

Måleegenskaper ved den norske versjonen av Child Behavior Checklist 6–18 år (CBCL 6–18 år), 2. utgave

Jannike Kaasbøll^a, Agathe Backer-Grøndahl^b, Jorun Schei^{a,c}, Hanne Klæboe Greger^{a,c}

^a Institutt for psykisk helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Midt-Norge), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU); ^b Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU); ^c Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, St. Olavs Hospital HF Trondheim

Mottatt: 18. desember 2025 Publisert: 23. juni 2026

Sammendrag

Beskrivelse

Child Behavior Checklist (CBCL) 6–18 er et foreldrerapportert spørreskjema, utviklet av Thomas M. Achenbach og Leslie A. Rescorla (2001) som del av Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Skjemaet består av totalt 133 ledd og brukes for barn og unge i alderen 6–18 år for kartlegging av emosjonelle vansker, atferdsproblemer og sosial fungering. Den norske versjonen ble oversatt og tilpasset av Torunn S. Nøvik og Sonja Heyerdahl i samarbeid med ASEBA tidlig på 2000-tallet. ASEBA (University of Vermont) eier rettighetene til instrumentet. CBCL 6–18 består av en kompetansedel og en problemdel som gir skårer for totalproblemer, internaliserende og eksternaliserende vansker, samt åtte syndromskalaer og seks DSM-orienterte skalaer. Utfylling tar vanligvis 20–30 minutter. Instrumentet er utviklet for bruk av fagpersoner med relevant helse- eller pedagogisk bakgrunn og kunnskap om standardisert kartlegging og psykometriske prinsipper. Norske skjemaer og elektroniske løsninger distribueres gjennom ASEBA-systemet.

Litteratursøk

Totalt 17 norske studier som rapporterte om psykometriske egenskaper ved CBCL 6–18 ble inkludert. Utvalgene omfattet både befolkningsbaserte studier (f.eks. Tidlig Trygg i Trondheim, $N > 2\,000$) og kliniske utvalg fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ($N = 90$ – 190). Studiene inkluderer tverrsnitt, longitudinelle design og én randomisert kontrollert studie.

Psykometri

Intern konsistens (Cronbachs α) var utmerket for totalskalaen ($\alpha \approx 0,93$) og god for de brede internaliserende og eksternaliserende skalaene. Gitt at CBCL dekker et bredt og flerdimensjonalt spektrum av vansker, må særlig alfa for totalskalaen tolkes med forsiktighet, da høy verdi delvis kan reflektere et stort antall ledd heller enn homogenitet i innholdet. Syndromskalaene viste utilstrekkelig/lav til høy reliabilitet ($\alpha = 0,47$ – $0,87$), med



Lisens: Opphavsrett 2026 Forfatter(e). Dette verket er lisensiert under [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

lavere verdier for tankeproblemer og somatiske plager. Validitet er dokumentert gjennom forventede forskjeller mellom kliniske og ikke-kliniske grupper, korrelasjoner med relaterte mål (f.eks. familiefungering, lærer- og selvrapporterte data) og sensitivitet for endring over tid i kliniske studier. Norsk referansedata (2012; $N \approx 2\,582$) viser stabile, lave problemskårer sammenlignet med amerikanske normer.

Konklusjon

Samlet sett er de psykometriske egenskapene ved den norske versjonen av CBCL 6–18 undersøkt i et begrenset antall studier. Gjennomgangen viser at instrumentet har gjennomgående god intern konsistens for totalskalaen og de brede internaliserende og eksternaliserende skalaene. Videre foreligger det støtte for instrumentets validitet, blant annet gjennom forventede forskjeller mellom kliniske og ikke-kliniske grupper, sammenhenger med relaterte mål og sensitivitet for endring over tid. Samtidig foreligger det begrenset og ujevnt dokumentert kunnskap om de enkelte syndrom- og DSM-orienterte skalaene, og fraværet av formelt normerte norske referansedata utgjør en sentral begrensning ved den samlede evidensen.

Abstract

Description

The Child Behavior Checklist (CBCL) 6–18 is a parent-report questionnaire developed by Thomas M. Achenbach and Leslie A. Rescorla (2001) as part of the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). The instrument consists of 133 items and is used for children and adolescents aged 6–18 years to assess emotional problems, behavioral difficulties, and social functioning. The Norwegian version was translated and adapted by Torunn S. Nøvik and Sonja Heyerdahl in collaboration with ASEBA in the early 2000s. ASEBA (University of Vermont) holds the copyright to the instrument. CBCL 6–18 includes a competence section and a problem section, providing scores for total problems, internalizing and externalizing problems, as well as eight syndrome scales and six DSM-oriented scales. Completion typically takes 20–30 minutes. The instrument is intended for use by professionals with relevant health or educational backgrounds and knowledge of standardized assessment and psychometric principles. Norwegian forms and electronic solutions are distributed through the ASEBA system.

Literature search

A total of 17 studies reporting on the psychometric properties of CBCL 6–18 were included. The samples comprised both population-based studies (e.g., Tidlig Trygg i Trondheim, $N > 2,000$) and clinical samples from child and adolescent psychiatric outpatient clinics ($N = 90–190$). The studies included cross-sectional and longitudinal designs, as well as one randomized controlled trial.

Psychometrics

Internal consistency for the total scale was high ($\alpha \approx .93$), with good values for the broad scales of internalizing and externalizing problems. Given that the CBCL covers a wide and multidimensional specter of problems, it is important that alpha coefficient for the total scale is interpreted with care as a high value partly could reflect a high number of items rather than homogeneity of the content. The syndrome scales showed insufficient/low to high reliability ($\alpha = .47–.87$), with lower values for thought problems and somatic complaints. Validity has been supported through expected differences between clinical and non-clinical groups, correlations with related measures (e.g., family functioning, teacher- and self-reported data), and sensitivity to change over time in clinical studies. Norwegian reference data (2012; $N \approx 2,582$) show stable, low problem scores.

Conclusion

Overall, the psychometric properties of the Norwegian version of CBCL 6–18 have been examined in a limited number of studies. The review indicates that the instrument demonstrates consistently good internal consistency for the total scale and the broad internalizing and externalizing scales, as well as satisfactory

evidence for construct and clinical validity in both clinical and population-based samples. At the same time, knowledge about the individual syndrome and DSM-oriented scales is limited and unevenly documented, and the absence of formally normed Norwegian reference data represents a key limitation of the overall evidence base.

Innledning

Child Behavior Checklist (CBCL) 6–18 er et foreldrerapportert, standardisert spørreskjemaverktøy utviklet for å kartlegge barns og ungdommers emosjonelle vansker, atferdsproblemer og sosiale fungering de siste seks månedene (Achenbach & Rescorla, 2001). CBCL er del av Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) – et multi-informant-system der parallelle instrumenter fra lærer (Teacher Report Form; TRF) og barn/ungdom (Youth Self-Report; YSR) supplerer foreldrerapporten og gir et mer helhetlig bilde på tvers av kontekster og relasjoner (Achenbach, 2015; Achenbach & Rescorla, 2007). Den empiriske grunnideen bak ASEBA er datadrevet: ledd og skalaer er utledet gjennom omfattende innsamlinger, eksplorative og konfirmerende faktoranalyser og løpende normoppdateringer (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach & Ruffle, 2000; Ivanova et al., 2007). Hvert CBCL-skjema fylles ut av én foresatt eller omsorgsperson som kjenner barnet godt. Det anbefales imidlertid, der det er mulig, å innhente uavhengige vurderinger fra flere foresatte (for eksempel at begge foreldre fyller ut hvert sitt skjema).

Formålet med denne artikkelen er å undersøke de psykometriske egenskapene ved den norske versjonen av CBCL 6–18 for barn og ungdom i alderen 6–18 år, og drøfte instrumentets styrker, begrensninger og praktiske implikasjoner for norsk klinisk og forskningsmessig bruk.

Administrasjon, rettigheter og opplæring

CBCL 6–18 kan administreres av fagpersoner med mastergrad innen relevant fagområde eller minimum to års erfaring fra relevant arbeid (for eksempel psykologi, pedagogikk, familie-/barnevern, pediatri eller lignende). Utfylling tar vanligvis mellom 20 og 30 minutter. Det vektlegges at fagpersoner som skal administrere ASEBA-spørreskjemaene bør ha en grunnleggende forståelse for teorien som ligger til grunn, samt psykometriske prinsipper og standardisert kartlegging (Achenbach & Rescorla, 2001). Manualen understreker videre at brukere må ha kompetanse i arbeid med barn og familier, og at ASEBA-data skal tolkes i sammenheng med øvrige kliniske opplysninger og ikke brukes som grunnlag for diagnostikk alene.

I Norge tilbyr RBUP Øst og Sør (Regionsenter for barn og unges psykiske helse) kurs i opplæring og bruk av ASEBA-skjemaene, inkludert skåring og tolkning av resultatene (RBUP Øst og Sør, 2025). Den norske oversettelsen av CBCL 6–18 ble utarbeidet av Torunn S. Nøvik og Sonja Heyerdahl i samarbeid med ASEBA. CBCL er et rettighetsbeskyttet verktøy og distribueres gjennom ASEBA [Home](#) | [ASEBA Europe](#). Verktøyet tilbys gjennom en web-basert løsning som muliggjør elektronisk administrasjon, skåring og rapportgenerering, men kan også administreres manuelt ved bruk av PDF-versjoner. Tilgang forutsetter abonnement samt betaling per administrerte skjema, og flere brukere innen samme organisasjon kan benytte samme abonnement.

Bruksområder i Norge

CBCL 6–18 benyttes i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), primærhelsetjenesten, skolehelsetjenesten og barnevernet som en del av utredning av emosjonelle og atferdsmessige vansker, samt for å følge utvikling og endring over tid. Instrumentet bidrar til å identifisere symptomprofiler, vurdere alvorlighetsgrad og støtte behandlings- og tiltaksplanlegging. Innen pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og skolekontekster brukes CBCL som ledd i kartlegging av behov for tilrettelegging, sosial fungering og læringsmiljø. I forskning inngår verktøyet ofte som standardisert mål på psykisk helse i tverrsnitts- og longitudinelle studier, intervensjonsevalueringer og multisystemiske undersøkelser der data fra foreldre (CBCL), lærere (TRF) og barn/ungdom (YSR) kombineres for å gi et mer helhetlig bilde av fungering på tvers av arenaer.

CBCL har også verdi som felles begrepsramme på tvers av tjenester og profesjoner, og gir et felles språk for å beskrive barn og unges vansker på en sammenlignbar og forskningsbasert måte.

Innhold og struktur

CBCL 6–18 består av to deler og omfatter totalt 133 ledd:

Kompetansedelen inneholder 20 ledd fordelt på tre delområder: aktiviteter (4 ledd), sosiale relasjoner (5 ledd) og skolefungering (11 ledd). Disse delene kartlegger barnets deltakelse og mestring på ulike livsarenaer, for eksempel i fritidsaktiviteter, vennskap og skolearbeid. Foreldre vurderer i hvilken grad barnet deltar i, og mestrer, aktiviteter sammenlignet med jevnaldrende. Ledd i kompetansedelen skåres på ulike skalaer avhengig av innhold for eksempel: antall og hyppighet av aktiviteter, kvalitet på relasjoner og skoleprestasjoner. Skårene summeres til delskårer og en total kompetanseskåre. Høy skåre indikerer god fungering, mens lav skåre indikerer redusert kompetanse, som beskrevet nærmere i avsnittet om skåring. Kompetansedelen kan dermed bidra til å identifisere både ressurser og utfordringer i barnets hverdag.

Problemdelen dekker et bredt spekter av emosjonelle, sosiale og atferdsmessige vansker slik de observeres i dagliglivet. Foreldrene bes vurdere hvor ofte ulike utsagn stemmer for barnet i løpet av de siste seks månedene. De 113 leddene omfatter symptomer som angst, nedstemthet, konsentrasjonsvansker, sosial tilbaketrekning, regelbrytende atferd og fysiske plager uten klar medisinsk forklaring. De vurderes på en 3-punkts skala: 0 = stemmer ikke, 1 = stemmer delvis/noen ganger, 2 = stemmer godt/ofte. I beregningen av totalskåren inngår imidlertid i alt 120 problemlodd, ettersom enkelte ledd har flere delspørsmål og åpne tillegg. Av disse inngår 103 i syndromskalaene, mens de resterende 17 ikke inngår i noen av syndromskalaene, men kun bidrar til totalskåren («andre problemer»). Etter skåring organiseres leddene i åtte syndromskalaer som reflekterer ulike dimensjoner av emosjonelle og atferdsmessige vansker:

1. Engstelig/deprimert
2. Tilbaketrukket/deprimert
3. Somatiske plager
4. Sosiale problemer
5. Tankeproblemer
6. Oppmerksomhetsproblemer
7. Regelbrytende atferd
8. Aggressiv atferd

Disse skalaene kan videre grupperes i to brede faktorer: **internaliserende** vansker (de tre første) og **eksternaliserende** vansker (de to siste). I tillegg beregnes en total problemskåre, som er en overordnet indeks basert på alle problemloddene. Samlet gir dette et nyansert bilde av barnets psykososiale fungering på tvers av spesifikke symptommønstre og overordnede problemnivå.

DSM-orienterte skalaer. I tillegg til syndromskalaene beregner CBCL 6–18 et sett DSM-orienterte skalaer (diagnoseprofiler), utviklet for å reflektere symptommønstre som samsvarer med diagnostiske kategorier i DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association). Disse ble introdusert i den reviderte manualen til Achenbach & Rescorla (2001) og er basert på hvilke CBCL-ledd som samsvarer med kriterier fra DSM-IV.

De seks DSM-orienterte skalaene er:

1. Affektive problemer/depressive symptomer
2. Angstrelaterte problemer
3. Somatiske plager
4. Oppmerksomhets- og hyperaktivitetsvansker
5. Opposisjonell atferd
6. Atferdsforstyrrelser/regelbrytende atferd

De DSM-orienterte skalaene gjør det mulig å vurdere symptombelastning i domener som tilsvarer sentrale kliniske kategorier, og kan gi nyttig informasjon ved diagnostisk utredning eller ved oppfølging av behandling.

Samtidig må de tolkes med varsomhet: skalaene gir ikke grunnlag for diagnose, men fungerer som et strukturert supplement til klinisk vurdering og annen diagnostisk informasjon (Achenbach & Rescorla, 2001).

CBCL-skåring og normgrunnlag

Ved skåring av CBCL 6–18 beregnes først råskårer ved å summere verdiene (0–2) for hvert enkelt ledd innenfor en skala. Råskårene gir et mål på den samlede mengden rapporterte vansker innenfor et problemområde, men kan ikke sammenlignes direkte mellom skalaer ettersom disse varierer i antall ledd og skåringsområde.

For å muliggjøre sammenligning på tvers av skalaer og mellom individer omregnes råskårene til normrefererte T-skårer. T-skårer er standardiserte verdier med et gjennomsnitt (M) på 50 og et standardavvik (SD) på 10, justert for barnets alder og kjønn (Achenbach & Rescorla, 2001). T-skårene angir barnets plassering i forhold til en normativ referansegruppe av jevnaldrende. For eksempel tilsvarer en T-skåre på 65 omtrent 93. persentil, mens en T-skåre på 70 tilsvarer om lag 98. persentil i normutvalget. Høyere T-skårer uttrykker dermed økende grad av avvik fra det som er vanlig i aldersgruppen.

Siden T-skårene er standardiserte, representerer en gitt T-verdi omtrent samme grad av avvik uavhengig av hvilken skala den stammer fra. Dette gjør det mulig å sammenligne nivået av ulike problemområder innen samme barn og å følge endringer over tid, selv om skalaene har ulikt antall ledd.

CBCL har komplekse skåringsinstruksjoner som innebærer avanserte beregninger. Utviklerne anbefaler derfor at hvert skjema kontrolleres av en person med opplæring i ASEBA-systemet før skåring. Instrumentet kan skåres manuelt eller ved hjelp av dataprogram, og relevante instruksjoner og skåringsmateriell er tilgjengelig via ASEBAs nettsider.

Råskårer omregnes til T-skårer basert på kjønns- og aldersspesifikke normer for aldersgruppene 6–11 år og 12–18 år. Klinisk signifikante forhøyede skårer indikeres av T-skårer ≥ 64 på skalaene for internaliserende og eksternaliserende problemer og ≥ 70 på syndromskalaene. Forhøyede skårer i grenseområdet er definert som T-skårer 60–63 for internaliserende og eksternaliserende problemer og 65–69 for syndromskalaene (Pandolfi et al., 2012). Kategoriene reflekterer graden av symptomalvorlighet, og skårer i grense- eller klinisk område indikerer behov for videre og mer omfattende diagnostisk vurdering.

Det er viktig å understreke at CBCL ikke er et diagnostisk instrument. Tolkning av T-skårer må alltid skje i lys av klinisk skjønn, barnets utviklingshistorie, observasjoner og eventuelle supplerende informanterkilder, som lærerrapport (TRF) eller selvrapport (YSR). En forhøyet T-skåre indikerer mulig problematikk, men kan ikke alene danne grunnlag for diagnose eller behandlingsbeslutninger (Achenbach & Rescorla, 2001).

De norske versjonene av CBCL 6–18 er basert på amerikanske normer utviklet av ASEBA, ettersom fullstendige norske normdata foreløpig ikke foreligger. T-skårene reflekterer derfor barnets plassering relativt til dette normgrunnlaget, og ikke nødvendigvis relativt til en norsk populasjon. Imidlertid viser norske og internasjonale studier likheter i overordnede skåringsmønstre, blant annet når det gjelder variasjon etter alder, kjønn og problemområder, selv om gjennomsnittlige problemnivåer kan variere mellom land (Nøvik, 2000; Rescorla et al., 2007). T-skårene bør derfor tolkes med forsiktighet og i sammenheng med øvrig klinisk informasjon.

Revisjon – fra CBCL 4–18 til CBCL 6–18

CBCL 6–18 ble lansert i 2000/2001 (Achenbach & Rescorla, 2001) som revidert etterfølger av CBCL 4–18 (Achenbach, 1991). Revisjonen innebar (a) ny aldersinndeling (separat førskolepakke: CBCL 1½–5, og skolebarn/ungdom: CBCL 6–18), (b) oppdaterte normer (1999-2000-innsamlinger), (c) noen reviderte/nyformulerte ledd, og (d) DSM-orienterte skalaer (opprinnelig DSM-IV, senere justert til DSM-5 i nyere manualtillegg). Sammenhengen mellom 4–18 og 6–18 er svært høy ($r \approx .98-1.00$) (Achenbach & Rescorla, 2001), men de er ikke direkte sammenlignbare grunnet endret aldersspenn og leddstruktur. Der CBCL 1½–5 vektlegger tidlige regulerings- og utviklingsutfordringer (inkl. språkvurdering), retter CBCL 6–18

seg mot skole-/ungdomsalder med tydeligere eksternaliserende/ internaliserende distinksjoner, oppmerksomhet, sosialt samspill og tankeproblemer. Skårer og terskler tolkes med alders-/kjønnsjusterte normer i begge.

Psykometriske egenskaper – internasjonale studier

CBCL 6–18 er blant de mest grundig validerte barnepsykiatriske spørreskjemaene internasjonalt. De åtte syndromskalaene er etablert gjennom omfattende eksplorative og konfirmatoriske faktoranalyser og har vist gjennomgående høy intern konsistens, både for syndromskalaer og internaliserende og eksternaliserende problemskalaer (Achenbach & Rescorla, 2001; Achenbach et al., 2003). Internasjonale studier rapporterer Cronbachs alfa-verdier som typisk varierer fra omkring 0,78 til 0,94 for syndromskalaene og fra 0,90 til 0,97 for internaliserende og eksternaliserende problemskala (Achenbach & Rescorla, 2001).

Test-retest-reliabilitet er dokumentert som god til utmerket. I CBCL-manualen rapporterte Achenbach og Rescorla (2001) intraklassekorrelasjoner på 0,95 for totale problemer basert på 118 testledd og 1,00 for total kompetanse (20 testledd) over en én-ukes periode, noe som indikerer høy stabilitet i skårene over et kort tidsspenn.

CBCL har videre vist god konvergent validitet gjennom sterke sammenhenger med andre etablerte foreldrerapporter for barns psykiske helse. Sammenligninger mellom CBCL og Behavior Assessment System for Children (BASC) viser høye korrelasjoner for internaliserende, eksternaliserende og totale problemer, med korrelasjonskoeffisienter i området $r = 0,85–0,89$ for både mor- og far-rapporter (Achenbach & Rescorla, 2001). Den strukturelle validiteten er undersøkt ved hjelp av konfirmatoriske faktoranalyser, der en åttefaktormodell tilsvarende syndromskalaene har fått støtte i analyser basert på foreldrerapporterte data (RMSEA = 0,06; Achenbach et al., 2003). Modelltilpasningen er imidlertid primært vurdert ved én enkelt tilpasningsindeks, noe som gir et begrenset grunnlag for en helhetlig vurdering av modellens tilpasning.

Tverrkulturelle studier har vist at CBCLs faktorstruktur i hovedsak er stabil på tvers av kulturer. Undersøkelser gjennomført i mer enn 30 land dokumenterer sammenlignbare mønstre i syndromstruktur, samtidig som det observeres forventet variasjon i gjennomsnittlige skårenivåer mellom land (Ivanova et al., 2007; Rescorla et al., 2007; Rescorla et al., 2011). På bakgrunn av disse funnene har ASEBA utviklet multikulturelle normer som grupperer land etter gjennomsnittlig problemskåre. De nordiske landene klassifiseres her som «low-score societies», kjennetegnet av gjennomgående lavere rapporterte nivåer av psykiske vansker sammenlignet med flere andre regioner (Rescorla et al., 2007; Rescorla et al., 2011).

Internasjonale studier indikerer også at CBCL er sensitiv for endring over tid. Randomiserte kontrollerte studier har vist at CBCL fanger opp signifikante endringer i total problemskåre og i internaliserende og eksternaliserende vansker etter deltakelse i psykososiale og kliniske intervensjoner (Cohen et al., 2004; Leve et al., 2005; Swenson et al., 2010).

Til tross for omfattende internasjonale dokumentasjon er kunnskapsgrunnlaget mer begrenset når det gjelder den norske versjonen av CBCL 6V18. En tidligere systematisk gjennomgang publisert i PsykTestBarn identifiserte kun to norske studier som hadde undersøkt psykometriske egenskaper ved denne versjonen (Kornør & Jozefiak, 2012). Selv om den tidligere CBCL 4–18-versjonen har vist god evne til å skille mellom kliniske og ikke-kliniske utvalg i norsk sammenheng (Nøvik, 2000), er det fortsatt behov for en oppdatert vurdering av reliabilitet, validitet og anvendbarhet for CBCL 6–18 i norsk klinisk og forskningsmessig kontekst.

Metode

Bibliotekar Brynhildur Axelsdóttir ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og Sør, søkte etter dokumentasjon på testens psykometriske egenskaper i databasene, PsycINFO, Medline, Cochrane Library, SveMed+ (oppdateres ikke etter 2020), Norart (oppdateres ikke etter juni 2022), Oria, Swepub, DIVA og NORA (Danmarks forskningsportal). Søkedato: 19.06.2023. Søkestrategien er tilgjengelig <https://doi.org/10.7557/29.8462> Vi kontaktet også førsteforfattere av inkluderte artikler for å identifisere dokumentasjon som eventuelt ikke ble fanget opp av det systematiske søket.

Det ble foretatt et samlet litteratursøk for CBCL 1,5–5 og 6–18. Ettersom CBCL 6–18 er brukt mer enn versjonen for 1,5–5, ble det besluttet å inkludere både norske, svenske og danske studier av CBCL 1,5–5, men kun norske studier av CBCL 6–18. Likeledes inkluderte vi kun studier med $N > 100$ for CBCL 6–18, mens vi inkluderte studier med lavere N for versjonen 1,5–5.

Vi inkluderte alle publikasjoner av studier som har undersøkt og rapportert minst ett av følgende i skandinaviske utvalg:

- normdata for testen
- reliabilitet: indre konsistens, test-retest, interrater og endringssensitivitet
- validitet: samsvar med liknende testskårer, samsvar med referansestandard eller annet kriterium, og/eller faktorstruktur
- gjennomsnittsskårer og/eller forekomster for henholdsvis generelle populasjoner og kliniske undergrupper

I tillegg må man i alle studier ha administrert samtlige ledd fra problemdelen i CBCL 6–18. Studier som kun brukte enkelte subskalaer eller utvalgte ledd ble ekskludert fordi forkortede eller selekterte versjoner ikke gir gyldige skårer etter ASEBAs manualer, kan endre skalaenes psykometriske egenskaper (indre konsistens, faktorstruktur, terskler) og er ikke direkte sammenlignbare med forskning som anvender det komplette instrumentet.

Alle forfatterne jobbet sammen i Covidence. Etter fjerning av dubletter gikk forfatterne gjennom alle identifiserte publikasjoners sammendrag. Forfatterne foretok vurderingene uavhengig av hverandre. Alle publikasjoner som kunne virke relevante ble bestilt inn i fulltekst, og vurderingsprosessen ble gjentatt for disse. To av forfatterne (JK og HKG) vurderte normering, validitet og reliabilitet ved hjelp av en tilpasset versjon av Test review form and notes for reviewers (European Federation of Psychologists' Associations [EFPA], 2013). Forfatterne foretok vurderingene uavhengig av hverandre.

Forfatterne bestemte på eget initiativ å foreta et pragmatisk ekstrasøk i desember 2025 for å fange opp viktige nye studier publisert etter 2023, da det systematiske søket ble foretatt. Det pragmatiske søket ble foretatt i Google Scholar og for CBCL 6–18 brukte vi søkeordene «CBCL, 6–18, Norway». Dette resulterte i 302 treff.

Resultater

Litteratursøk

Det systematiske litteratursøket resulterte i totalt 1490 referanser, i tillegg til 388 referanser identifisert via andre kilder. Etter fjerning av duplikater gjensto 1243 unike referanser som ble vurdert ved gjennomgang av tittel og sammendrag.

Av disse ble 323 referanser ekskludert på grunn av irrelevante tema, feil instrument eller upassende studiedesign, og 920 artikler gikk videre til vurdering i fulltekst. Etter fulltekstgjennomgangen ble 905

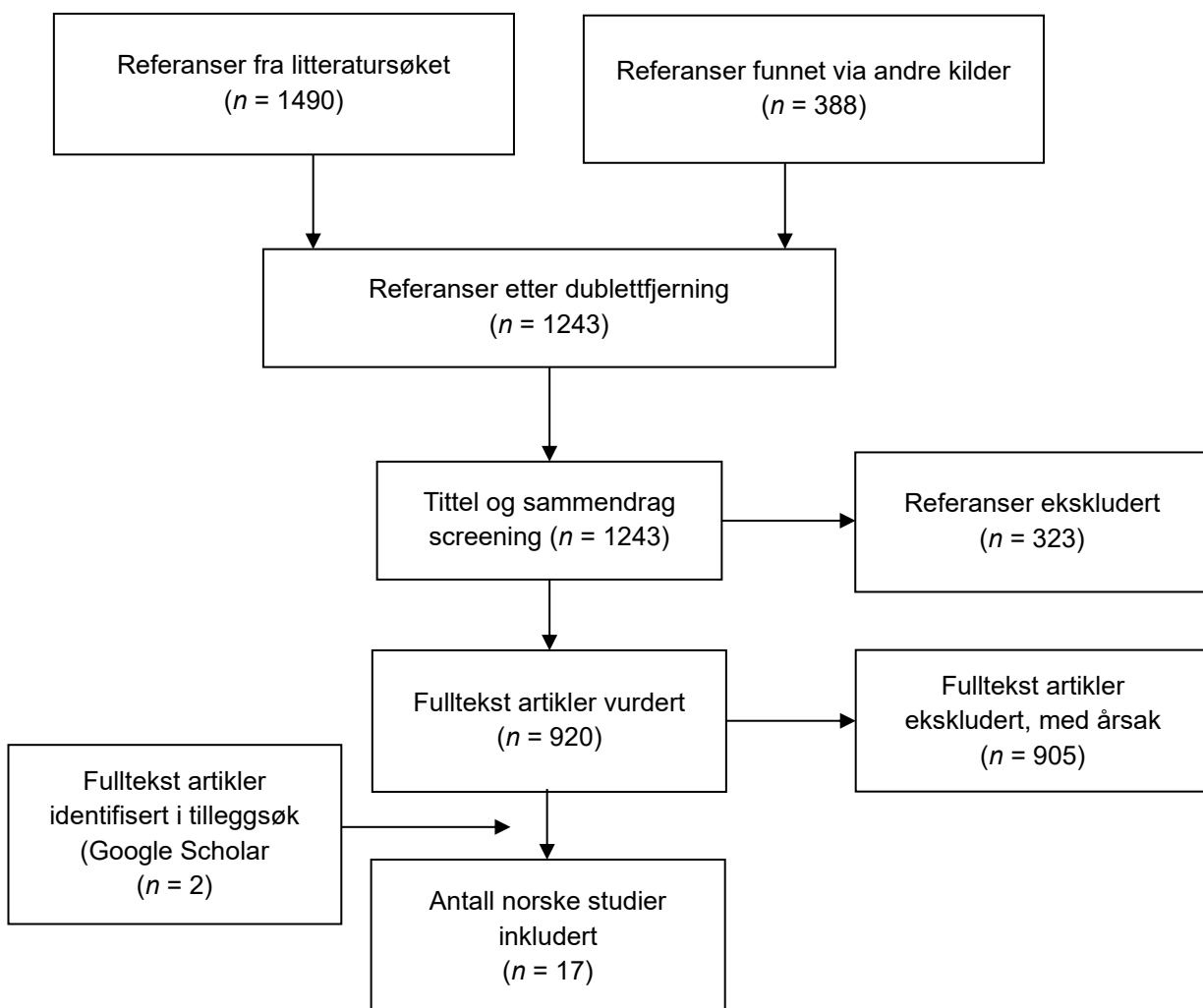
referanser ekskludert, hovedsakelig fordi de ikke rapporterte psykometriske data, hadde for små utvalg ($N < 100$) eller omhandlet tidligere versjoner av CBCL. Av de ekskluderte fulltekstene omhandlet ni artikler CBCL 1½–5 og ble derfor ikke inkludert i denne oversikten. I tillegg ble publikasjoner som kun benyttet CBCL-subskalaer eller utvalgte enkeltledd (inkludert forkortede spørsmålsbatterier som i den norske mor-, far- og barn-undersøkelsen (MoBa; Magnus et al., 2016) ekskludert.

I mange publikasjoner fremgikk det ikke av tittel eller sammendrag hvilken CBCL-versjon som var benyttet, eller om hele problemdelen i CBCL 6–18 (113 ledd) var administrert. For å kunne vurdere inklusjonskriteriene måtte derfor et stort antall artikler gjennomgås i fulltekst. Ved uklarheter ble førsteforfattere kontaktet for avklaring. Det pragmatiske litteratursøket identifiserte to ytterligere artikler (Coldevin et al., 2024; Hukkelberg et al., 2024).

Til sammen ble 17 norske studier identifisert og inkludert. De inkluderte publikasjonene rapporterte ulike psykometriske egenskaper som intern konsistens, test-retest-reliabilitet, validitet og faktorstruktur i norske utvalg med $N > 100$ barn og ungdom.

Figur 1 viser PRISMA-flytdiagrammet som illustrerer prosessen for identifikasjon, screening, eksklusjon og inklusjon av artikler i den systematiske oversikten.

Figur 1. PRISMA flytdiagram over inklusjon og eksklusjon av artikler



Totalt **17 norske studier** som benyttet CBCL 6–18 ble inkludert i litteraturgjennomgangen (Tabell 1). Studiene omfatter et bredt metodisk spenn:

- **syv tverrsnittsstudier** (Coldevin et al., 2024; Gere et al., 2013; Gere et al., 2012; Jozefiak et al., 2012; Solem et al., 2011; Thøgersen et al., 2020; Villabø et al., 2013)
- **ni longitudinale studier** (Hygen et al., 2017; Hygen et al., 2014; Jozefiak & Wallander, 2016; Orm et al., 2023; Skalická et al., 2015a; Věra Skalická et al., 2015b; Solberg et al., 2015; Steinsbekk, 2012; Villabø et al., 2018)
- **én randomisert kontrollert studie** (Hukkelberg et al., 2024).

Seks studier var basert på befolkningsutvalg, hovedsakelig fra Tidlig trygg i Trondheim-prosjektet (Steinsbekk & Wichstrøm, 2018), mens de øvrige 11 undersøkte kliniske utvalg rekruttert fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) eller spesialiserte klinikker for angst, ADHD, atferdsforstyrrelser og fedme (Tabell 1).

Deltakernes alder varierte fra 6 til 20,5 år på tvers av studiene, med en gjennomsnittsalder som lå mellom 10 og 15 år. Kjønnfordelingen var gjennomgående balansert (omtrent 45–55 % gutter), med unntak av én studie der utvalget kun besto av gutter. Utvalgsstørrelsene varierte fra om lag $N = 90$ i mindre kliniske studier til over $N = 2500$ i befolkningsbaserte undersøkelser (Jozefiak et al., 2012).

CBCL ble anvendt i alle studiene som foreldre rapportert mål på barns og ungdommers emosjonelle og atferdsmessige fungering. De fleste rapporterte resultater for totalskåre, internaliserende og eksternaliserende problemer, samt syndromskalaer; flere inkluderte DSM-orienterte skalaer (Gere et al., 2012; Villabø et al., 2013) og enkelte kompetanseskalaer (Jozefiak et al., 2012). De rapporterte resultatene omfatter primært beskrivende statistikk (middelverdier og SD) og intern konsistens (Cronbach's α). Enkelte studier undersøkte også korrelasjoner med selvrapporterte eller kliniske mål (Jozefiak & Wallander, 2016; Orm et al., 2023).

Tabell 1. Inkluderte studier

Referanse	Design	Populasjon	N	Mål	Rapporterte egenskaper, verdier
Coldevin et al. (2024)	Tverrsnitt	Klinisk populasjon henvist til BUP, sammenligner barn med og uten DMDD (6–12 år, $M = 9,6$ år, $SD = 1,8$, 60% gutter)	192	Totale problemer, Internaliserende vansker, Eksternaliserende vansker	Middelverdier
Gere et al. (2012)	Tverrsnitt	Klinisk populasjon henvist BUP med mistanke om angst eller økte internaliserende vansker (7–13 år, $M = 10,4$ år, $SD = 1,6$, 46,8% gutter)	190	DSM-orienterte skalaer: Angstproblemer, ADHD/hyperaktivitetsproblemer, Opposisjonelle atferdsproblemer, Atferdsforstyrrelse	Middelverdier, Cronbach's alfa
Gere et al. (2013)	Tverrsnitt	Klinisk populasjon henvist BUP med mistanke om angst	190	Syndromskala: Tilbaketrukket/deprimert	Middelverdier, Cronbach's alfa

Referanse	Design	Populasjon	N	Mål	Rapporterte egenskaper, verdier
		eller økte internaliserende vansker (7–13 år, $M = 10,4$ år, $SD = 1,6$, 62,1% gutter)			
Hukkelberg et al. (2024)	RCT	Klinisk populasjon, ungdom henvist til BUP (6–14,5 år, $M = 9,83$, $SD = 2,9$, 58,7% gutter)	121	Internaliserende vansker, Eksternaliserende vansker, Syndromskalaer: Aggressiv atferd, Regelbrytende atferd, Somatiske plager, Tilbaketrukket/deprimert, Engstelig/deprimert.	Middelverdi, Cronbach's alfa Cohen's d
Hygen et al. (2014)	Longitudinell	Normalpopulasjon, Tidlig Trygg i Trondheim. Data fra T2 (6 år, $M = 80,5$ mnd., $SD = 1,8$, 50,5% gutter)	694	Syndromskala: Aggressiv atferd	Middelverdi, Cronbach's alfa
Hygen et al. (2017)	Longitudinell	Normalpopulasjon, Tidlig Trygg i Trondheim. Data fra T2 (6 år, $M = 78,9$ mnd. $\approx 6,6$ år, $SD \approx 2,98$ mnd., 50,5% gutter)	652	Internaliserende vansker, Eksternaliserende vansker	Cronbach's alfa
Jozefiak et al. (2012)	Tverrsnitt	Normalpopulasjon Undergrupper etter alder og kjønn (7–16 år, $M \approx 10,6$ år, $SD \approx 2,8$, 49,6% gutter)	2582	Totale problemer Internaliserende vansker, Eksternaliserende vansker, åtte syndromsskalaer, fire kompetanseskalaer	Middelverdi, Cronbach's alfa
Jozefiak & Wallander (2016)	Longitudinell	Normalpopulasjon (samme studie som over, men et mindre utvalg; 10–16 år, $M = 13,1$ år, $SD = 1,5$, 49,1% gutter)	1331	Totale problemer, Internaliserende vansker, Eksternaliserende vansker, Kompetanseskala	Korrelasjoner (validitet)
Orm et al. (2023)	Longitudinell	Klinisk populasjon ADHD sammenlignes med frisk kontrollgruppe fra skoler (10–16 år, $M = 11,6$ år, $SD = 2,1$, 54% gutter)	135	Totale problemer Internaliserende vansker Eksternaliserende vansker	Middelverdier
Skalická et al. (2015a)	Longitudinell	Normalpopulasjon, Tidlig Trygg i Trondheim. Data fra T2 (6 år, $M \approx 78$ mnd., $SD \approx 2,9$, 50,5% gutter)	819	Eksternaliserende vansker	Middelverdi og Cronbach's alfa

Referanse	Design	Populasjon	N	Mål	Rapporterte egenskaper, verdier
Skalická et al. (2015b)	Longitudinell	Normalpopulasjon, Tidlig Trygg i Trondheim. Data fra T3 (8–9 år, $M \approx 78$ mnd., $SD \approx 2,9$, 48,7% gutter)	699	Eksternaliserende vansker	Middelverdi og Cronbach's alfa
Solberg et al. (2015)	Longitudinell	Klinisk populasjon BUP (11–20.5 år, $M \approx 14,9$ år, $SD \approx 1,8$, 55% gutter)	90	Totale problemer	Middelverdi, Individual Change Index (ICI)
Solem et al. (2011)	Tverrsnitt	Klinisk populasjon BUP (6–13 år, $M \approx 9,9$ år, $SD \approx 2,0$, 100% gutter)	100	Totale problemer	Middelverdi
Steinsbekk (2012)	Longitudinell	Klinisk populasjon, fedmepoliklinikk (7–12 år, $M = 10,3$ år, $SD = 1,7$, 51,5% gutter).	99	Totale problemer, Internaliserende vansker, Eksternaliserende vansker	Middelverdier
Thøgersen et al. (2020)	Tverrsnitt	Klinisk populasjon Atferdsproblemer henvist til Funksjonell familierapi (11–19 år, $M = 14,7$ år, $SD = 1,5$, 53,7% gutter)	158	Syndrom skalaer: Aggressiv atferd, Regelbrytende atferd, Engstelig/deprimert, Somatiske plager	Cronbach's alfa
Villabø et al. (2013)	Tverrsnitt	Klinisk populasjon angst BUP (7–13 år, $M = 10,6$ år, $SD = 1,5$, 58,6% gutter)	111	Seks DSM-orienterte skalaer	Middelverdier og Cronbach's alfa
Villabø et al. (2018)	Longitudinell	Klinisk populasjon angst BUP (7–13 år, $M = 10,46$ år, $SD = 1,5$, 54,5% gutter)	165	Internaliserende vansker, Eksternaliserende vansker	Middelverdier

Note. DMDD: Disruptive Mood Dysregulation Disorder. BUP = Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Jozefiak et al., 2016 har samme utvalg og verdier som oppgitt i Jozefiak 2012, men inkluderes for gjennomgang da 2016 inneholder informasjon om validitet som ikke er oppgitt i 2012. \approx Tallene er beregnet av forfatter(ne) fra data rapportert i primærartiklene.

Middelverdier og/eller forekomster i generelle og kliniske populasjoner

Tabell 2 viser rapporterte middelverdier (M) og standardavvik (SD) for CBCL 6–18 total problemskala samt skala for internaliserende og eksternaliserende problemer i norske studier. Av de 17 inkluderte studiene rapporterte 10 slike verdier (7 kliniske og 3 ikke-kliniske utvalg).

I kliniske populasjoner viser skårenivåene tydelige forskjeller mellom diagnoser og tidspunkter. I studier av barn med angstlidelser (Gere et al., 2012; Villabø et al., 2013, 2018) lå internaliserende T-skårer konsekvent over den kliniske terskelen ($T = 70–72$), mens eksternaliserende problemer var lavere ($T \approx 56–60$). Totalskåren lå tilsvarende høyt ($M \approx 66–68$). I ADHD-utvalget til Orm et al. (2023) ble det ved baseline (T0)

observert total-T = 61,9 (*SD* = 8,2) mot 37,9 (*SD* = 8,7) i kontrollgruppen; etter to år (T1) var verdiene 58,0 og 36,6 henholdsvis.

I studien av ungdom med fedme (Steinsbekk, 2012) ble råskåren for totalproblemer redusert fra *M* = 30,4 (*SD* = 19,4) til *M* = 23,9 (*SD* = 20,2) over to år. I den kliniske BUP-studien til Solberg (2015) var totalskåren *M* = 45,2 (*SD* = 24,3), mens Solem et al. (2011) rapporterte markert forskjell mellom kliniske (*M* = 63,9) og kontrollgrupper (*M* = 11,1). Den randomiserte studien til Thøgersen et al. (2020) rapporterte kun syndromnivåer (høyest for aggressiv og regelbrytende atferd) og inngår derfor ikke i tabellen.

I utvalgene fra den generelle befolkningen (Jozefiak et al., 2012; Skalická et al., 2015a; Skalická et al., 2015b) var skårene gjennomgående lave. Jozefiak et al. rapporterte total *M* = 14,2 (*SD* = 14,1), internaliserende *M* = 4,2 (*SD* = 4,7) og eksternaliserende *M* = 3,8 (*SD* = 5,1) i et utvalg på > 2500 barn. I dataene fra Tidlig Trygg i Trondheim var den gjennomsnittlige eksternaliserende råskåren 3,9 (*SD* = 4,6) ved 6 års alder og 3,2 (*SD* = 3,9) ved 8–9 års alder.

Samlet viste resultatene at kliniske grupper skåret rundt ett til to standardavvik høyere enn normalpopulasjonen på alle hovedskalaer. Internaliserende vansker fremstod konsekvent som mest forhøyet i kliniske utvalg, mens eksternaliserende problemer og totalproblem skårer varierer med diagnose og alder.

Tabell 2. Middelerverdi (M) og standardavvik (SD) for total problemskala, internaliserende og eksternaliserende skala i ulike undergrupper

Referanse	Utvalg/gruppe	N/n	Grupper	Total problemskala (M/SD)	Internaliserende (M/SD)	Eksternaliserende (M/SD)
Klinisk populasjon						
Coldevin et al. (2024)	Klinisk populasjon henvist BUP, med og uten DMDD	192	DMDD (n = 47)	68,2 ^b / 23,1	16,6 / 10,5	24,3 / 8,8
			Non-DMDD (n = 145)	50,9 / 23,1	16,1 / 8,1	13,9 / 9,3
Hukkelberg et al. (2024)	Klinisk populasjon henvist BUP	121	MATCH T0	- / -	19,2 ^b / 10,1	16,9 / 10,9
			TAU T0	- / -	19,6 / 10,2	16,2 / 11,3
			MATCH T1	- / -	13,8 / 9,1	12,5 / 11,0
			TAU T1	- / -	10,1 / 6,7	10,0 / 10,0
			MATCH T2	- / -	14,1 / 9,9	11,2 / 10,6
			TAU T2	- / -	10,2 / 8,5	8,8 / 8,0
Gere et al. (2012)	Klinisk populasjon henvist BUP med mistanke om angst	190	Mor	- / -	18,9 ^b / 7,0 71,1 ^a / 7,8	13,4 ^b / 10,9 61,1 ^a / 12,6
			Far	- / -	15,8 / 8,0 67,9 / 9,6	11,2 / 10,3 57,6 / 13,1
Orm et al. (2023)	Longitudinell studie (T0 og T1 (etter 2 år)),	135	T0 ADHD (n = 85)	61,9 ^a / 8,2	59,3 ^a / 10,5	59,9 ^a / 10,5
				37,9 ^a / 8,7	42,4 ^a / 8,7	40,8 ^a / 7,5

Referanse	Utvalg/gruppe	N/n	Grupper	Total problemskala (M/SD)	Internaliserende (M/SD)	Eksternaliserende (M/SD)
	ADHD-populasjon og "typically developing" (TD) T-skårer		T0 TD (n = 50)	58,0 ^a / 9,7	56,6 ^a / 11,6	55,4 ^a / 10,3
			T1 ADHD (n = 81)	36,6 ^a / 8,4	41,1 ^a / 8,3	39,7 ^a / 5,6
			T1 TD (n = 50)			
Solberg et al. (2015)	BUP populasjon, pasienter fra distriktet (baseline)	190		45,2 ^b / 24,3	- / -	- / -
Solem et al. (2011)	Populasjon fra BUP, kontrollgruppe fra skoler	64	Klinisk populasjon	63,9 ^c / 22,5	- / -	- / -
		128	Kontroll	11,1 ^c / 11,07	- / -	- / -
Steinsbekk (2012)	Longitudinell, fedmepoliklinikk oppfølging T0 og etter 2 år (T1)	99	T0 (n = 99)	30,4 ^b / 19,4	9,1 ^b / 6,7	7,3 ^b / 6,8
			T1 (n = 80)	23,9 ^b / 20,2	7,0 ^b / 6,3	5,8 ^b / 6,9
Villabø et al. (2013)	Populasjon fra BUP, Angst) T-skår	111		66,7 ^a / 8,97	71,7 ^a / 8,48	58,7 ^a / 12,1
Villabø et al. (2018)	Norsk RCT Klinisk pop (BUP)	165		- / -	71,2 ^a / 8,9	56,9 ^a / 11,7
Generell populasjon						
Jozefiak et al. (2012)	Undergrupper etter alder og kjønn	258 2		14,2 ^b / 14,1	4,2 ^b / 4,7	3,8 ^b / 5,1
Skalická et al. (2015a)	Tidlig Trygg (T2)	819		- / -	- / -	3,9 ^b / 4,6
Skalická et al. (2015b)	Tidlig Trygg (T3)	699		- / -	- / -	3,2 ^b / 3,9

Note. ^a = T-skår, ^b = Rå-skår, ^c = Ikke oppgitt i artikkel om det er T-skår eller rå-skår. DMDD = Disruptive Mood Dysregulation Disorder. BUP = Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Jozefiak et al. (2012) rapporterte også separate skårer for jenter og gutter i ulike aldersgrupper (6-8, 9-12 og 13-16 år); disse er ikke inkludert her, men presenteres i tabell 3. Gere (2013) er utelatt fordi de relevante middelveidene og standardavvikene allerede er rapportert i Gere (2012). Jozefiak et al. (2016) er utelatt ettersom studien benyttet samme utvalg og skåreverdiene som Jozefiak et al. (2012).

Oppsummering av syndrom- og DSM-orienterte skalaer

Av de 17 inkluderte studiene i denne oversikten rapporterte fem studier resultater for én eller flere av CBCL 6–18-syndromskalaene. Kun én studie rapporterte middelveidier og standardavvik for samtlige åtte syndromskalaer (Jozefiak et al., 2012). I normalpopulasjonsstudien til Jozefiak et al. (2012) var råskårene lave på tvers av domener ($M = 0,8-2,7$). Det ble observert noe høyere gjennomsnittsskårer for aggressiv

atferd ($M = 2,7$, $SD = 3,7$) og oppmerksomhetsproblemer ($M = 2,4$, $SD = 2,7$) enn for øvrige skalaer, mens variasjonen mellom skalaene ellers var liten.

Sammenligninger av råskårer mellom syndromskalaer må imidlertid tolkes med forsiktighet, da skalaene består av ulikt antall ledd. T-skårer gir et mer egnet grunnlag for sammenligning på tvers av skalaer.

Disse normdataene er presentert i Tabell 4 som gir en samlet oversikt over gjennomsnitt og standardavvik for alle CBCL-syndromskalaene, stratifisert etter kjønn og aldersgrupper.

Kun to av studiene i oversikten rapporterte resultater for spesifikke CBCL-syndromskalaer utover totalskårer og brede internaliserende/eksternaliserende dimensjoner. I den befolkningsbaserte studien til Hygen et al. (2014) ble det rapportert resultater for én syndromskala (aggressiv atferd), mens Hukkelberg et al. (2024) rapporterte resultater for fem syndromskalaer (aggressiv atferd, regelbrytende atferd, somatiske plager, tilbaketrukket/deprimert og engstelig/deprimert) i et klinisk utvalg.

Ingen av de kliniske studiene som inngår i denne oversikten rapporterte resultater for alle åtte CBCL-syndromskalaene. De kliniske utvalgene viste som forventet høyere symptomnivåer enn det som er rapportert i normalpopulasjonsstudier. De kliniske studiene viste også som forventet høyere symptomnivåer enn det som er rapportert i normalpopulasjonsstudier.

Direkte sammenligninger av råskårer på tvers av studier og skalaer er imidlertid metodisk utfordrende, ettersom skalaene består av ulikt antall ledd og utvalgene varierer med hensyn til alder og klinisk status. Sammenligninger mellom kliniske og ikke-kliniske utvalg bør derfor primært gjøres innenfor samme skala og helst baseres på standardiserte skårer (T-skårer). Denne litteraturen gir begrenset grunnlag for slike direkte sammenligninger, da dekningen av syndromskalaer varierer mellom studiene.

Den norske MATCH-studien (Hukkelberg et al., 2024) skilte seg fra de øvrige studiene ved å være en randomisert klinisk behandlingsstudie av barn og unge henvist til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), med atferdsproblemer som primær henvisningsårsak. Studien inkluderer barn og unge i alderen 6–14,5 år ($N = 121$) og sammenlikner en strukturert behandlingsmodell (MATCH) med ordinær behandling («treatment as usual»: TAU). MATCH-studien ga dermed de mest omfattende kliniske CBCL-dataene i denne oversikten, både ved å dekke flere syndromskalaer og ved å rapportere gjennomsnitt og standardavvik ved tre tidspunkter (T0, T1 og T2). Ved inntak (T0) lå råskårene klart over nivåene rapportert i normalpopulasjonsstudier for begge grupper, uten signifikante gruppeskiller. Begge grupper viste betydelige reduksjoner i symptomnivåer ved posttest (T1), og disse reduksjonene var i hovedsak stabile ved 12-måneders oppfølging (T2). Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i endringsmønster mellom MATCH- og TAU-gruppen. Gjennomsnitt og standardavvik for de fem CBCL-syndromskalaene ved T0, T1 og T2 for begge grupper er presentert i Tabell 3.

Tabell 3. Middelveier (M) og standardavvik (SD) for syndromskalaer i ulike undergrupper

Referanse	Tid	1 (M/SD)	2 (M/SD)	3 (M/SD)	4 (M/SD)	5 (M/SD)	6 (M/SD)	7 (M/SD)	8 (M/SD)
Generell populasjon									
Hygen et al. (2014)	T2	2,8 / 3,5	- / -	- / -	- / -	- / -	- / -	- / -	- / -
Klinisk populasjon									
Gere et al. (2013)	Tverr- snitt	- / -	- / -	- / -	3,9 / 3,0	- / -	- / -	- / -	- / -

Referanse	Tid	1	2	3	4	5	6	7	8	
		(M/SD)	(M/SD)	(M/SD)	(M/SD)	(M/SD)	(M/SD)	(M/SD)	(M/SD)	
Hukkelberg et al. (2024)	MATCH	T0	12,5 / 7,8	4,4 / 3,9	4,8 / 3,9	4,2 / 3,3	10,0 / 5,4	- / -	- / -	- / -
		T1	8,7 / 8,4	2,7 / 2,8	3,2 / 3,2	2,8 / 3,5	5,8 / 6,0	- / -	- / -	- / -
		T2	7,5 / 7,3	2,5 / 2,6	2,8 / 2,8	3,0 / 3,0	6,4 / 6,0	- / -	- / -	- / -
	TAU	T0	12,5 / 8,4	3,7 / 3,3	5,4 / 3,9	4,1 / 3,0	10,0 / 5,6	- / -	- / -	- / -
		T1	8,5 / 8,2	2,7 / 2,4	3,5 / 3,3	3,0 / 3,0	5,7 / 5,7	- / -	- / -	- / -
		T2	7,3 / 7,4	2,8 / 2,8	2,9 / 3,0	3,2 / 3,3	6,1 / 5,4	- / -	- / -	- / -

Note. 1 = Engstelig/Deprimert, 2 = Tilbaketrukket/Deprimert, 3 = Somatiske plager, 4 = Sosiale problemer, 5 = Tankeproblemer, 6 = Oppmerksomhetsproblemer, 7 = Regelbrytende atferd, 8 = Aggressiv atferd

For de **DSM-orienterte skalaene** foreligger norske resultater for affektive problemer, angstproblemer, somatiske plager, ADHD/hyperaktivitetsproblemer, opposisjonelle atferdsproblemer og atferdsforstyrrelser. Ingen norske studier har rapportert tall for autismespekterrelaterte eller tankerelaterte problemer i DSM-formatet. I kliniske grupper viser Villabø et al. (2013) tydelig forhøyede T-skårer på tvers av domener: angstproblemer ($T = 73,4$, $SD = 8,9$), affektive problemer ($T = 66,1$, $SD = 7,3$), somatiske plager ($T = 63,7$, $SD = 9,3$) og ADHD/hyperaktivitetsproblemer ($T = 58,6$, $SD = 8,7$). Gere et al. (2012) rapporterte på råskårenivå (angstproblemer $M \approx 6$, $SD \approx 3$; ADHD/hyperaktivitetsproblemer $M \approx 5$, $SD \approx 4$).

Direkte sammenligning mellom studiene er imidlertid begrenset, ettersom resultatene er rapportert på ulike skalanivåer (T-skårer vs. råskårer). Sammenligninger på tvers av studier bør derfor tolkes med forsiktighet og ideelt baseres på standardiserte skårer.]

Normer – referansedata

De mest fullstendige norske dataene for CBCL 6–18 stammer fra Jozefiak et al. (2012), som rapporterte gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD) for totalpopulasjonen samt for jenter og gutter i tre aldersgrupper (6–8, 9–12 og 13–16 år; Tabell 4). Utvalget ble trukket fra den generelle befolkningen og sikret representativitet med hensyn til kjønn, alder og geografisk fordeling. Studien inkluderte både urbane og rurale områder for å speile mangfoldet i den norske befolkningen. Totalt 2582 barn (1302 jenter og 1280 gutter, alder 6–16 år) ble inkludert etter at et bredt utvalg av 4082 barn ble rekruttert fra 68 skoler i Sør-Trøndelag. Utvalget var stratifisert etter klassetrinn (2., 4., 6., 8. og 10. klasse) og bosted (urban eller rural). Barn med lav norskkompetanse og de med alvorlige utviklingshemninger ble ekskludert. Data ble samlet inn fra foreldrene (2446 mødre og 136 fedre/andre omsorgspersoner) som fylte ut CBCL-skjemaet.

Resultatene viste gjennomgående lave råskårer på problemskalaene og høyere kompetanseskårer for jenter enn gutter. Gutter ble vurdert til å ha mer eksternaliserende atferd (regelbrytende og aggressiv atferd), mens jenter ble vurdert som mer kompetente sosialt og skolefaglig. Barn fra familier med lavere utdanning hadde noe høyere nivå av atferdsproblemer enn barn fra familier med høyere utdanning. Tilsvarende ble det funnet noe høyere nivå av atferdsproblemer blant barn fra rurale områder sammenlignet med barn fra urbane strøk. Det ble også funnet aldersforskjeller, der yngre barn (6–12 år) viste noe høyere nivå av internaliserende symptomer enn ungdommer (13–16 år).

Ifølge EFPA (2013) skal et testnormgrunnlag baseres på et systematisk normeringsutvalg som speiler målpopulasjonen med hensyn til demografi, geografi og kultur, og datainnsamlingen må dokumenteres som en egen normeringsprosess. I tillegg stilles krav til utvalgsstørrelse (minst 300 ved klinisk relevans) og

aktualitet; normer eldre enn 20 år anses lite representative. Jozefiak et al. (2012) tilfredsstillt mange av disse kriteriene – særlig når det gjelder representativitet og utvalgsstørrelse – men datagrunnlaget ble ikke utviklet som en formell normeringsprosess og er nå over ti år gammelt. Materialet kan derfor forstås som referanseverdier snarere enn et offisielt normgrunnlag. Samtidig utgjør det per i dag den mest omfattende og metodisk solide kilden til norske sammenligningsdata for CBCL 6–18 inntil nyere og mer formelt normerte data blir tilgjengelige.

Tabell 4 viser middelerverdier (*M*) og standardavvik (*SD*) for CBCL 6–18-kompetanseskalaer og problemskalaer i det representative norske utvalget fra Jozefiak et al. (2012). Resultatene viser generelt lave råskårer på problemskalaene (total problemskåre *M* = 14,2, *SD* = 14,1) og høyere kompetanseskårer hos jenter enn gutter i alle aldersgrupper. Gutter ble vurdert til å ha høyere nivåer av eksternaliserende vansker, særlig aggressiv atferd (*M* = 3,6 vs. 2,4) og regelbrytende atferd (*M* = 1,5 vs. 0,8), mens internaliserende vansker (for eksempel angst og depresjon) var relativt jevnt fordelt mellom kjønn, men noe høyere hos yngre barn (6–12 år) enn hos ungdom (13–16 år).

Barn fra rurale områder ble vurdert å ha høyere problemnivå enn barn fra urbane områder, og foreldrenes utdanningsnivå var assosiert med både kompetanse og problemnivå. Barn fra familier med høyere utdanning ble vurdert som mer kompetente og hadde lavere skårenivåer (Jozefiak et al., 2012). Samlet indikerer disse normdataene stabile, lave problemskåre og mønstre som er i tråd med internasjonale normalutvalg, og med forventede kjønns- og aldersforskjeller.

Tabell 4. Normer/referansedata: Middelerverdier (*M*) og standardavvik (*SD*) for ulike aldersgrupper, basert på Jozefiak et al. 2012

Alder (år)	Total			Jenter		Gutter		
	6-16	6-8	9-12	13-16	6-8	9-12	13-16	
N (antall deltakere)	2460-2538	395-405	433-444	416-434	381-392	428-445	406-424	
CBCL skala	(M /SD)	(M /SD)	(M /SD)	(M /SD)	(M /SD)	(M /SD)	(M /SD)	
Aktiviteter	9,2 / 2,7	9,4 / 2,6	9,9 / 2,4	8,8 / 2,8	9,0 / 2,7	9,4 / 2,5	8,9 / 2,8	
Sosial	8,8 / 1,9	8,7 / 1,7	9,2 / 1,8	8,7 / 2,1	8,5 / 1,8	8,9 / 1,9	8,9 / 2,0	
Skole	4,8 / 0,9	5,0 / 0,6	4,9 / 0,9	5,0 / 1,0	4,9 / 0,7	4,5 / 1,0	4,7 / 1,1	
Total kompetanse	22,9/4,1	23,1/3,5	24,0/3,7	22,5/4,5	22,4/3,9	22,9/4,0	22,6/4,6	
	α							
Engstelig/ Deprimert	0,77	1,9 / 2,5	2,1 / 2,6	2,1 / 2,3	1,9 / 2,6	2,0 / 2,5	2,0 / 2,7	1,5 / 2,3
Tilbaketrukket/ Deprimert	0,67	1,0 / 1,5	0,7 / 1,2	0,9 / 1,2	1,2 / 1,7	0,8 / 1,4	1,0 / 1,7	1,2 / 1,8
Somatiske plager	0,60	1,3 / 1,7	1,4 / 1,7	1,5 / 1,7	1,4 / 1,9	1,1 / 1,6	1,3 / 1,6	1,1 / 1,5
Sosiale problemer	0,73	1,3 / 2,0	1,4 / 1,7	1,3 / 1,8	0,9 / 1,9	1,5 / 1,9	1,7 / 2,4	1,0 / 1,8
Tankeproblemer	0,47	0,8 / 1,3	0,9 / 1,3	0,8 / 1,2	0,5 / 0,9	1,1 / 1,3	1,1 / 1,6	0,6 / 1,1

		Total		Jenter		Gutter		
Oppmerksomhetsproblemer	0,79	2,4 / 2,7	2,0 / 2,2	2,1 / 2,5	1,9 / 2,6	2,8 / 2,8	3,1 / 3,2	2,6 / 2,9
Regelbrytende atferd	0,70	1,1 / 1,8	0,6 / 1,1	0,8 / 1,2	1,0 / 2,2	1,2 / 1,7	1,5 / 1,9	1,3 / 1,9
Aggressiv atferd	0,87	2,7 / 3,7	2,5 / 3,0	2,4 / 3,2	2,2 / 3,2	3,3 / 4,1	3,6 / 3,2	2,3 / 3,6
Internaliserende	0,84	4,2 / 4,7	4,3 / 4,5	4,5 / 4,3	4,5 / 5,2	4,0 / 4,3	4,3 / 4,9	3,8 / 4,7
Eksternaliserende	0,89	3,8 / 5,1	3,1 / 3,7	3,2 / 4,2	3,2 / 5,0	4,5 / 5,6	5,0 / 6,3	3,6 / 5,2
Total problemskala	0,93	14,2/14,1	13,4/11,8	13,3/12,3	12,2/14,4	16,1/14,4	17,2/16,6	12,9/14,1

Kompetanseskårer

Jozefiak et al. (2012) rapporterer en gjennomsnittlig totalskåre for kompetanse på $M = 22,9$ ($SD = 4,1$). For delskalaene ble følgende gjennomsnitt og standardavvik rapportert: skoleprestasjoner ($M = 4,8$, $SD = 0,9$), sosial kompetanse ($M = 8,8$, $SD = 1,9$) og aktiviteter ($M = 9,2$, $SD = 2,7$).

Reliabilitet

Tabell 5 oppsummerer rapporterte estimater for indre konsistens (Cronbach's α) i norske studier som har benyttet CBCL 6–18. På tvers av både normalpopulasjoner og kliniske utvalg viste skalaene generelt god til utmerket reliabilitet. For de tre hovedskalaene rapporterte Jozefiak et al. (2012) $\alpha = 0,93$ for totalproblemer, 0,84 for internaliserende og 0,89 for eksternaliserende problemer, som indikerer utmerket intern konsistens.

De fleste syndromskalaene viste α mellom 0,67 og 0,87, som er innenfor akseptable grenser for forskning og klinisk bruk. Lavest verdier forekommer for tankeproblemer ($\alpha = 0,47$) og somatiske plager ($\alpha = 0,60$). For tankeproblemer kan dette reflektere begrenset variasjon i normalutvalg, samt at leddene dekker et heterogent symptomområde, noe som gir lave korrelasjoner mellom ledd.

For somatiske plager kan konstruktet i større grad forstås som formativt, der ulike symptomer summeres til en samlet belastning. I slike tilfeller er ikke høy intern konsistens nødvendigvis forventet, og Cronbachs alfa er derfor et mindre egnet mål.

I normalpopulasjonsdata fra Tidlig trygg i Trondheim (Hygen, 2017; Skalická, 2015a; Skalická, 2015b) lå reliabiliteten for de internaliserende og eksternaliserende problemskalaene mellom 0,82 og 0,88, mens kliniske utvalg (Thøgersen, 2020) viste tilsvarende eller noe lavere verdier (0,78–0,86). Hukkelberg et al. (2024) rapporterte høy intern konsistens for de brede skårene, med Cronbachs α -verdier på 0,88, 0,92 og 0,89 for internaliserende vansker ved henholdsvis inntak, post og oppfølging, og tilsvarende svært høye verdier for eksternaliserende vansker (0,93, 0,95 og 0,94). Subskalaene viste gjennomgående akseptable til svært høye reliabilitetsestimat, med α -verdier som varierte fra om lag 0,70–0,74 til 0,91–0,94 på tvers av måletidspunktene. Alfa-estimater for internaliserende og eksternaliserende problemskalaer må imidlertid tolkes med forsiktighet, ettersom de er sammensatt av flere delskalaer og dermed ikke nødvendigvis oppfyller forutsetningen om unidimensjonalitet.

Tabell 5. Reliabilitet – intern konsistens (Cronbachs alfa)

Referanse	Populasjon	N	Tot	Int	Ext	Syndromskalaer								
						1	2	3	4	5	6	7	8	
Hygen et al. (2014)	Normalpopulasjon Tidlig Trygg i Trondheim. Data fra T2 (6 år)	652	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,84
Hygen et al. (2017)	Normalpopulasjon Tidlig Trygg i Trondheim. Data fra T2 (6 år)	121	-	0,82	0,86	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Hukkelberg et al. (2024)	Klinisk populasjon henvist til BUP	258 2	-	0,88 0,92	0,93 0,95	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jozefiak et al. (2012)	Normalpopulasjon	819	-	0,93	0,84	0,89	0,77	0,67	0,60	0,73	0,47	0,79	0,70	-
Skalická et al. (2015a)	Normalpopulasjon Tidlig Trygg (6 år)	699	-	-	0,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Skalická et al. (2015b)	Normalpopulasjon Tidlig Trygg (8-9 år)	158	-	-	0,83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thøgersen et al. (2020)	Klinisk, Funksjonell familieterapi	652	-	-	-	0,86	-	0,57	<0,87	<0,87	-	-	-	-

Note: Tot = Total problem skala, Int = Internaliserende vansker skala, Ext = Eksternaliserende vansker skala. BUP = Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Syndromskalaer: 1 = Engstelig/Deprimert, 2 = Tilbaketrukket/Deprimert, 3 = Somatiske plager, 4 = Sosiale problemer, 5 = Tankeproblemer, 6 = Oppmerksomhetsproblemer, 7 = Regelbrytende atferd, 8 = Aggressiv atferd Cronbachs alpha: mellom 0,70–0,94.

Indre konsistens (α) for de seks DSM-orienterte skalaene i CBCL 6–18 er undersøkt i to norske kliniske studier: Gere et al. (2012) og Villabø et al. (2013). Begge inkluderte barn henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, men med ulik problemprofil. Gere et al. (2012) undersøkte et bredt utvalg barn med angst- og oppmerksomhetsvansker ($N = 190$), mens Villabø et al. (2013) fokuserte på barn med diagnostisert angstlidelse ($N = 111$).

Resultatene viser variasjon i reliabilitet mellom de ulike DSM-domene. Gere et al. (2012) rapporterte moderat til lav indre konsistens (α mellom 0,53 og 0,67) på tvers av foreldrerapporter, noe som kan gjenspeile heterogenitet i symptombilder eller små skalaer med få ledd. Villabø et al. (2013) fant generelt høyere verdier med $\alpha = 0,54$ for affektive problemer, 0,68 for angstproblemer, 0,62 for somatiske plager og høye verdier for eksterne domener: ADHD/hyperaktivitetsproblemer ($\alpha = 0,84$), opposisjonelle atferdsproblemer ($\alpha = 0,85$) og atferdsforstyrrelser ($\alpha = 0,86$).

Forskjeller i alfa-verdier mellom studiene og på tvers av domener bør imidlertid tolkes i lys av utvalgenes sammensetning. I utvalg selektert for angstproblematikk kan variansen i angstrelaterte symptomer være redusert, noe som kan gi lavere korrelasjoner mellom ledd og dermed lavere alfa-verdier, til tross for at skalaen måler det sentrale fenomenet. Derimot kan større variasjon i eksternaliserende symptomer innen slike utvalg bidra til høyere alfa-estimer for disse domenene. De observerte forskjellene i reliabilitet reflekterer derfor trolig i betydelig grad utvalgsspesifikke forhold, og ikke nødvendigvis skalaenes iboende psykometriske egenskaper.

Validitet

Validiteten til den norske versjonen av CBCL 6–18 ble undersøkt i et begrenset antall studier, hovedsakelig innenfor kliniske og befolkningsbaserte utvalg. Tilgjengelige data belyste begrepsvaliditet, både i form av konvergerende og diskriminant validitet, samt gruppeforskjeller og sensitivitet for endring.

Konvergerende validitet

Flere norske studier har undersøkt sammenhenger mellom CBCL-skårer og andre mål på relaterte psykologiske begrep. I normalpopulasjoner ble det funnet små til moderate korrelasjoner mellom CBCLs internaliserende og eksternaliserende problemer og familiefungering målt med McMaster Family Assessment Device, i forventet retning (Jozefiak and Wallander, 2016). Videre har longitudinelle studier vist at aggressiv atferd målt ved CBCL korrelerer med lærer-rapportert aggressivitet og lavere sosial kompetanse (Hygen et al., 2014; Skalická et al., 2015a, 2015b).

I en klinisk studie fant Gere et al. (2013) lave eller ikke-signifikante korrelasjoner mellom CBCL-skalaen Tilbaketrukket/deprimert og selvrapportert depresjon målt med Mood and Feelings Questionnaire. Slike funn er vanskelige å tolke entydig som uttrykk for konvergent validitet ettersom instrumentene måler delvis ulike konstrukt, samt fordi foreldre- og selvrapport representerer ulike informantperspektiver. Lave korrelasjoner kan derfor reflektere begrenset konstruktoverlapp og forskjeller i tilgang til informasjon, snarere enn svakheter ved CBCL.

Diskriminant validitet

Diskriminant validitet ble i begrenset grad undersøkt i de norske studiene. Enkelte funn tyder imidlertid på at CBCL skiller mellom ulike psykologiske domener. I en klinisk studie av Thøgersen et al. (2020) viste foreldrevurderte skårer på Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU) sterke positive sammenhenger med eksternaliserende skalaer som Aggressiv atferd, samtidig som korrelasjonene med internaliserende skalaer var lave eller negative. Dette kan indikere at CBCL differensierer mellom emosjonelle og atferdsmessige vansker. I tillegg viser kliniske studier at ulike diagnosegrupper viser distinkte skåringsprofiler (for eksempel høye internaliserende skårer i angstutvalg og høyere eksternaliserende skårer ved atferdsproblematikk), noe som ytterligere støtter diskriminant validitet (Gere et al., 2012; Villabø et al., 2013; Orm et al., 2023).

Gruppeforskjeller og sensitivitet for endring

CBCL 6–18 viser evne til å skille mellom kliniske og ikke-kliniske grupper, samt til å fange endringer i symptombelastning over tid. I flere studier skårer kliniske utvalg gjennomgående høyere enn normalpopulasjoner på total-, internaliserende og eksternaliserende skalaer (f.eks. Jozefiak et al., 2012; Solem et al., 2011; Orm et al., 2023), noe som støtter instrumentets begrepsvaliditet. I Solberg et al. (2015) ble Total Problems-skåren brukt til å beregne en Clinical Significant Individual Change Index (ICI) hos ungdom behandlet ved BUP. ICI-metoden, som bygger på Edwards–Nunnally-proseduren (Jacobson & Truax, 1991), vurderer om endringer overstiger det som kan tilskrives målefeil og normal variasjon. Resultatene viste at CBCL var i stand til å skille mellom fire klinisk meningsfulle grupper («frisk», «forbedret», «uforandret» og «forverret») basert på både statistisk og klinisk signifikante endringer. Dette indikerer god sensitivitet for endring og klinisk validitet, i tråd med prinsippene beskrevet av Jacobson og Truax (1991). Videre rapporterte Hukkelberg et al. (2024) moderate til store endringer over tid i både syndrom-, internaliserende og eksternaliserende problemskalaer i et klinisk utvalg, noe som kan tyde på at CBCL er sensitiv for klinisk endring i en norsk poliklinisk kontekst.

Diskusjon og konklusjon

Den norske versjonen av CBCL 6–18 er identifisert brukt i 17 publiserte studier. Samlet viser disse et stabilt, men ujevnt datagrunnlag, der hovedskalaene (total, internaliserende og eksternaliserende) er godt dokumentert, mens syndrom- og DSM-orienterte skalaer bare delvis er undersøkt. Et gjennomgående mønster er at kliniske studier primært rapporterer på internaliserende symptomer og atferdsproblemer, mens

mer kognitive og sosiale syndromdomener (tankeproblemer, oppmerksomhetsproblemer og sosiale problemer) i liten grad er systematisk undersøkt. Flesteparten av studiene bygger på normalpopulasjoner, særlig fra prosjektet Tidlig trygg i Trondheim, mens det kliniske grunnlaget i hovedsak stammer fra BUP-baserte studier med moderate utvalgsstørrelser (100–200 deltakere). Dette mønsteret tilsvarer det man ser i andre nordiske land, der mye av valideringsarbeidet har vært forankret i store longitudinelle befolkningsstudier og færre kliniske replikasjoner.

Reliabilitet og sammenligning med internasjonale studier

De norske resultatene viser høy intern konsistens for total-, internaliserende og eksternaliserende skalaer, med Cronbach's alfa-verdier vanligvis over 0,80. Dette samsvarer med internasjonale metaanalyser (f.eks. Achenbach & Rescorla, 2001; Ivanova et al., 2007), som rapporterer typiske α -verdier mellom 0,80 og 0,94 på disse nivåene. Det er imidlertid viktig å merke seg at Cronbachs alfa forutsetter unidimensjonalitet. Tolkningen av høye alfa-verdier for brede skalaer som total-, internaliserende og eksternaliserende skårer er derfor metodisk utfordrende. Disse skalaene er sammensatt av flere teoretisk distinkte dimensjoner, og høye alfa-verdier kan reflektere skalaenes lengde snarere enn en felles, underliggende faktor.

For syndromskalaene varierer reliabiliteten fra god til utmerket (ca. 0,60–0,87), der skalaer som tankeproblemer og somatiske plager viser lavere verdier. Dette samsvarer med tidligere internasjonale studier (Achenbach & Rescorla, 2001; Ivanova et al., 2007; Rescorla et al., 2011), som viser at lavere intern konsistens på enkelte mer heterogene skalaer kan reflektere skalaenes innholdsmessige bredde og formative natur, snarere enn svak reliabilitet. For tankeproblemer kan lave alfa-verdier særlig knyttes til lav forekomst av slike symptomer i normalutvalg (restricted range), samt at skalaen dekker et bredt spekter av fenomener, noe som gir lave inter-item-korrelasjoner til tross for relativt mange ledd.

For enkelte skalaer, som regelbrytende atferd og somatiske plager, kan begrepet i tillegg forstås som som bestanddeler av konstruktet snarere enn som uttrykk for én felles underliggende faktor. Lav inter-item-korrelasjon indikerer derfor ikke nødvendigvis lav reliabilitet, men kan gjenspeile konstruktets sammensatte natur.

For de DSM-orienterte skalaene rapporterer norske studier (Gere et al., 2012; Villabø et al., 2013) resultater som ligger i samme område som internasjonale referanseverdier. Emosjonelle skalaer (affektive og angstproblemer) har alfanivåer rundt 0,60–0,70, mens atferdsskalaer (ADHD, opposisjonell og atferdsforstyrrelser) har høyere verdier, ofte $> 0,80$. Forskjeller i intern konsistens mellom emosjonelle og atferdsskalaer bør imidlertid tolkes forsiktig. Emosjonelle symptomer kan være mer heterogene og kontekstavhengige og uttrykke seg ulikt mellom individer, noe som kan gi lavere inter-item-korrelasjoner. I tillegg kan forskjeller i hvor lett symptomene kan observeres av informanten, samt hvem som rapporterer symptomene, bidra til variasjon i alfa-verdier.

Validitet og teoretisk forankring

Validiteten til CBCL 6–18 er belyst i et begrenset, men relevant utvalg av norske studier. Det foreligger konvergerende validitet gjennom korrelasjoner med lærer- og foreldrerapporter, samt eksterne mål på familiefungering og sosial kompetanse. Hygen (2014) rapporterte for eksempel at foreldrerapportert aggressiv atferd korrelerte moderat positivt med lærerobservasjoner og tidligere målinger, noe som støtter stabilitet og tverrinformant-samsvar. Jozefiak og Wallander (2016) fant som forventet negative sammenhenger mellom CBCLs problemskalaer og mål på positiv familiefungering, noe som understøtter begrepsvaliditeten. Thøgersen et al. (2020) viste at CBCLs aggresjons- og regelbryterskalaer korrelerte sterkt med ICU-skårer ($r \approx 0,45$ – $0,50$), og samtidig viste lav eller negativ korrelasjon med emosjonelle skalaer – et mønster som styrker både konvergerende og divergerende validitet.

Når det gjelder forventede gruppeforskjeller og sensitivitet for endring, dokumenterer Solberg (2015) at CBCL total problemskala er sensitiv for meningsfull endring i klinisk populasjon, i tråd med internasjonale funn som viser at CBCL-mål fanger klinisk relevante endringer over tid (McClendon et al., 2011), og at slike endringer

ofte samsvarer med forbedring i livskvalitet (Bastiaansen et al., 2005). Dette indikerer at CBCL kan brukes ikke bare til screening, men også til monitorering av behandlingsutfall.

Norske data peker dessuten på forventede gruppeforskjeller: barn av foreldre med lavere utdanning skårer høyere på problemskalaene (Jozefiak et al, 2012), og gutter viser mer eksternaliserende atferd, mens jenter oftere skårer høyere på internaliserende vansker. Dette samsvarer med internasjonal epidemiologisk forskning og underbygger testens kulturelle overførbarhet.

Normgrunnlag og representativitet

Jozefiak et al. (2012) representerer den mest omfattende norske referansedatabasen for CBCL 6–18, med over 2500 foreldrerapporter fra et stratifisert utvalg barn i alderen 6–16 år. Utvalget har høy representativitet med hensyn til alder, kjønn og bosted, men datainnsamlingen ble gjennomført tidlig på 2000-tallet. I henhold til EFPA-retningslinjene bør normgrunnlaget for tester som brukes i diagnostisk og klinisk kontekst være oppdatert og systematisk dokumentert. Jozefiak-studien oppfyller mange av disse kriteriene, men kan nå regnes som et referansegrunnlag snarere enn en formell normering. Dette samsvarer med erfaringer fra flere europeiske land, hvor ASEBA-verktøyene er mye brukt i klinikk og forskning, men der normgrunnlaget ofte bygger på små eller regionale utvalg snarere enn landsrepresentative normeringsstudier (Rescorla et al., 2007; 2011; Ivanova et al., 2007; Kornør & Jozefiak, 2012).

Styrker og svakheter ved litteraturgjennomgangen

Det systematiske litteratursøket ble avsluttet ved utgangen av 2023. I desember 2025 ble det gjennomført et supplerende, pragmatisk litteratursøk i Google Scholar som identifiserte to ytterligere relevante studier. Litteraturgjennomgangen gir dermed en samlet og oppdatert oversikt over tilgjengelig forskning, selv om det ikke kan utelukkes at enkelte relevante studier kan ha blitt oversett.

De inkluderte studiene hadde utvalg på over 100 deltakere, med to unntak – Solberg et al. (2015; $N = 90$) og Steinsbekk (2012; $N = 99$). Disse som ble tatt med på grunn av høy metodisk kvalitet og særlig relevans for norske forhold. Det finnes flere kliniske norske studier med mindre utvalg ($N < 100$) som har benyttet CBCL 6–18, men disse gir et begrenset grunnlag for å trekke generaliserbare konklusjoner om instrumentets psykometriske egenskaper. En bevisst avgrensning var å inkludere kun studier som brukte fullversjonen av CBCL 6–18. Studier basert på enkelt-subskalaer eller item-utvalg (som MoBa-batteriet) ble utelatt fordi seleksjon av ledd kan forskyve innholdsvaliditet, senke/endre reliabilitet, samt bryte med etablerte normer og terskelverdier (cut-offs), og dermed svekke sammenlignbarhet på tvers av norske og internasjonale studier.

Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av den norske dokumentasjonen anbefales CBCL 6–18 brukt som et strukturert, multi-informant screeningsverktøy som supplerer – ikke erstatter – klinisk vurdering. I BUP, PPT, skolehelse og primærhelsetjenesten kan CBCL bidra til tidlig identifisering av risikoområder, prioritering av videre utredning og monitorering av endring over tid. T-skårer tolkes mot alder- og kjønnsjusterte normer (klinisk område ofte $T \geq 64$ for brede skalaer), men resultater må alltid ses i lys av utviklingshistorie, kontekst og andre informanter (TRF/YSR) og metoder (intervju/observasjon). For å sikre sammenlignbarhet og valide hovedskårer bør fullversjonen benyttes; bruk av enkelt-subskalaer eller utvalgte ledd kan endre måleegenskaper og gi misvisende beslutningsstøtte. I praksis anbefales standardiserte rutiner for administrasjon, skåring og tilbakemelding til familier, inkludert plan for oppfølging når skårer ligger i grense-/klinisk område. Ved elektronisk bruk må personvern og datasikkerhet ivaretas (samtykke, GDPR, godkjente løsninger). Gitt mangel på formelle norske normer bør klinikere være bevisste på at T-skårer baseres på internasjonale normdata og støtte tolkningen med lokal referanseinformasjon der det finnes. Samlet kan CBCL øke presisjon i kartlegging, strukturere kommunikasjon på tvers av tjenester og gi målbare indikatorer for behandlingsforløp.

Samlet vurdering og videre behov

Samlet sett gir de norske studiene et konsistent bilde av høy reliabilitet og tilfredsstillende validitet for

hovedskalaene. Resultatene er i stor grad sammenlignbare med internasjonale funn, og forskjeller mellom kliniske og ikke-kliniske utvalg følger forventede nivåforskjeller. Samtidig fremstår dokumentasjonen som fragmentert: flere syndrom- og DSM-skalaer mangler norske data, og det foreligger begrenset informasjon om test–retest-reliabilitet, interrater-samsvar og faktorstruktur.

Manglende undersøkelser av faktorstruktur er særlig relevant fordi flere av syndromskalaene fremstår som innholdsmessig heterogene. I noen tilfeller kan skalaene reflektere sammensatte, og potensielt formative, konstrukt. For slike skalaer er det ikke gitt at tradisjonelle mål på intern konsistens og reflektive målemodeller gir en adekvat beskrivelse av de underliggende dimensjonene (Diamantopoulos & Winklhofer, 2001).

Fremtidige studier bør derfor fokusere på:

- Formell normering etter EFPA-standard, med landsrepresentativt og oppdatert utvalg.
- Systematisk rapportering av T-skårer og råskårer, med grenseverdier for klinisk område.
- Måleinvarians-analyser på tvers av alder, kjønn og diagnosekategori.
- Utvidelse av forskningen til mindre belyste DSM-skalaer (autismespekter, tankeproblemer og regelbrytende atferd).
- Test-retest og interrater-studier som kan styrke forståelsen av stabilitet og informantforskjeller.
- Faktorstruktur

Til tross for disse begrensningene vurderes CBCL 6–18 som et psykometrisk solid og klinisk nyttig instrument for kartlegging av emosjonelle og atferdsmessige vansker i norsk kontekst. I tråd med internasjonale anbefalinger bør instrumentet brukes multi-informant (CBCL, TRF og YSR) og alltid tolkes i sammenheng med klinisk vurdering og øvrig informasjon.

Interessekonflikter

Forfatterne erklærer herved at de ikke har noen interessekonflikter

Referanser

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behaviour check-list/4-18 and 1991 profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (2015). Multicultural evidence-based assessment using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) for ages ½-90+. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 9(2), 13–23.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 32(3), 328–340. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3203_02
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2007). Multicultural supplement to the manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age: Forms & Profiles: an Integrated System of Multi-informant Assessment: Child Behavior Checklist for Ages 6-18, Teacher's Report For, Youth Self-report*. Aseba.
- Achenbach, T. M., & Ruffle, T. M. (2000). The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatrics in Review*, 21(8), 265–271. <https://doi.org/10.1542/pir.21-8-265>
- Bastiaansen, D., Koot, H. M., & Ferdinand, R. F. (2005). Psychopathology in children: improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(7), 364–370. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0481-8>
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393–402. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Coldevin, M., Brænden, A., Zeiner, P., Øyen, A.-S., Melinder, A., & Stubberud, J. (2024). Disruptive mood dysregulation disorder in a Norwegian clinical child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 29(2), 393–406. <https://doi.org/10.1177/13591045231176928>
- Diamantopoulos, A., & Winklhofer, H. M. (2001). Index construction with formative indicators: An alternative to scale development. *Journal of Marketing Research*, 38(2), 269–277. <https://doi.org/10.1509/jmkr.38.2.269.18845>
- European Federation of Psychologists' Association (EFPA). (2013). EFPA Review model for the description and evaluation of psychological tests: Test review form and notes for reviewers, v 4.2.6: EFPA.
- Gere, M. K., Hagen, K. A., Villabø, M. A., Arnberg, K., Neumer, S.-P., & Torgersen, S. (2013). Fathers' mental health as a protective factor in the relationship between maternal and child depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 30(1), 31–38. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/da.22010>
- Gere, M. K., Villabø, M. A., Torgersen, S., & Kendall, P. C. (2012). Overprotective parenting and child anxiety: The role of co-occurring child behavior problems. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(6), 642–649. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.04.003>
- Hukkelberg, S. S., Torsheim, T., Nordahl, K. B., Bringedal, G. E., Rajah, S., Hagen, K. A., Kjøbli, J., Rognstad, K., Ugueto, A. M., Bearman, S. K., & Weisz, J. (2024). The modular approach to therapy for youths with anxiety, depression, trauma, and conduct problems (MATCH): results from the Norwegian randomized-controlled trial. *BMC Psychology*, 12(1), 569. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02082-0>
- Hygen, B. W., Belsky, J., Li, Z., Stenseng, F., Güzey, I. C., & Wichstrøm, L. (2017). Change in parenting, change in student-teacher relationships, and oxytocin receptor gene (OXTR): Testing a gene-x-environment (G×E) hypothesis in two samples. *Developmental Psychology*, 53(7), 1300–1315. <https://doi.org/10.1037/dev0000333>
- Hygen, B. W., Guzey, I. C., Belsky, J., Berg-Nielsen, T. S., & Wichstrøm, L. (2014). Catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype moderates the effect of disorganized attachment on social development in young children. *Development and Psychopathology*, 26(4pt1), 947–961. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000492>
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Dumenci, L., Rescorla, L. A., Almqvist, F., Weintraub, S., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W. J., & Dobrea, A. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 405–417. <https://doi.org/10.1080/15374410701444363>
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>

- Jozefiak, T., Larsson, B., Wichstrøm, L., & Rimehaug, T. (2012). Competence and emotional/behavioural problems in 7–16-year-old Norwegian school children as reported by parents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 311–319. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.638934>
- Jozefiak, T., & Wallander, J. L. (2016). Perceived family functioning, adolescent psychopathology and quality of life in the general population: a 6-month follow-up study. *Quality of Life Research*, 25(4), 959–967. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1138-9>
- Leve, L. D., Chamberlain, P., & Reid, J. B. (2005). Intervention outcomes for girls referred from juvenile justice: effects on delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(6), 1181–1185. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.6.1181>
- Magnus, P., Birke, C., Vejrup, K., Haugan, A., Alsaker, E., Daltveit, A. K., Handal, M., Haugen, M., Høiseth, G., Knudsen, G. P., Paltiel, L., Schreuder, P., Tambs, K., Vold, L., & Stoltenberg, C. (2016). Cohort Profile Update: The Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *International Journal of Epidemiology*, 45(2), 382–388. <https://doi.org/10.1093/ije/dyw029>
- McClendon, D. T., Warren, J. S., M. Green, K., Burlingame, G. M., Eggett, D. L., & McClendon, R. J. (2011). Sensitivity to change of youth treatment outcome measures: a comparison of the CBCL, BASC-2, and Y-OQ. *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 111–125. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.20746>
- Nøvik, T. S. (2000). Child behavior checklist item scores in Norwegian children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(1), 54–60. <https://doi.org/10.1007/s007870050116>
- Orm, S., Andersen, P. N., Teicher, M. H., Fossum, I. N., Øie, M. G., & Skogli, E. W. (2023). Childhood executive functions and ADHD symptoms predict psychopathology symptoms in emerging adults with and without ADHD: a 10-year longitudinal study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(2), 261–271. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00957-7>
- Pandolfi, V., Magyar, C. I., & Dill, C. A. (2012). An Initial Psychometric Evaluation of the CBCL 6-18 in a Sample of Youth with Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(1), 96–108. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2011.03.009>
- RBUP Øst og Sør. (2025). *Innføring i ASEBA-verktøyet*. Retrieved 05.11.2025 from <https://www.rbup.no/kurs/458630>
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W., Dobrea, A., & Döpfner, M. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(3), 130–142. <https://doi.org/10.1177/10634266070150030101>
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Harder, V. S., Otten, L., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Capron, C., De Pauw, S. S., & Dias, P. (2011). International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents' reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 456–467. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.563472>
- Skalická, V., Belsky, J., Stenseng, F., & Wichstrøm, L. (2015). Reciprocal Relations Between Student–Teacher Relationship and Children's Behavioral Problems: Moderation by Child-Care Group Size. *Child Development*, 86(5), 1557–1570. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cdev.12400>
- Skalická, V., Stenseng, F., & Wichstrøm, L. (2015). Reciprocal relations between student–teacher conflict, children's social skills and externalizing behavior: A three-wave longitudinal study from preschool to third grade. *International Journal of Behavioral Development*, 39(5), 413–425. <https://doi.org/10.1177/0165025415584187>
- Solberg, C., Larsson, B., & Jozefiak, T. (2015). Consumer satisfaction with the Child and Adolescent Mental Health Service and its association with treatment outcome: A 3–4-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(3), 224–232. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.971869>
- Solem, M.-B., Christophersen, K.-A., & Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. *Infant and Child Development*, 20(2), 162–180. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/icd.681>
- Steinsbekk, S. (2012). Reduksjon i emosjonelle vansker og atferdsvansker—en positiv bivirkning ved behandling av fedme hos barn? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(7). <https://www.psykologtidsskriftet.no/asset/article/2012/07/Reduksjon-i-emosjonelle-vansker-og-atferdsvansker-en-positiv-bivirkning-ved-behandling-av-fedme-hos-barn-/Reduksjon-i-emosjonelle-vansker-og-atferdsvansker-en-positiv-bivirkning-ved-behandling-av-fedme-hos-barn-.pdf>
- Steinsbekk, S., & Wichstrøm, L. (2018). Cohort Profile: The Trondheim Early Secure Study (TESS)—a study of mental health, psychosocial development and health behaviour from preschool to adolescence. *International Journal of Epidemiology*, 47(5), 1401–1401i. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy190>
- Swenson, C. C., Schaeffer, C. M., Henggeler, S. W., Faldowski, R., & Mayhew, A. M. (2010). Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology* 24(4), 497–507. <https://doi.org/10.1037/a0020324>

- Thøgersen, D. M., Andersen, M. E., & Bjørnebekk, G. (2020). A Multi-Informant Study of the Validity of the Inventory of Callous-Unemotional Traits in a Sample of Norwegian Adolescents with Behavior Problems. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 42(3), 592–604. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09788-6>
- Villabø, M. A., Cummings, C. M., Gere, M. K., Torgersen, S., & Kendall, P. C. (2013). Anxious youth in research and service clinics. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 16–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.09.003>
- Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C., & Neumer, S.-P. (2018). Cognitive–behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(9), 751. <https://doi.org/10.1037/ccp0000326>