som behandlingsform. Derudover peger forskningen også på, at komorbiditet kan påvirke livskvaliteten hos børn og unge med ADHD (Danckaerts et al., 2010; Klassen, Miller, & Fine, 2004). Det kan dermed anskues som en begrænsning, at det i reviewet er undladt at undersøge komorbide lidelser som medierende faktor, da dette muligvis vil kunne bidrage til en mere nuanceret besvarelse af forskningsspørgsmålet. Grundet studierne manglende information herom er denne komponent dog ikke inddraget i resultaterne for effekten af interventionen, men blot præsenteret i den deskriptive information for de inkluderede studier.

Det formulerede forskningsspørgsmål består af to dele, hvoraf selve effekten af forældretræning i første del adresseres efterfulgt af en sammenligning med traditionel behandling i anden del. Som det ses i de amerikanske kliniske retningslinjer, AAP, anbefales adfærdsmæssig forældretræning som behandling til børn med ADHD (Wolraich et al., 2019), og eftersom de inkluderede studier ikke nærmere specificerer, hvad

den traditionelle behandling består af, udover farmakologisk terapi, kan det hævdes at være vanskeligt at foretage en sådan sammenligning. Graden af forældrenes inddragelse må dog antages at være størst for grupperne med forældretræning, da det ellers ikke vil give mening for studierne at inkludere en sammenligningsgruppe i form af traditionel behandling. Dette giver altså belæg for på en meningsfuld måde at kunne svare på denne anden del af forskningsspørgsmålet, selvom det ubestrideligt vil give en større nuancering at kende til indholdet i den traditionelle behandling.

Som metode giver anvendelsen af et systematisk review ligeledes anledning til refleksioner, da der her både kan være fordele og ulemper. Ulemperne ses bl.a. ved, at besvarelsen af forskningsspørgsmålet kan hævdes kun at vise et begrænset øjebliksbillede af virkeligheden, hvorved man kan risikere at overse vigtige bidrag. Ved at opstille klare kriterier og generere en søgestrategi baseret på udvalgte termer er det i et systematisk review formålet at opnå en fokuseret, men samtidig bred indfangelse af relevante studier. Risikoen er dog, at søgningen bliver så fokuseret, at relevante studier overses, hvilket kan betyde, at resultaterne fra reviewet ikke giver et fuldstændigt billede af den reelle verden. Omvendt kan den klare systematik betragtes som en styrke, da den store grad af gennemsigtighed, der kendetegner reviews af høj kvalitet, gør det muligt at replikere og opdatere de opnåede resultater. På den måde ses systematiske reviews som en vigtig kilde til evidens inden for den psykologiske forskning, hvilket dernæst kan bidrage til en kontinuerlig forbedring af praksis.

Afslutningsvist vil kvalitetsvurderingen af nærværende review blive fremhævet med afsæt i de specifikke domæner, hvori der ses risiko for bias. Her kan det først og fremmest siges at være en begrænsning, at reviewet kun er foretaget af en enkelt person, da det på den måde ikke har været muligt at dobbelttjekke og diskutere alle de vurderinger, der er foretaget undervejs i processen. Dette gælder både vedrørende selektionen og kvalitetsvurderingen af studier, udtagningen af data og vurderingen af relevante variable i studierne samlede bidrag til besvarelsen af forskningsspørgsmålet. For at reviewets fund kan bidrage til forskningen på området uden forhøjet risiko for bias, findes det derfor nødvendigt at replikere reviewet af en eller flere uafhængige forskere, der med fordel kan udvide søgningen ved at søge i studieregistre og konsultere eksperter på området.

5.5 Implikationer for praksis og forskning

Forskningen har gennem årene vist, at relationen og tilknytningen mellem forældre og deres børn er afgørende for barnets udvikling og trivsel (Killén, 2003; Molina & Muisich, 2016). I tilknytningsteorien er det bl.a. fundet, at barnets udvikling af ontologisk tryghed hænger tæt sammen med den adfærd, forælderen udviser over for barnet (Killén, 2003). Her ses det, at børn, der udviser en utryk tilknytning til sine forældre, ikke oplever den samme ontologiske tryghed, som børn med sensitive og tilgængelige forældre, hvilket kan være med til at påvirke barnet negativt i både barndommen og voksenlivet (Bowlby, 1969; Killén, 2003). Derudover er det blevet antydnet, at særligt forældre til børn med ADHD har tendens til at udvise en uhensigtsmæssig adfærd overfor barnet i form af større autoritet, kontrol og misbilligelse (Modesto-Lowe, Danforth, & Brooks, 2008; Moghaddam et al., 2013). Da en sådan opdragelsesstil kan forværre ADHD-symptomer hos barnet og bidrage til udvikling af komorbide lidelser (Moghaddam et al., 2013), kan det i høj grad siges at være relevant at undersøge, hvorvidt barnets udvikling og trivsel kan fremmes ved at intervenere hos forældrene.

Resultaterne fra nærværende review viser, at forældretræning er en effektiv behandlingsform med henblik på at forbedre livskvaliteten hos børn og unge med ADHD. Dette ses både på de direkte mål for livskvalitet samt på de indirekte, der omfatter ændringer i ADHD-symptomer og den generelle funktion hos barnet. Når effekten af forældretræning dernæst sammenlignes med traditionel behandling, viser resultaterne en vis divergens, idet forældretræning ikke nødvendigvis medvirker til at reducere barnets ADHD-symptomer, men dog har potentiale hertil. Hvad angår forbedring af den generelle funktion hos børn med ADHD, er resultaterne mere homogene og viser, at forældretræning og traditionel behandling ikke adskiller sig signifikant fra hinanden. Det kan deraf antages, at forældretræning kan bidrage til en positiv behandlingseffekt på lige fod med traditionel behandling.

Det er derudover belyst, at kun fire af de ni inkluderede studier kigger på en længerevarende behandlingseffekt i follow-ups, hvoraf målingen med størst tidsmæssig afstand til behandlingen sker efter 36 uger (Lange et al., 2018). Det kan hævdes, at en af fordelene ved forældretræning er muligheden for i højere grad at kunne implementere og opretholde elementerne fra interventionen i dagligdagen, hvorfor det kan være særligt interessant at undersøge behandlingseffekten i et mere langsigtet perspektiv. I den forbindelse appelleres der til at gøre brug af endnu længere follow-up-

målinger, der strækker sig over flere år, da det kan antages, at forældretræning netop her kan adskille sig fra den traditionelle behandling.

Rationalet bag at undersøge livskvalitet som outcome-mål af behandlingen er, som nævnt, opstået på baggrund af en appel fra tidligere forskning (Sundhedsstyrelsen, 2018; Zwi et al., 2011). Selvom det er vist, at livskvalitet hos børn og unge med ADHD indbefatter mange forskellige domæner, og at man derved kan undersøge aspekter af livskvaliteten ad flere veje, findes det iøjnefaldende, at et direkte mål for livskvalitet kun anvendes i to af de inkluderede studier (Dehkordian et al., 2017; Kousha & Kakrodi, 2019). Som følge heraf appelleres der ligeledes til i større omfang at anvende de eksisterende måleinstrumenter til vurdering af livskvalitet, som har den fordel, at de inddrager de mange aspekter, der er omfattet af konceptet. I forlængelse heraf appelleres der ligeledes til i højere grad at anvende flere forskellige metoder til vurdering af behandlingseffekten hos barnet. Disse kan både bestå af observationer, selvrapporteringer fra barnet og forælderreporteringer, der sammen kan give et mere nuanceret billede af barnets livskvalitet og derudover kan gøre det muligt at undersøge, om *positive illusory bias* gør sig gældende.

En sidste anbefaling, der kan gives på baggrund af teoretiske erfaringer og udførelsen af reviewet, er at inddrage yngre børn i den inkluderede population ved at udvide kriterierne herfor til også at omfatte børn med symptomer på ADHD, men som endnu ikke er diagnosticerede. Denne opfordring er særligt rettet mod studier, der netop undersøger forældretræning som behandlingsform, da det ses, at børnene ikke nødvendigvis skal være diagnosticerede for at kunne drage nytte heraf (Wolraich et al., 2019); ligesom det også af andre årsager, som fx forældrenes psykiske tilstand og udviklingen af komorbide lidelser, kan være essentielt proaktivt at påbegynde behandlingen så tidligt som muligt.

Resultaterne fra reviewet antyder, at forældretræning kan have en positiv indvirkning på livskvaliteten hos børn og unge med ADHD, men som tidligere nævnt er der nogle udfordringer ved udførelsen af nærværende review, der bl.a. består i, at der er en vis risiko forbundet ved, at det kun er udført af en enkelt person. Dette kan være med til at mindske graden af evidens vedrørende reviewets resultater, hvorfor disse bør replikeres og sammenlignes for at kunne bidrage til den evidensbaserede praksis, der kendetegner den psykologiske profession. I forlængelse heraf er det essentielt at rette opmærksomheden på relationen mellem forskning og praksis, da disse hænger uløseligt sammen. ADHD er en mere eller mindre kronisk lidelse, hvilket viser sig ved,

at symptomerne og forringelserne hos de fleste børn med diagnosen fortsætter ind i voksenlivet (O'Neill et al., 2017; Wolraich et al., 2019). Dette gør det særligt relevant at fokusere behandlingen af børn og unge med ADHD mod at forbedre deres generelle trivsel og livskvalitet. Da det er belyst, at de mange vanskeligheder, der kan eksistere sammen med ADHD, i høj grad kan påvirke livskvaliteten hos børn og unge med ADHD (Coghill & Hodgkins, 2016; Jafari et al., 2011; Klassen, Miller, & Fine, 2004; Wehmeier, Schacht, & Barkley, 2010), er det i udredningen vigtigt netop at undersøge livskvaliteten med dets mange facetter for at få indblik i, hvordan barnets trivsel højnes bedst muligt. Af denne årsag er det samtidig vigtigt, at fremtidig forskning i højere grad fokuserer på livskvalitet som outcome-mål, uanset hvad behandlingen består af, da de tiltag, der anvendes i praksis, netop er baseret på forskningsevidensen på området. Derudover findes det ligeledes vigtigt, at grundlaget for behandlingen hele tiden optimeres, hvilket fx kan sikres ved på etisk forsvarlige måder at eksperimentere med og sammenligne forskellige behandlingsformer og -formater.

6 Konklusion

Med afsæt i de teoretiske antagelser, det metodiske grundlag for processerne i reviewet, analysen af resultaterne fra de ni inkluderede studier samt en efterfølgende diskussion heraf, er det nu muligt at drage nogle konklusioner på baggrund af forskningsspørgsmålet: *Hvilken effekt har forældretræning i behandling af børn og unge med ADHD på mål for livskvalitet, og overstiger dette effekten af traditionel behandling?*

Som besvarelse på første del af forskningsspørgsmålet kan det udledes, at forældretræning i alle inkluderede studier viser en mere eller mindre positiv effekt ved, at livskvaliteten hos børn og unge med ADHD forbedres efter interventionen, hvilket både omfatter reducerede ADHD-symptomer og forbedringer i den generelle funktion. For spørgsmålet om, hvorvidt disse forbedringer overstiger den effekt, der ses efter traditionel behandling, viser resultaterne en større divergens. Det overordnede billede viser, at der ikke ses en signifikant forskel i forbedring af barnets livskvalitet mellem behandling med forældretræning og traditionel behandling. Dette ses både på det direkte mål for livskvalitet (Kousha & Kakrodi, 2019), om end dette resultat skal betragtes med varsomhed grundet studiets høje risikovurdering, men også på ændringer i barnets generelle funktion, hvor der kun i en enkelt ud af fire grupper med forældretræning ses en signifikant forskel sammenlignet med traditionel behandling (Sonuga-

Barke et al., 2018). Effektstørrelserne herfor er samtidig små, hvorfor det må antages, at forældretræning ikke viser en yderligere effekt frem for traditionel behandling, hvad angår denne komponent. Med henblik på resultaterne for ændringer i ADHD-symptomer viser disse en større grad af heterogenitet. Her ses nemlig både signifikante og nonsignifikante forskelle i de fire studier, der sammenligner forældretræning med traditionel behandling og samtidig undersøger ændringer i ADHD-symptomer som behandlings-outcome, hvilket kan antyde en potentiel effekt.

Det kan ud fra ovenstående konkluderes, at adfærdsmæssig forældretræning er effektiv i behandlingen af børn og unge med ADHD ved at forbedre barnets livskvalitet, vurderet på baggrund af forældrereporteringer. Med undtagelse af ændringer i ADHD-symptomer kan det derudover slutes, at forældretræning målt på livskvalitet ikke viser yderligere effekt, når den sammenlignes med effekten af traditionel behandling. Hvad angår reduktion af symptomer viser enkelte grupper med forældretræning en yderligere effekt, hvorfor der er grund til at tro, at denne behandlingsform for nogle børn har et vist potentiale.

Resultaterne fra reviewet er homogene, hvad angår den umiddelbare effekt af forældretræning, hvilket støtter op om anvendelsen af denne behandlingsform til børn med ADHD. Derfra er resultaterne imidlertid præget af heterogenitet, hvorfor der appelleres til yderligere forskning på området. I fremtidige studier appelleres der bl.a. til at inkludere yngre børn, der ikke nødvendigvis har en ADHD-diagnose, men nogle af symptomerne herfor, samt at anvende mere udspecificerede sammenligningsgrupper, der gør det muligt at undersøge forskellen mellem behandlingsformerne i dybere grad. Med afsæt i vigtigheden af forælder-barn relationen og forældrenes afgørende rolle i opdragelsen appelleres der dernæst til at inddrage forældre-relaterede outcomes for at opnå en større nuancering, ligesom der opfordres til at gøre brug af længere follow-up-perioder, når forældre inddrages aktivt i behandlingen af børn og unge med afsæt i hypotesen om, at forældretræning kan være særlig fordelagtig på lang sigt. Derudover opfordres der til i højere grad at gøre brug af subjektive vurderinger i form af selvrporteringer fra barnet samt at anvende de direkte mål for livskvalitet, der findes, og som kan muliggøre en bedre sammenligning på tværs af studier i fremtidige reviews og dermed bidrage til en kontinuerlig forbedring af praksis.

7 Referenceliste

- Akmatov, M. K., Ermakova, T., & Bätzing, J. (2019). Psychiatric and Nonpsychiatric Comorbidities Among Children With ADHD: An Exploratory Analysis of Nationwide Claims Data in Germany. *Journal of Attention Disorders*, *00*(0), 1-11. DOI: 10.1177/1087054719865779
- Anastopoulos, A. D., & Shelton, T. L. (2002). *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. New York: Springer
- Antshel, K. M., Hier, B. O., & Barkley, R. A. (2014). Executive Functioning Theory and ADHD. In S. Goldstein & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of Executive Functioning* (eBook, pp. 107-120). New York, NY: Springer. DOI: 10.1007/978-1-4614-8106-5_7
- Barkley, R. S. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, *121*(1), 65-94
- Barnes, G., Wilkes-Gillan, S., Bundy, A., & Cordier, R. (2017). The social play, social skills and parent-child relationships of children with ADHD 12 months following a RCT of a play-based intervention. *Australian Occupational Therapy Journal*, *64*(6), 457-465. DOI: 10.1111/1440-1630.12417
- Berenguer, C., Roselló, B., Colomer, C., Baixauli, I., & Miranda, A. (2018). Children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. Relationships between symptoms and executive function, theory of mind, and behavioral problems. *Research in Developmental Disabilities*, *83*, 260-269. DOI: 10.1016/j.ridd.2018.10.001
- Bjørnebekk, G. & Kjøbli, J. (2017). Observed callousness as a predictor of treatment outcomes in parent management training. *Clinical child psychology and psychiatry*, *22*(1), 59-73. DOI: 10.1177/1359104515621961
- Boland, A., Cherry, M. G., & Dickson, R. (Eds.) (2017). *Doing a systematic review. A student's guide* (2nd ed.). SAGE
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (2nd ed). New York: Basic Books
- Brainerd, C. J. & Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press

- Breider, S., de Bildt, A., Nauta, M. H., Hoekstra, P. J., & van der Hoofdakker, B. J. (2019). Self-directed or therapist-led parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder? A randomized controlled non-inferiority pilot trial. *Internet Interventions, 18*, 1-9. DOI: 10.1016/j.invent.2019.100262
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*(5), 759-775
- Chacko, A., Bedard, A. C. V., Marks, D., Gopalan, G., Feirsen, N., Uderman, J., Chimiklis, A., Heber, E., Cornwell, M., Anderson, L., Zwilling, A., & Ramon, M. (2018). Sequenced neurocognitive and behavioral parent training for the treatment of ADHD in school-age children. *Child Neuropsychology, 24*(4), 427-450. DOI: 10.1080/09297049.2017.1282450
- Chacko, A. & Scavenius, C. (2018). Bending the Curve: A Community-Based Behavioral Parent Training Model to Address ADHD-Related Concerns in the Voluntary Sector in Denmark. *Journal of abnormal child psychology, 46*(3), 505-517. DOI: 10.1007/s10802-017-0310-9
- Chan, S. K. C., Zhang, D., Bogels, S. M., Chan, C. S., Lai, K. Y. C., Lo, H. H. M., Yip, B. H. K., Lau, E. N. S., Gao, T. T., & Wong, S. Y. S. (2018). Effects of a mindfulness-based intervention (MYmind) for children with ADHD and their parents: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open, 8*(11). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022514
- Churchill, S. S., Leo, M. C., Brennan, E. M., Sellmaier, C., Kendall, J., & Houck, G. M. (2018). Longitudinal impact of a randomized clinical trial to improve family function, reduce maternal stress and improve child outcomes in families of children with ADHD. *Maternal and child health journal, 22*(8), 1172-1182. DOI: 10.1007/s10995-018-2502-5
- Coates, J., Taylor, J. A., & Sayal, K. (2019). Parenting Interventions for ADHD: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders, 19* (10), 831-843. DOI: 10.1177/1087054714535952
- Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., & the ADHD European Guidelines Group (2009). Practitioner Review: Quality of life in child mental health – conceptual challenges and practical choices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(5), 544-561. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x
- Coghill, D., & Hodgkins, P. (2016). Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy

- controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25, 261-271. DOI: 10.1007/s00787-015-0728-y
- Comer, J. S., Furr, J. M., Miguel, E. M., Cooper-Vince, C. E., Carpenter, A. L., Elkins, R. M., Kerns, C. E., Cornacchio, D., Chou, R., Coxe, S., DeSerisy, M., Sanchez, A. L., Golik, A., Martin, J., Myers, K. M., & Chase, R. (2017). Remotely delivering real-time parent training to the home: An initial randomized trial of Internet-delivered parent-child interaction therapy (I-PCIT). *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(9), 909-917. DOI: 10.1037/ccp0000230
- Cuffe, S. P., Visser, S. N., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Geryk, L. L., Wolraich, M. L., & McKeown, R. E. (2015). ADHD and Psychiatric Comorbidity: Functional Outcomes in a School-Based Sample of Children. *Journal of Attention Disorders*, 1-10. DOI: 10.1177/1087054715613437
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., van den Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., Santosh, P., Simonoff, E., Soutullo, C., Steinhausen, H. C., Stringaris, A., Taylor, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., & Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(9), 932-947. DOI: 10.1111/jcpp.12825
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Taylor, E., Zuddas, A., & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19, 83-105. DOI: 10.1007/s00787-009-0046-3
- Danielson, M. L., Visser, S. N., Gleason, M. M., Peacock, G., Claussen, A. H., & Blumberg, S. J. (2018). A National Profile of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis and Treatment Among US Children Aged 2 to 5 Years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 38(7), 455-564
- Dehkordian, P., Hamid, N., Beshlideh, K., & Mehrabizade Honarmand, M. (2017). The Effectiveness of Mindful Parenting, Social Thinking and Exercise on Quality of Life in ADHD Children. *International Journal of Pediatrics*, 5(2), 4295-

4302. DOI: 10.22038/ijp.2016.7900
- Dewey, D., & Volkovinskaia, A. (2018). Health-related quality of life and peer relationships in adolescents with developmental coordination disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *60*, 711-717. DOI: 10.1111/dmcn.13753
- Dolgun, G., Savaşer, S., & Yazgan, Y. (2014). Determining the correlation between quality of life and self-concept in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21*, 601-608. DOI: 10.1111/jpm.12114
- Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(6), 682-690. DOI: 10.1111/jcpp.12661
- Döpfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Metternich-Kaizman, T. W., & Schürmann, S. (2020). Long-Term Course After Adaptive Multimodal Treatment for Children with ADHD: An 8-Year Follow-Up. *Journal of Attention Disorders*, *24*(1), 145-162. DOI: 10.1177/1087054716659138
- DuPaul, G. J., Kern, L., Belk, G., Custer, B., Daffner, M., Hatfield, A., & Peek, D. (2018). Face-to-Face Versus Online Behavioral Parent Training for Young Children at Risk for ADHD: Treatment Engagement and Outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *47*(S1), 369-383. DOI: 10.1080/15374416.2017.1342544
- Elkins, S. R., Bond, M. A., & Curtis, D. F. (2019). Do comorbid oppositional symptoms predict ADHD behavioral treatment outcomes? *Child psychiatry and human development*, *50*(6), 918-926. DOI: 10.1007/s10578-019-00894-5
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, *12*, 77-84
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray A. R. (2018). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *47*(2), 157-198. DOI: 10.1080/15374416.2017.1390757
- Feldman, M. E., Charach, A., & Bélanger, S. A. (2018). ADHD in children and youth: Part 2 – Treatment. *Paediatrics & Child Health*, *23*(7), 462-472. DOI:

10.1093/pch/pxy113

- Fosco, W. D., Sarver, D. E., Kofler, M. J., & Aduen, P. A. (2018). Parent and child neurocognitive functioning predict response to behavioral parent training for youth with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *10*(4), 285-295. DOI: 10.1007/s12402-018-0259-8
- French, W. P. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Part 1. *Pediatric annals*, *44*(3), 114-120. DOI: 10.3928/00904481-20150313-13
- Frisch, C., Tirosh, E., & Rosenblum, S. (2020). Parental Occupation Executive Training (POET): An Efficient Innovative Intervention for Young Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, *40*(1), 47-61. DOI: 10.1080/01942638.2019.1640336
- Froehlich, T. E. & Brinkman, W. B. (2018). Multimodal Treatment of the School-aged Child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Pediatrics*, *172*(2), 109-110. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.4023
- Garreta, E., Jimeno, T., & Servera, M. (2018). Analysis of the effectiveness of a training program for parents of children with ADHD in a hospital environment. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *46*(1), 21-28
- Gau, S. S.-F. & Chang, J. P.-C. (2013). Maternal parenting styles and mother-child relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *34*, 1581-1594. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.02.002
- Geissler, J., Jans, T., Banaschewski, T., Becker, K., Renner, T., Brandeis, D., Döpfner, M., Dose, C., Hautmann, C., Holtmann, M., Jenkner, C., Millenet, S., & Romanos, M. (2018). Individualised short-term therapy for adolescents impaired by attention-deficit/hyperactivity disorder despite previous routine care treatment (ESCAadol)-Study protocol of a randomised controlled trial within the consortium ESCAlife. *Trials*, *19*(254). DOI: 10.1186/s13063-018-2635-2
- Gisladottir, M. & Svavarsdottir, E. K. (2017). The effectiveness of therapeutic conversation intervention for caregivers of adolescents with ADHD: A quasi-experimental design. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *24*(1), 15-27. DOI: 10.1111/jpm.12335
- Goldstein, S., Naglieri, J. A., Princiotta, D., & Otero, T. M. (2014). Introduction: A History of Executive Functioning as a Theoretical and Clinical Construct. In S. Goldstein and J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of Executive Functioning* (eBook,

- pp. 3-12). New York, NY: Springer. DOI: 10.1007/978-1-4614-8106-5_1
- Golubchik, P., Hamerman, H., Manor, I., Peskin, M., & Weizman, A. (2018). Effectiveness of parental training, methylphenidate treatment, and their combination on academic achievements and behavior at school of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *International clinical psychopharmacology*, 33(4), 229-232. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000218
- Haack, L. M., Villodas, M., McBurnett, K., Hinshaw, S., & Pfiffner, L. J. (2017). Parenting as a Mechanism of Change in Psychosocial Treatment for Youth with ADHD, Predominantly Inattentive Presentation. *Journal of abnormal child psychology*, 45(5), 841-855. DOI: 10.1007/s10802-016-0199-8
- Häge, A., Alm, B., Banaschewski, T., Becker, K., Colla, M., Freitag, C., Geissler, J., von Gontard, A., Graf, E., Haack-Dees, B., Hänig, S., Hennighausen, K., Hohmann, S., Jacob, C., Jaite, C., Jennen-Steinmetz, C., Kappel, V., Matthies, S., Philipsen, A., Poustka, L., Retz, W., Rösler, M., Schneider-Momm, K., Sobanski, E., Vloet, T. D., Warnke, A., & Jans, T. (2018). Does the efficacy of parent-child training depend on maternal symptom improvement? Results from a randomized controlled trial on children and mothers both affected by attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European child & adolescent psychiatry*, 27(8), 1011-1021. DOI: 10.1007/s00787-018-1109-0
- Hahn-Markowitz, J., Berger, I., Manor, I., & Maeir, A. (2018). Cognitive-Functional (Cog-Fun) Dyadic Intervention for Children with ADHD and Their Parents: Impact on Parenting Self-Efficacy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 38(4), 444-456. DOI: 10.1080/01942638.2018.1441939
- Hannesdottir, D. K., Ingvarsdottir, E., & Bjornsson, A. (2017). The OutSMARTers program for children with ADHD: A pilot study on the effects of social skills, self-regulation, and executive function training. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 353-364. doi: 10.1177/1087054713520617
- Hautmann, C., Döpfner, M., Katzmann, J., Schürmann, S., Metternich-Kaizman, T. W., Jaite, C., Kappel, V., Geissler, J., Warnke, A., Jacob, C., Hennighausen, K., Haack-Dees, B., Schneider-Momm, K., Philipsen, A., Matthies, S., Rösler, M., Retz, W., von Gontard, A., Sobanski, E., Alm, B., Hohmann, S., Häge, A., Poustka, L., Colla, M., Gentschow, L., Freitag, C. M., Becker, K., & Jans, T. (2018). Sequential treatment of ADHD in mother and child (AIMAC study): Importance of the treatment phases for intervention success in a randomized trial.

- BMC Psychiatry*, 18(388). DOI: 10.1186/s12888-018-1963-9
- Haydicky, J., Wiener, J., & Shecter, C. (2017). Mechanisms of action in concurrent parent-child mindfulness training: A qualitative exploration. *Mindfulness*, 8(4), 1018-1035. DOI: 10.1007/s12671-017-0678-1
- Higgins, J. P. T., Savović, J., Page, M. J., & Sterne, J. A. C. (2019). *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2)*
- Hoath, F. E., & Sanders, M. R. (2002). A Feasibility Study of Enhanced Group Triple P – Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Behaviour Change*, 19(4), 191-206
- Hosogane, N., Kodaira, M., Kihara, N., Saito, K., & Kamo, T. (2018). Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) for young children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan. *Annals of General Psychiatry*, 17(9). DOI: 10.1186/s12991-018-0180-8
- Jafari, P., Ghanizadeh, A., Akhondzadeh, S., & Mohammadi, M. R. (2011). Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Qual Life Res*, 20, 31-36. DOI: 10.1007/s11136-010-9722-5
- Jaite, C., van Noort, B. M., Vloet, T. D., Graf, E., Kappel, V., Geissler, J., Warnke, A., Jacob, A., Groß-Lesch, S., Werneck, S., Hennighausen, K., Haack-Dees, B., Schneider-Momm, K., Philipsen, A., Matthies, S., Rösler, M., Retz, W., Hänig, S., von Gontard, A., Sobanski, E., Gutenberg, J., Alm, B., Hohmann, S., Häge, A., Poustka, L., Colla, M., Gentschow, L., Freitag, C. M., Becker, K., & Jans, T. (2019). A multicentre randomized controlled trial on trans-generational attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in mothers and children (AIMAC): An exploratory analysis of predictors and moderators of treatment outcome. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 47(1), 49-65. DOI: 10.1024/1422-4917/a000602
- Jiang, Y., Haack, L. M., Delucchi, K., Rooney, M., Hinshaw, S. P., McBurnett, K., & Pfiffner, L. J. (2018). Improved parent cognitions relate to immediate and follow-up treatment outcomes for children with ADHD-predominantly inattentive presentation. *Behavior Therapy*, 49(9), 567-579. DOI: 10.1016/j.beth.2017.11.007
- Johnson, M. H. (2012). Executive function and developmental disorders: the flip side of the coin. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(9), 454-457. DOI: 10.1016/j.tics.2012.07.001

- Khademi, M., Ayatmehr, F., Mehr, N. K., Razjooyan, K., Ashtiani, R. D., & Arabgol, F. (2019). Evaluation of the Effects of Positive Parenting Program on Symptoms of Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Practice in Clinical Psychology, 7*(1), 11-20. DOI: 10.32598/jpcp.7.1.11
- Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos, 24*(2), 573-587
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics, 114*(5), e541-e547. DOI: 10.1542/peds.2004-0844
- Kofler, M. J., Sarver, D. E., Austin, K. R., Schaefer, H. S., Holland, E., Aduen, P. A., Wells, E. L., Soto, E. F., Irwin, L. N., & Schatschneider, C. (2018). Can working memory training work for ADHD? Development of central executive training and comparison with behavioral parent training. *Journal of consulting and clinical psychology, 86*(12), 964-979. DOI: 10.1037/ccp0000308
- Kofler, M. J., Sarver, D. E., Spiegel, J. A., Day, T. N., Harmon, S. L., & Wells, E. L. (2017). Heterogeneity in ADHD: Neurocognitive predictors of peer, family, and academic functioning. *Child Neuropsychology, 23*(6), 733-759. DOI: 10.1080/09297049.2016.1205010
- Kousha, M., & Kakrodi, M. A. (2019). Can Parents Improve the Quality of Life of Their Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Iranian J Psychiatry, 14*(2), 154-160
- Kyrkou, M. (2014). Health-related quality of life. *Int Public Health J, 6* (4), 355-370
- Lange, A.-M., Daley, D., Frydenberg, M., Houman, T., Kristensen, L. J., Rask, C., Sonuga-Barke, E., Søndergaard-Baden, S., Udipi, A., & Thomsen, P. H. (2018). Parent training for preschool ADHD in routine, specialist care: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 57*(8), 593–602. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.04.014
- Leckey, Y., McGilloway, S., Hickey, G., Bracken-Scally, M., Kelly, P., & Furlong, M. (2019). A randomised control trial of parent and child training programmes (versus wait list control) for children with ADHD-type behaviours: A pilot study. *Child Care in Practice, 25*(4), 419-438. DOI: 10.1080/13575279.2018.1481368
- Lee, Y.-C., Yang, H.-J., Chen, V. C., Lee, W.-T., Teng, M.-J., Lin, C.-H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL. *Research in Developmental Disabilities, 51-52*, 160-172

- Lee, Y.-C., Yang, H.-J., Lee, W.-T., & Teng, M.-J. (2019). Do parents and children agree on rating a child's HRQOL? A systematic review and Meta-analysis of comparisons between children with attention deficit hyperactivity disorder and children with typical development using the PedsQL. *Disability and Rehabilitation*, *41*(3), 265-275. DOI: 10.1080/09638288.2017.1391338
- Leung, C., Tsang, S., Ng, G. S. H., & Choi, S. Y. (2017). Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy with Chinese ADHD children: Randomized controlled trial. *Research on Social Work Practice*, *27*(1), 36-47. DOI: 10.1177/1049731516643837
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, *62*, e1-e34. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.006
- Loren, R. E. A., Ciesielski, H. A., & Tamm, L. (2017). Behavioral parent training groups for ADHD in clinical settings: Does offering a concurrent child group add value? *Child Practice in Pediatric Psychology*, *5*(3), 223-231. DOI: 10.1037/cpp0000194
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. ed.). København: Munksgaard
- Ma, J. L. C., Lai, K. Y. C., & Wan, E. S. F. (2017). Multifamily group intervention for Chinese parents and their children with attention deficit hyperactivity disorder in a Chinese context. *Social Work with Groups: A Journal of Community and Clinical Practice*, *40*(3), 244-260. DOI: 10.1080/01609513.2015.1132028
- Ma, J. L. C., Lai, K. Y. C., Wan, E. S. F., & Xia, L. L. L. (2019). Multiple family therapy for Chinese families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Treatment efficacy from the children's perspective and their subjective experience. *Journal of Family Therapy*, *41*(4), 599-619. DOI: 10.1111/1467-6427.12240
- Ma, J. L. C., Lai, K. Y. C., & Xia, L. L. L. (2018). Treatment Efficacy of Multiple Family Therapy for Chinese Families of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Family Process*, *57*(2), 399-414. DOI: 10.1111/famp.12297
- Malik, T. A., Rooney, M., Chronis-Tuscano, A., & Tariq, N. (2017). Preliminary

- efficacy of a behavioral parent training program for children with ADHD in Pakistan. *Journal of Attention Disorders*, 21(5), 390-404. doi: 10.1177/1087054714524158
- Martel, M., Nikolas, M., & Nigg, J. T. (2007). Executive Function in Adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1437-1444. DOI: 10.1097/chi.0b013e31814cf953
- Matza, L. S., Rentz, A. M., Secnik, K., Swensen, A. R., Revicki, D. A., Michelson, D., Spencer, T., Newcorn, J. H., & Kratochvil, C. J. (2004). The Link Between Health-Related Quality of Life and Clinical Symptoms Among Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(3), 166-174
- McLeod, S. A. (2019). *What does effect size tell you?* Simply psychology. Tilgæt d. 24.03.20 fra, <https://www.simplypsychology.org/effect-size.html>
- McNeil, C. B. & Hembree-Kigin, T. L. (2010). *Parent-Child Interaction Therapy* (2. ed.). Boston, MA: Springer
- Meinzer, M. C., Hartley, C. M., Hoogesteyn, K., & Pettit, J. W. (2018). Development and open trial of a depression preventive intervention for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 225-239. DOI: 10.1016/j.cbpra.2017.05.006
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does Parenting Style Matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865-872. DOI: 10.1177/0009922808319963
- Moghaddam, M. F., Assareh, M., Heidaripoor, A., Rad, R. E., & Pishjoo, M. (2013). The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 45-49
- Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.-A., Ahmadi, A., Alavi, S.-S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2019). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 00(0), 1-10. DOI: 10.1177/1087054719886372
- Molina, M. F. & Musich, F. M. (2016). Perception of Parenting Style by Children with ADHD and Its Relation with Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Externalizing Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1656-1671. DOI: 10.1007/s10826-015-0316-2
- Morar, S., Ionescu, I., Tănăsescu, C., Boicean, A., Fleacă, R., & Camelia-Burcea, C.

- (2013). Health-related quality of life. *Metalurgia International*, 18(8), 290-292
- Murray, D. W., Lawrence, J. R. & LaForett, D. R. (2018). The Incredible Years Programs for ADHD in Young Children: A Critical Review of the Evidence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(4), 195-208. DOI: 10.1177/1063426617717740
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Pripp, A. H., Reichborn-Kjennerud, T., Aase, H., & Zeiner, P. (2017). Early Predictors of ADHD: Evidence from a Prospective Birth Cohort. *Journal of Attention Disorders*, 1-8. DOI: 10.1177/1087054717696765
- O'Neill, S. Rajendran, K., Mahbubani, S. M., & Halperin, J. M. (2017). Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*, 19(95), 1-15. DOI: 10.1007/s11920-017-0853-z
- Owens, E. B., Hinshaw, S. P., McBurnett, K., & Pfiffner, L. (2018). Predictors of response to behavioral treatments among children with ADHD-inattentive type. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47, S219-S232. DOI: 10.1080/15374416.2016.1228461
- Polanczyk, G. V. (2018). Building the evidence to treat preschoolers with ADHD in real-life settings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(8), 544-546. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.06.002
- Rechenbach, A. (2003). Attachmentbegrebet, dets historik og aktualitet. *Psyke & Logos*, 24, 529-546
- Rimestad, M. L., Trillingsgaard, T., O'Toole, M. S., & Hougaard, E. (2018). Combining parent and teacher training for early ADHD: A randomized study of effectiveness. *Journal of Child and Family Studies*, 27(5), 1567-1578. DOI: 10.1007/s10826-017-0982-3
- Sergeant, J. S., Geurts, H., & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of executive functioning for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Behavioural Brain Research*, 130(1), 3-28. DOI: 10.1016/S0166-4328(01)00430-2
- Shah, R., Chakrabarti, S., Sharma, A., Grover, S., Sachdeva, D., & Avasthi, A. (2019). Participating from homes and offices: Proof-of-concept study of multi-point videoconferencing to deliver group parent training intervention for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 41, 20-22. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.03.006
- Shamshiri, S., Sheikh, M., Talab, H., & Riahi, F. (2018). Comparison of three methods of intervention pharmacotherapy, cognitive-motion rehabilitation and the

- combination on components of attention of ADHD children. *Minerva Psichiatrica*, 59, 29-38
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*
- Shimabukuro, S., Daley, D., Thompson, M., Laver-Bradbury, C., Nakanishi, E., & Tripp, G. (2017). Supporting Japanese mothers of children with ADHD: Cultural adaptation of the new forest parent training programme. *Japanese Psychological Research*, 59(1), 35-48. DOI: 10.1111/jpr.12140
- Sibley, M., Comer, J., & Gonzalez, J. (2017). Delivering Parent-Teen Therapy for ADHD through Videoconferencing: A Preliminary Investigation. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 39(3), 467-485. DOI: 10.1007/s10862-017-9598-6
- Siebelink, N. M., Bögels, S. M., Boerboom, L. M., de Waal, N., Buitelaar, J. K., Speckens, A. E., & Greven, C. U. (2018). Mindfulness for children with ADHD and Mindful Parenting (MindCamp): Protocol of a randomised controlled trial comparing a family Mindfulness-based intervention as an add-on to care-as-usual with care-as-usual only. *BMC Psychiatry*, 18(237), 1-19. DOI: 10.1186/s12888-018-1811-y
- Smith, K. G., & Corkum, P. (2007). Systematic Review of Measures Used to Diagnose Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Research on Preschool Children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 27(3), 164-173
- Sonuga-Barke, E. J. S., Barton, J., Daley, D., Hutchings, J., Maishman, T., Raftery, J., Stanton, L., Laver-Bradbury, C., Chorozioglou, M., Coghill, D., Little, L., Rudock, M., Radford, M., Yao, G. L., Lee, L., Gould, L., Shipway, L., Markomichali, P., McGuirk, J., Lowe, M., Perez, E., Lockwood, J., & Thompson, M. J. J. (2018). A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre, randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27, 797-809. DOI: 10.1007/s00787-017-1054-3
- Sonuga-Barke, E. J. S., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological Interventions for Preschoolers with ADHD: The

- Case for Specialized Parent Training. *Infants & Young Children*, 19(2), 142-153
- Sundhedsstyrelsen (2018). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge*
- Tan, S. Y., Steding, L. H., Coates, E. E., & Agazzi, H. (2018). Parent-child interaction therapy and ADHD: A case study with a hearing child of a deaf father and a hearing mother. *Child & Family Behavior Therapy*, 40(1), 65-83. DOI: 10.1080/07317107.2018.1428071
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. DOI: 10.1542/peds.2014-3482
- Vander Stoep, A., McCarty, C., A. Zhou, C., Myers, K., Rockhill, C., Schoenfelder, E. N. (2017). The Children's Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Telemental Health Treatment Study: Caregiver Outcomes. *Journal of abnormal child psychology*, 45(1), 27-43. DOI: 10.1007/s10802-016-0155-7
- Vierhile, A. E., Palumbo, D., & Belden, H. (2017). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *The Nurse Practitioner*, 42(10), 48-54
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.09.009
- Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davidson, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & SUBCOMMITTEE ON CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 144(4), 1-25. DOI: 10.1542/peds.2019-2528
- Zachary, C., Jones, D. J., McKee, L. G., Baucom, D. H., & Forehand, R. L. (2019). The Role of Emotion Regulation and Socialization in Behavioral Parent Training: A Proof-of-Concept Study. *Behavior modification*, 43(1), 3-25. DOI:

10.1177/0145445517735492

Zhang, D., Chan, S. K. C., Lo, H. H. M., Chan, C. Y. H., Chan, J. C. Y., Ting, K. T., Gao, T. T., Lai, K. Y. C., Bögels, S. M., & Wong, S. Y. S. (2017). Mindfulness-based intervention for Chinese children with ADHD and their parents: A pilot mixed-method study. *Mindfulness*, 8(4), 859-872. DOI: 10.1007/s12671-016-0660-3

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, 1-71. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3

I alt: 3.755 sider

8 Pensumliste

- Akmatov, M. K., Ermakova, T., & Bätzing, J. (2019). Psychiatric and Nonpsychiatric Comorbidities Among Children With ADHD: An Exploratory Analysis of Nationwide Claims Data in Germany. *Journal of Attention Disorders*, 00(0), 1-11. DOI: 10.1177/1087054719865779
- Anastopoulos, A. D., & Shelton, T. L. (2002). *Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. New York: Springer
- Antshel, K. M., Hier, B. O., & Barkley, R. A. (2014). Executive Functioning Theory and ADHD. In S. Goldstein & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of Executive Functioning* (eBook, pp. 107-120). New York, NY: Springer. DOI: 10.1007/978-1-4614-8106-5_7
- Barkley, R. S. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65-94
- Berenguer, C., Roselló, B., Colomer, C., Baixauli, I., & Miranda, A. (2018). Children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. Relationships between symptoms and executive function, theory of mind, and behavioral problems. *Research in Developmental Disabilities*, 83, 260-269. DOI: 10.1016/j.ridd.2018.10.001
- Boland, A., Cherry, M. G., & Dickson, R. (Eds.) (2017). *Doing a systematic review. A student's guide* (2nd ed.). SAGE
- Bowlby, J. (1969). The Child's Tie to his Mother: Attachment Behaviour. In J. Bowlby (Ed.), *Attachment and Loss* (2nd ed., pp. 177-209). New York: Basic Books
- Brainerd, C. J. & Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for Oppositional, Aggressive, and Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press
- Breider, S., de Bildt, A., Nauta, M. H., Hoekstra, P. J., & van der Hoofdakker, B. J. (2019). Self-directed or therapist-led parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder? A randomized controlled non-inferiority pilot trial. *Internet Interventions*, 18, 1-9. DOI: 10.1016/j.invent.2019.100262
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775

- Coates, J., Taylor, J. A., & Sayal, K. (2019). Parenting Interventions for ADHD: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders, 19* (10), 831-843. DOI: 10.1177/1087054714535952
- Coghill, D., Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E., Sergeant, J., & the ADHD European Guidelines Group (2009). Practitioner Review: Quality of life in child mental health – conceptual challenges and practical choices. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(5), 544-561. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x
- Coghill, D., & Hodgkins, P. (2016). Health-related quality of life of children with attention-deficit/hyperactivity disorder versus children with diabetes and healthy controls. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 25*, 261-271. DOI: 10.1007/s00787-015-0728-y
- Cuffe, S. P., Visser, S. N., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Geryk, L. L., Wolraich, M. L., & McKeown, R. E. (2015). ADHD and Psychiatric Comorbidity: Functional Outcomes in a School-Based Sample of Children. *Journal of Attention Disorders, 1-10*. DOI: 10.1177/1087054715613437
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., van den Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., Santosh, P., Simonoff, E., Soutullo, C., Steinhausen, H. C., Stringaris, A., Taylor, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., & Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(9), 932–947. DOI: 10.1111/jcpp.12825
- Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J. S., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Döpfner, M., Hollis, C., Santosh, P., Rothenberger, A., Sergeant, J., Steinhausen, H.-C., Taylor, E., Zuddas, A., & Coghill, D. (2010). The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 19*, 83-105. DOI: 10.1007/s00787-009-0046-3
- Danielson, M. L., Visser, S. N., Gleason, M. M., Peacock, G., Claussen, A. H., & Blumberg, S. J. (2018). A National Profile of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Diagnosis and Treatment Among US Children Aged 2 to 5 Years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 38*(7), 455-564

- Dehkordian, P., Hamid, N., Beshlideh, K., & Mehrabizade Honarmand, M. (2017). The Effectiveness of Mindful Parenting, Social Thinking and Exercise on Quality of Life in ADHD Children. *International Journal of Pediatrics*, 5(2), 4295-4302. DOI: 10.22038/ijp.2016.7900
- Dewey, D., & Volkovinskaia, A. (2018). Health-related quality of life and peer relationships in adolescents with developmental coordination disorder and attention-deficit-hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 60, 711-717. DOI: 10.1111/dmcn.13753
- Dolgun, G., Savaşer, S., & Yazgan, Y. (2014). Determining the correlation between quality of life and self-concept in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21, 601-608. DOI: 10.1111/jpm.12114
- Dose, C., Hautmann, C., Buerger, M., Schuermann, S., Woitecki, K., & Doepfner, M. (2017). Telephone-assisted self-help for parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder who have residual functional impairment despite methylphenidate treatment: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(6), 682-690. DOI: 10.1111/jcpp.12661
- DuPaul, G. J., Kern, L., Belk, G., Custer, B., Daffner, M., Hatfield, A., & Peek, D. (2018). Face-to-Face Versus Online Behavioral Parent Training for Young Children at Risk for ADHD: Treatment Engagement and Outcomes. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(S1), 369-383. DOI: 10.1080/15374416.2017.1342544
- Evans, D. (2003). Hierarchy of evidence: a framework for ranking evidence evaluating healthcare interventions. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 77-84
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray A. R. (2018). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157-198. DOI: 10.1080/15374416.2017.1390757
- Feldman, M. E., Charach, A., & Bélanger, S. A. (2018). ADHD in children and youth: Part 2 – Treatment. *Paediatrics & Child Health*, 23(7), 462-472. DOI: 10.1093/pch/pxy113
- French, W. P. (2015). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Part 1. *Pediatric annals*, 44(3), 114-120. DOI: 10.3928/00904481-20150313-13
- Gau, S. S.-F. & Chang, J. P.-C. (2013). Maternal parenting styles and mother-child

- relationship among adolescents with and without persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1581-1594. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.02.002
- Goldstein, S., Naglieri, J. A., Princiotta, D., & Otero, T. M. (2014). Introduction: A History of Executive Functioning as a Theoretical and Clinical Construct. In S. Goldstein and J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of Executive Functioning* (eBook, pp. 3-12). New York, NY: Springer. DOI: 10.1007/978-1-4614-8106-5_1
- Higgins, J. P. T., Savović, J., Page, M. J., & Sterne, J. A. C. (2019). *Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2)*
- Hoath, F. E., & Sanders, M. R. (2002). A Feasibility Study of Enhanced Group Triple P – Positive Parenting Program for Parents of Children with Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Behaviour Change*, 19(4), 191-206
- Jafari, P., Ghanizadeh, A., Akhondzadeh, S., & Mohammadi, M. R. (2011). Health-related quality of life of Iranian children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Qual Life Res*, 20, 31-36. DOI: 10.1007/s11136-010-9722-5
- Johnson, M. H. (2012). Executive function and developmental disorders: the flip side of the coin. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(9), 454-457. DOI: 10.1016/j.tics.2012.07.001
- Khademi, M., Ayatmehr, F., Mehr, N. K., Razjooyan, K., Ashtiani, R. D., & Arabgol, F. (2019). Evaluation of the Effects of Positive Parenting Program on Symptoms of Preschool Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 7(1), 11-20. DOI: 10.32598/jpcp.7.1.11
- Killén, K. (2003). Barns tilknytning. *Psyke & Logos*, 24(2), 573-587
- Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 114(5), e541-e547. DOI: 10.1542/peds.2004-0844
- Kofler, M. J., Sarver, D. E., Spiegel, J. A., Day, T. N., Harmon, S. L., & Wells, E. L. (2017). Heterogeneity in ADHD: Neurocognitive predictors of peer, family, and academic functioning. *Child Neuropsychology*, 23(6), 733-759. DOI: 10.1080/09297049.2016.1205010
- Kousha, M., & Kakrodi, M. A. (2019). Can Parents Improve the Quality of Life of Their Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder? *Iranian J Psychiatry*, 14(2), 154-160
- Kyrkou, M. (2014). Health-related quality of life. *Int Public Health J*, 6 (4), 355-370

- Lange, A.-M., Daley, D., Frydenberg, M., Houman, T., Kristensen, L. J., Rask, C., Sonuga-Barke, E., Søndergaard-Baden, S., Udupi, A., & Thomsen, P. H. (2018). Parent training for preschool ADHD in routine, specialist care: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(8), 593–602. DOI: 10.1016/j.jaac.2018.04.014
- Leckey, Y., McGilloway, S., Hickey, G., Bracken-Scally, M., Kelly, P., & Furlong, M. (2019). A randomised control trial of parent and child training programmes (versus wait list control) for children with ADHD-type behaviours: A pilot study. *Child Care in Practice*, 25(4), 419-438. DOI: 10.1080/13575279.2018.1481368
- Lee, Y.-C., Yang, H.-J., Chen, V. C., Lee, W.-T., Teng, M.-J., Lin, C.-H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQL. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 160-172
- Lee, Y.-C., Yang, H.-J., Lee, W.-T., & Teng, M.-J. (2019). Do parents and children agree on rating a child's HRQOL? A systematic review and Meta-analysis of comparisons between children with attention deficit hyperactivity disorder and children with typical development using the PedsQL. *Disability and Rehabilitation*, 41(3), 265-275. DOI: 10.1080/09638288.2017.1391338
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, e1-e34. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.006
- Lund, H., Juhl, C., Andreasen, J., & Møller, A. (2014). *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning. Redskaber til evidensbaseret praksis* (1. ed.). København: Munksgaard
- Martel, M., Nikolas, M., & Nigg, J. T. (2007). Executive Function in Adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1437-1444. DOI: 10.1097/chi.0b013e31814cf953
- Matza, L. S., Rentz, A. M., Secnik, K., Swensen, A. R., Revicki, D. A., Michelson, D., Spencer, T., Newcorn, J. H., & Kratochvil, C. J. (2004). The Link Between Health-Related Quality of Life and Clinical Symptoms Among Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(3), 166-174

- McLeod, S. A. (2019). *What does effect size tell you?* Simply psychology. Tilgået d. 24.03.20 fra, <https://www.simplypsychology.org/effect-size.html>
- McNeil, C. B. & Hembree-Kigin, T. L. (2010). Chapter 1: Overview of Parent-Child Interaction Therapy. In C. B. McNeil & T. L. Hembree-Kigin (Eds.), *Parent-Child Interaction Therapy* (2. ed., pp. 3-16). Boston, MA: Springer
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: Does Parenting Style Matter? *Clinical Pediatrics*, 47(9), 865-872. DOI: 10.1177/0009922808319963
- Moghaddam, M. F., Assareh, M., Heidaripoor, A., Rad, R. E., & Pishjoo, M. (2013). The study comparing parenting styles of children with ADHD and normal children. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4, 45-49
- Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.-A., Ahmadi, A., Alavi, S.-S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2019). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 00(0), 1-10. DOI: 10.1177/1087054719886372
- Molina, M. F. & Musich, F. M. (2016). Perception of Parenting Style by Children with ADHD and Its Relation with Inattention, Hyperactivity/Impulsivity and Externalizing Symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1656-1671. DOI: 10.1007/s10826-015-0316-2
- Morar, S., Ionescu, I., Tănăsescu, C., Boicean, A., Fleacă, R., & Camelia-Burcea, C. (2013). Health-related quality of life. *Metalurgia International*, 18(8), 290-292
- Murray, D. W., Lawrence, J. R. & LaForett, D. R. (2018). The Incredible Years Programs for ADHD in Young Children: A Critical Review of the Evidence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 26(4), 195-208. DOI: 10.1177/1063426617717740
- Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Pripp, A. H., Reichborn-Kjennerud, T., Aase, H., & Zeiner, P. (2017). Early Predictors of ADHD: Evidence from a Prospective Birth Cohort. *Journal of Attention Disorders*, 1-8. DOI: 10.1177/1087054717696765
- O'Neill, S. Rajendran, K., Mahbubani, S. M., & Halperin, J. M. (2017). Preschool Predictors of ADHD Symptoms and Impairment During Childhood and Adolescence. *Curr Psychiatry Rep*, 19(95), 1-15. DOI: 10.1007/s11920-017-0853-z
- Rechenbach, A. (2003). Attachmentbegrebet, dets historik og aktualitet. *Psyke & Logos*, 24, 529-546
- Sergeant, J. S., Geurts, H., & Oosterlaan, J. (2002). How specific is a deficit of

- executive functioning for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Behavioural Brain Research*, 130(1), 3-28. DOI: 10.1016/S0166-4328(01)00430-2
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*
- Smith, K. G., & Corkum, P. (2007). Systematic Review of Measures Used to Diagnose Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Research on Preschool Children. *Topics in Early Childhood Special Education*, 27(3), 164-173
- Sonuga-Barke, E. J. S., Barton, J., Daley, D., Hutchings, J., Maishman, T., Raftery, J., Stanton, L., Laver-Bradbury, C., Chorozioglou, M., Coghill, D., Little, L., Rudock, M., Radford, M., Yao, G. L., Lee, L., Gould, L., Shipway, L., Markomichali, P., McGuirk, J., Lowe, M., Perez, E., Lockwood, J., & Thompson, M. J. J. (2018). A comparison of the clinical effectiveness and cost of specialised individually delivered parent training for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder and a generic, group-based programme: a multi-centre, randomised controlled trial of the New Forest Parenting Programme versus Incredible Years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27, 797-809. DOI: 10.1007/s00787-017-1054-3
- Sonuga-Barke, E. J. S., Thompson, M., Abikoff, H., Klein, R., & Brotman, L. M. (2006). Nonpharmacological Interventions for Preschoolers with ADHD: The Case for Specialized Parent Training. *Infants & Young Children*, 19(2), 142-153
- Sundhedsstyrelsen (2018). *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos børn og unge*
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.*, 41(10), 1403-1409
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. DOI: 10.1542/peds.2014-3482
- Vierhile, A. E., Palumbo, D., & Belden, H. (2017). Diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *The Nurse Practitioner*, 42(10), 48-54
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and Emotional Impairment in Children and Adolescents with ADHD and the Impact on Quality of Life. *Journal of Adolescent Health*, 46, 209-217. DOI:

10.1016/j.jadohealth.2009.09.009

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davidson, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., Zurhellen, W., & SUBCOMMITTEE ON CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, *144*(4), 1-25. DOI: 10.1542/peds.2019-2528

Zwi, M., Jones, H., Thorgaard, C., York, A., & Dennis, J. A. (2011). Parent training interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *12*, 1-71. DOI: 10.1002/14651858.CD003018.pub3

I alt: 2.357 sider