



UPPSALA UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologexamensuppsats

HT -07

# En jämförande studie av två föräldraträningsprogram för barn med allvarliga beteendeproblem

Piret Kams och Gabriella Seppälä

Handledare:  
Lennart Melin

Biträdande handledare:  
Martin Forster

Opponent:  
Per Bäckström

Examinator:  
Ann-Margret Rydell

## Ett stort tack till....

.....alla *Familjer* som deltagit i studien, utan Er hade den här studien inte varit möjlig att genomföra

.....alla *Gruppledare*, vad skulle vi ha varit utan Er fantastiska arbetsinsats

.....*Kajsa Lönn*, vi har känt oss sedda och tagna på allvar

.....vår handledare *Martin Forster*, det har varit ett sant nöje att arbeta tillsammans med Dig

.....vår handledare *Lennart Melin*, för all Din hjälp och vi håller med om att det nog är bra att ta ett problem i taget

.....*Anna Mautner*, för Din värme och vänlighet

.....*hela Kometegänget*, för Ert stöd och Er gästvänlighet

.....*Johan Karlsson*, för att Du finns

.....*till oss själva* för ett givande samarbete som till slut ledde fram till en färdig uppsats

Syftet med den här studien var att undersöka vilken effekt föräldraträningsprogrammen Förstärkt föräldraKomet (ffKomet) och Metoder i vardagen (MIV) hade på barns beteendeproblem, mätt med Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) och föräldrars psykiska hälsa, mätt med Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Fyrtiotvå barn mellan 3 och 13 år med allvarliga beteendeproblem och 52 föräldrar med hög belastning deltog. En kvasiexperimentell design användes och deltagarna rekryterades främst inom socialtjänsten och inom en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik. Resultatet visade att barns beteendeproblem och föräldrars psykiska hälsa i ffKomet förbättrades statistiskt signifikant jämfört med Metoder i vardagen,  $F_{1,38} = 13.93$ ,  $p < .01$ . Starka effektstorlekar påvisades för ECBI ( $ES = .82 - 1.08$ ) och HADS ( $ES = .86$ ). Inga statistiskt signifikanta förändringar påvisades hos deltagare i MIV. Förstärkt föräldraKomet är en behandling som definitivt kan rekommenderas.

Nyckelord: Föräldraträningsprogram, föräldrar, barn, hög social belastning, allvarliga beteendeproblem.

## Innehållsförteckning

Tack.....	2
Abstrakt .....	3
Inledning.....	7
Barn med beteendeproblem.....	7
Orsaker till att beteendeproblem utvecklas .....	8
Tvingande familjeinteraktioner .....	9
Konsekvenser för barnet.....	10
Föräldrars perspektiv .....	11
Parent Management Training (PMT) .....	11
Forskningsstöd .....	12
Begränsningar.....	13
Faktorer som försämrar eller förhindrar effekten av PMT.....	13
Utveckling av PMT .....	14
Förändringar i upplägget .....	15
Tillägg som riktar sig till föräldrar .....	16
Tillägg som riktar sig till barn och lärare .....	17
En svensk version av PMT – föräldraKomet (fKomet) .....	17
Forskningsstöd .....	18
En vidareutveckling – förstärkt föräldraKomet (ffKomet) .....	18
Föreliggande studie .....	19
Syfte .....	20
Frågeställningar .....	20
Metod .....	21
Design.....	21
Oberoende variabler .....	21
Beroende variabler .....	21
Operationalisering av begrepp .....	21
Deltagare .....	21
Bortfall .....	22
Procedur .....	23

Gruppledare .....	23
Tillvägagångssätt.....	24
Mätinstrument .....	25
Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) .....	25
Hospital Anxiety Disorder Scale (HADS) .....	26
Bakgrundsfrågor.....	26
Behandlingar .....	27
Förstärkt föräldraKomet (ffKomet).....	27
Metoder i vardagen (MIV) .....	28
Behandlingsintegritet .....	30
Närvaro och hemuppgifter .....	30
Statistiska analyser .....	31
Resultat.....	32
Skillnader vid förmätning.....	32
Analyser av behandlingsutfall .....	32
Klinisk signifikans.....	35
Diskussion .....	37
Resultat.....	37
Resultat i förhållande till tidigare forskning .....	38
Diskussion av resultaten.....	38
Förstärkt föräldraKomet i förhållande till föräldraKomet.....	40
Svagheter .....	40
Alternativa tolkningar .....	41
Framtida studier.....	42
Referenser.....	44

Bilaga 1 .....	52
Bilaga 2 .....	54
Bilaga 3 .....	56
Bilaga 4 .....	57

Forskning har visat att 6-12% av alla barn har beteendeproblem (Graff, 1999), vilket är den vanligaste orsaken till en barn- och ungdomspsykiatrisk kontakt (svensk BUP-förening, 2003). Beteendeproblem i barndomen utgör en allvarlig riskfaktor för att i vuxen ålder hamna i kriminalitet, missbruk eller psykisk ohälsa (Kazdin, 1987, Lipsey & Derzon, 1998). Utöver det lidande problematiken innebär för personen själv och den närmaste omgivningen är det kostsamt för samhället (Romeo, Knapp & Scott, 2006). Det är således viktigt att i ett så tidigt skede som möjligt försöka hjälpa barn med beteendeproblem.

### ***Barn med beteendeproblem***

Forskning har visat att aggressivitet hos barn är en del av den normala utvecklingen. Fysisk aggressivitet kan observeras redan under de första åren och når sin kulmen någonstans mellan två och fyra års ålder. Aggressiviteten minskar sedan, bl.a. på grund av att språket utvecklas (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003; Junger, Feder & Cote, 2007) och åtskilliga studier har visat att ungefär hälften av alla barn med trotsigt beteende i förskoleåldern *inte* kommer att uppvisa beteendeproblem senare under barndomen (Andersched & Andersched, 2005). Det finns dock en del barn som fortsätter att bete sig fysiskt aggressivt.

För att beskriva beteenden hos barn som bryter mot normer och regler som gäller i den miljö barnet befinner sig i, och som stör barnets eller dess omgivnings sociala liv har flera termer använts, till exempel: externaliserade eller utagerande beteende (Broberg et al., 2003), sociala beteendestörningar (Gillberg & Hellgren, 2000), normbrytande beteenden (Andersched & Andersched, 2005) och antisocialt beteende (Kazdin, 1987). Exempel på beteenden som innefattas av ovanstående benämningar är: olydnad, trots, aggressivitet, bråk, slagsmål, lögnaktighet, eldanläggelse, överdriven självhävdelse, ungdomsbrottslighet, kriminalitet, vandalism, skolk och rymningar. Fortsättningsvis kommer ordet *beteendeproblem* användas synonymt med ovanstående termer.

Diagnoser som har kommit att förknippas med beteendeproblem hos barn är trotssyndrom (eng. Oppositional Defiant Disorder, ODD), uppförandestörning (eng. Conduct Disorder, CD) och uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet (eng. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADHD). Trotssyndrom kännetecknas av ett mönster av fientligt, negativistiskt och trotsigt beteende. Ett barn med diagnosen trotssyndrom kan till exempel gräla med vuxna, aktivt trotsa eller vägra underordna sig vuxnas krav eller regler (APA, 1994). Individer med diagnosen uppförandestörning uppvisar ett frekvent och stabilt mönster av beteenden som innebär kränkning av andras grundläggande rättigheter eller för åldern grundläggande sociala

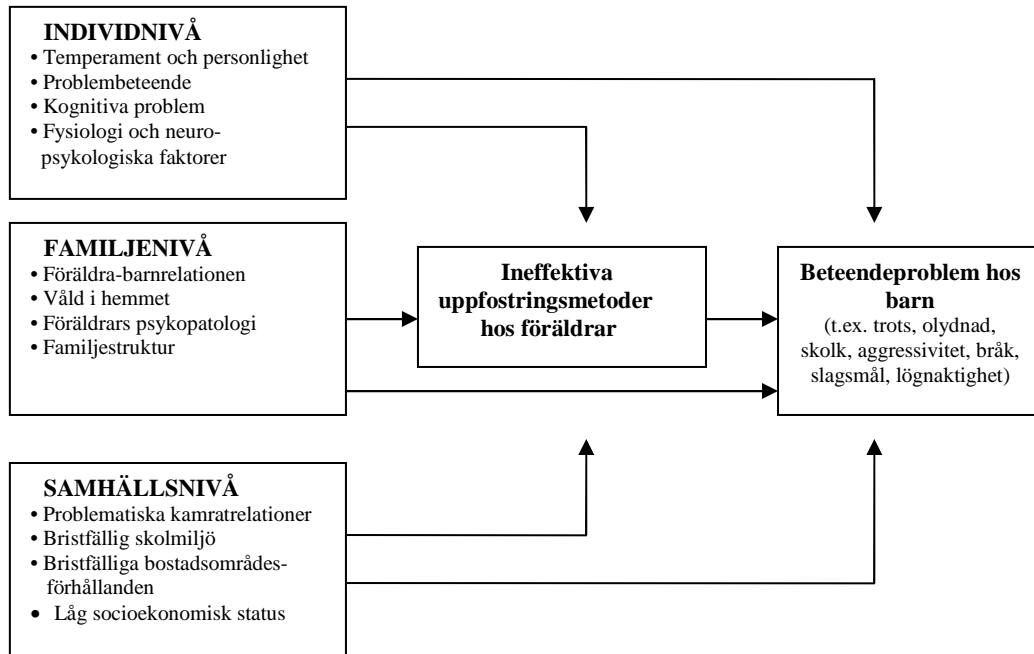
normer eller regler t.ex. aggressivt beteende mot människor och djur, skadegörelse, bedrägligt beteende, stöld eller allvarliga norm- och regelbrott (APA, 1994). Barn med ADHD har problem med ouppmärksamhet och/eller hyperaktivitet-impulsivitet. De barn som främst har problem med ouppmärksamhet gör slarvfel, har svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter och lekar, verkar inte lyssna på tilltal, följer inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter. De barn som främst har problem med hyperaktivitet-impulsivitet har svårt att sitta stilla, springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses vara lämpligt för situationen, kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren har pratat färdigt, har ofta svårt att vänta på sin tur, avbryter eller inkräktar ofta på andra (APA, 1994).

Barn med beteendeproblem utgör således en mycket heterogen grupp som uppvisar en mångfacetterad symtombild med varierande allvarlighetsgrad. Långt ifrån alla barn låter sig emellertid delas in i väl avgränsade diagnoser. Många barn uppvisar allvarliga beteendeproblem utan att uppfylla kriterierna för en diagnos. Samtidigt finns det barn som uppfyller kriterierna för fler diagnoser samtidigt. När det gäller ADHD är komorbiditet mer regel än undantag. Omkring 50% av barn och ungdomar med ADHD uppvisar även trotssyndrom (Kutcher et al., 2004) och omkring 23% uppvisar samtidig uppförandestörning (Carr, 1999).

### ***Orsaker till att beteendeproblem utvecklas***

Det finns inte någon enskild faktor eller händelse som leder till att beteendeproblem utvecklas hos barn. Istället är det ett samspel mellan genetiska, psykologiska och sociala faktorer som förklarar utvecklingen (Andersched & Andersched, 2005; Broberg et al., 2003; Carr, 1999). När utveckling av beteendeproblem diskuteras i litteraturen används ofta begreppet *riskfaktor*. En riskfaktor är t.ex. en egenskap, händelse, förhållande eller process som bidrar till ett särskilt resultat, t.ex. beteendeproblem i barndomen (Andersched & Andersched, 2005). Detta innebär att ett förhållande som identifieras som en riskfaktor för beteendeproblem samvarierar med det problematiska beteendet. En av de riskfaktorer som bäst predicerar senare beteendeproblem hos barn är föräldrars uppfostringsmetod (Loeber & Dishion, 1983). Som framgår av Figur 1, kan en rad olika faktorer direkt eller indirekt, via föräldraskapet leda till beteendeproblem hos barn (Andersched & Andersched, 2005; Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989; Webster-Stratton & Herbert, 1994).





Figur 1. En modell över riskfaktors direkta eller indirekta påverkan på barns utveckling av beteendeproblem.

Riskfaktorer på individnivå, såsom ett svårhanterligt temperament kan direkt medföra beteendeproblem hos barnet. Ett svårt temperament kan också utgöra stora utmaningar för föräldrar vilket kan ha en negativ inverkan på föräldrafärdigheter. Detta kan göra att föräldrar tar till hårda och ineffektiva uppfostringsmetoder, som senare leder till att beteendeproblem utvecklas och upprätthålls hos barnet. På samma sätt kan riskfaktorer på familjenivå, t.ex. psykiska problem hos föräldrar och riskfaktorer på samhällsnivå, t.ex. ekonomiska svårigheter direkt eller indirekt leda till att barn utvecklar beteendeproblem (Carr, 1999).

### ***Tvingande familjeinteraktioner***

På 1960-talet initierades ett omfattande forskningsprojekt av Gerald Patterson, som hade som mål att öka förståelsen för hur barns aggressiva beteende uppstår och upprätthålls. Direkta observationer av barn- och föräldrainteraktioner i hemmet gav upphov till en teori om tvingande familjeinteraktioner (Coercion Theory). Enligt teorin utvecklas och upprätthålls barns beteendeproblem oavsiktligt i hemmet genom tvingande interaktioner mellan förälder och barn. Barnet trotsar, slåss och vägrar lyda för att få sin vilja igenom och föräldern försöker få barnet att lyda genom att ta till hårda och ineffektiva uppfostringsmetoder. Förälder och barn hamnar i en s.k. *förstärkningsfälla* (eng. reinforcement trap) som innebär att föräldrar ger med sig efter att barnet har trappat upp negativa beteenden. Genom att bete

sig negativt slipper barnet göra det föräldern ber om, och genom att ge med sig slipper föräldern barnets negativa beteende. Både förälder och barn förstärks i sina respektive beteenden (Carr, 1999; Kazdin, 2005; Patterson et al., 1989). Denna process leder till att föräldrars och barns aggressivitet ökar. Enligt teorin fostras således barnet i antisocialt beteende. Forgatch & DeGarmo (1999) har t.ex. visat att förändringar av föräldrars ineffektiva föräldrabetende minskar aggressivt beteende hos barn.

### ***Konsekvenser för barnet***

Beteendeproblem i barndomen kan innebära allvarliga konsekvenser för barnets framtid. Barn som uppvisar aggressivt beteende i tidig ålder löper större risk att utveckla psykiska problem i vuxen ålder såsom depression, missbruk och personlighetsstörningar (Junger et al., 2007). Ju tidigare ett barn uppvisar aggressivt beteende desto sämre är prognosen. Forskning har visat att personer som är dömda för allvarligare brott, t.ex. våldsbrott och kriminalitet, ofta haft beteendeproblem tidigt i barndomen (Andersched & Andersched, 2005). Debut i barndomen, i kombination med fler närvarande riskfaktorer, ökar risken för att aggressivt beteendet stabiliseras och fortsätter in i vuxen ålder (Andersched & Andersched, 2005; Junger et al, 2007).

Barn som uppvisar beteendeproblem i hemmet tenderar att använda antisociala beteenden även i interaktioner med jämnåriga, något som leder till att de blir avvisade och bortstötta av andra barn (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989). Vidare har forskning visat att barn med beteendeproblem brister i socialkognitiv förmåga och kan uppvisa en så kallad *fientlig attributionsstil* som innebär att de tror att det ligger elaka motiv bakom andras handlingar (Hansson, 2001; Patterson et al., 1989). De reagerar oftare aggressivt på andras provokationer men ser inte det aggressiva och opassande i sitt eget beteende. Det är inte heller ovanligt att dessa barn presterar dåligt i skolan.

Caspi, Elder & Bem (1987) menar att barn med beteendeproblem hamnar i situationer som upprätthåller deras problembeteende genom att det sker en anhopning av negativa konsekvenser, som i sin tur kan fungera som en riskfaktor för fortsatta problem. Att misslyckas i skolan ökar risken för att barnet hoppar av skolan vilket i sin tur innebär en högre sannolikhet för arbetslöshet. Utan utbildning blir det svårt att skaffa sig ett arbete och det ökar risken för att hamna i brottslighet och så vidare. Av Figur 2 framgår hur en sådan utveckling kan se ut.

<b>Barndom</b>	<b>Tidig skolålder</b>	<b>Ungdomsår</b>	<b>Vuxen ålder</b>
Beteendeproblem Familjeproblem	Låg skolmotivation Dåliga skolprestationer Familjeproblem Dåliga kamratrelationer	Kriminalitet Alkohol och drogbruk Låg skolmotivation Familjeproblem Dåliga skolprestationer Skolk Tidig sexuell debut	Svagt socialt nätverk Kriminalitet Alkohol och drogbruk Låg utbildning Arbetslöshet Dålig ekonomi Äktenskapsproblem Skilsmässa Psykisk ohälsa Tidig död

Figur 2. Illustration över hur beteendeproblem kan vidmakthållas över tid (efter Stattin, 2004).

### ***Föräldrars perspektiv***

Att vara förälder till ett barn med beteendeproblem leder ofta till en rad svårigheter. Webster-Stratton & Herbert (1994) redogör utifrån 70 intervjuer för föräldrars erfarenheter och upplevelser av hur det är att ha ett barn med beteendeproblem. Föräldrarna beskrev ofta aggressivitet som barnets mest framträdande karaktärsdrag och blev utmattade av att behöva vara på sin vakt för att garantera sin egen och andras säkerhet. Vidare berättade de att relationerna inom familjen påverkades negativt. En av konfliktkällorna mellan föräldrarna var deras olika uppfattningar om hur svårhanterligt barnet var, något som kunde bero på att föräldrarna hade olika relation till barnet. Det framkom att mamman ofta tillbringade mer tid med barnet än pappan och upplevde barnets beteendeproblem som svårare. Vidare krävde barn med beteendeproblem mycket uppmärksamhet av föräldrarna, något som ledde till att det blev lite tid över för de andra barnen. Vidare beskrev föräldrar att de hade för höga förväntningar på barnets syskon. En ytterligare konsekvens var en upplevelse av att vara stigmatiserad, socialt isolerad och avvisad. Föräldrar beskrev också sina relationer med släkt, vänner och andra vuxna i barnets omgivning som problematiska. De fick ofta höra negativa kommentarer om barnet och hur de borde hantera dem. Att ha ett barn med beteendeproblem ledde till negativ självkänsla, en upplevelse av att vara misslyckad som förälder och även till känslor av skuld och skam.

### ***Parent Management Training (PMT)***

PMT är en beteckning på olika interventioner som riktar sig till föräldrar som har barn med beteendeproblem. PMT började utvecklas på 1960-talet i USA (se Kazdin, 2005 för en

översikt) och är den mest välutforskade behandlingsformen inom området (Kazdin, 1987; Kazdin, 2005). PMT baseras på operant inlärningspsykologi, (se Sundel & Sundel, 2005 för en beskrivning av inlärningspsykologi) och utgör grunden för de principer och procedurer som används för att förändra sociala, emotionella och beteendemässiga problem. Huvudsakliga principer som har sitt ursprung i operant inlärningspsykologi och som ligger till grund för metoderna i PMT är: förstärkning, bestraffning, utsläckning, stimuluskontroll och diskriminering (se t.ex. Sundel & Sundel, 2005 för en definition av begreppen). Fokus ligger på att identifiera de faktorer som kontrollerar ett beteende i en given situation. För detta ändamål används ett tredelat analyschema där man ingående studerar det som föregår ett beteende, själva beteendet och de efterföljande konsekvenserna av ett beteende. Den erhållna informationen fungerar som ett underlag för olika sätt att utveckla och förändra beteenden (Kazdin, 2005). PMT riktar sig främst till föräldrar, terapeuten har således ingen direkt kontakt med barnet. Som tidigare nämnts har forskning visat att dysfunktionellt samspel mellan förälder och barn bidrar till att beteendeproblem hos barn utvecklas och upprätthålls. Utifrån denna kunskap är syftet att utveckla och förbättra färdigheter hos föräldrarna för att på så vis förbättra föräldra-barnrelationen. PMT inriktas därför på att träna föräldrar att interagera med sitt barn på ett sätt som främjar prosociala beteenden och minskar beteendeproblem (Kazdin, 2005; Webster-Stratton & Herbert, 1994).

Det finns variationer när det gäller utförandet av PMT, (se t.ex. Kazdin, 2005; Webster-Stratton & Herbert, 1994) men kännetecknande är ändå att programmen är manualbaserade, att de omfattar ca 10-20 träffar om 45-150 minuter vardera beroende på om interventionen ges enskilt eller i grupp. Träffarna är strukturerade och innehåller undervisning, videodemonstrationer, gruppdiskussioner, rollspel och återkoppling. Föräldrarna får hemuppgifter mellan träffarna där de ska tillämpa vad de lärt sig. I programmen får föräldrar träna på att uppmärksamma och uppmuntra positiva beteenden, sätta gränser och vara konsekventa i bemötandet av barns beteenden, problemlösa och effektivt hantera konflikter (Kazdin, 2005).

### ***Forskningsstöd***

PMT har utvärderats i ett stort antal studier och är förknippat med starka effektstorlekar (Carr, 2000; Sereketich & Dumas, 1996). Effekten av behandling ses på barns förbättrade beteenden både utifrån skattningar som föräldrar och lärare gjort och utifrån observationer av barnets beteende i hemmet och i skolan (Kazdin, 1987; Sereketich & Dumas, 1996). Andra effekter som har observerats efter ett genomgången program är att mödrars depression, ångest

och stress minskar (DeGarmo, Patterson & Forgatch, 2004), att föräldrars självkänsla ökar samt att relationer inom familjen förbättras (Barlow, Coren & Stewart-Brown, 2007). Det har också framkommit att PMT minskar problem hos syskon till det barn som är fokus för behandlingen (Kazdin, 2005), att effekten kvarstår över tid (Long, Forehand, Wierson, & Morgan, 1994) och att PMT uppfattas positivt av föräldrar (Webster-Stratton, 1989).

### ***Begränsningar***

Trots att PMT visat goda resultat har inte alla föräldrar efter genomgången program fått den hjälp de behöver för att förbättra familjesituationen. Internationell forskning har visat att 25-40% av föräldrarna fortsätter att rapportera allvarliga beteendeproblem hos barn efter genomgången föräldrautbildning (Webster-Stratton, 1990). Vidare visar studier att mer än en tredjedel av familjerna har svårt att upprätthålla behandlingseffekter vid uppföljning (Webster-Stratton, 1985, 1990; Webster-Stratton & Hammond, 1997) och att 40-60% av de familjer som påbörjar behandling avslutar i förtid (Kazdin, Stolar, Marciano, 1995; Kazdin & Wassell, 1998). I internationella studier har forskare undersökt vad som karaktäriserar de familjer som inte blivit hjälpta, inte lyckats vidmakthålla behandlingsresultat vid uppföljning samt avslutat i förtid och konsekvent identifierat ett antal riskfaktorer. Riskfaktorerna för de olika grupperna överlappar ofta varandra (Kazdin, 1997, 2005) och redovisas nedan.

### ***Faktorer som försämrar eller förhindrar effekten av PMT***

Forskning har visat att föräldrar till barn med beteendeproblem som inte blir hjälpta av PMT ofta har psykiska problem, något som kan innefatta t.ex. ångest, depression, depressiva symptom, stress, ilska, missbruk och personlighetsstörningar (Fernandez & Eyberg, 2005; Werba, Eyberg, Boggs & Algina, 2006). Mycket av den forskning som bedrivits har kretsat kring depression och depressiva symptom och Hutchings (1996) har uppskattat att så många som 50% av föräldrar till barn med beteendeproblem är deprimerade. Ett medelstarkt samband mellan mödrars depression och barns beteendeproblem har konstaterats (Beck, 1999) men det är ännu inte fastställt hur detta samband ser ut. En översiktartikel visar (Elgar, Waschbusch, McGrath, Stewart & Curtis, 2004) att depression och ångest hos mödrar kan leda till beteendeproblem hos barn men också det omvända, att barns beteendemässiga och emotionella problem kan leda till försämrad psykisk hälsa hos föräldrar. En studie har visat att depression hos mödrar till barn med ADHD predicerar barns beteendeproblem åtta år efter första mättillfället (Chronis et al., 2007). En annan studie har visat att barn med beteendeproblem bidrar till ökad depression, ångest, ilska och alkoholkonsumtion hos

föräldrar (Pelham et al., 1997). Forskare har blivit alltmer eniga om att det finns en ömsesidig påverkan mellan föräldrars psykiska hälsa och barns beteendeproblem och framhåller att denna interaktion sker i en kontext av biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Elgar et al., 2004; Gelfand & Teti, 1990). Till exempel har låg socioekonomisk status (Kazdin, 1997; Lochman, 2004), konflikter i äktenskapet (Cummings, Keller & Davies, 2005; Downey & Coyne, 1990), skilsmässa (DeGarmo et al., 2004), mödrars isolering, bristande socialt stöd (Gelfand & Teti, 1990; Lochman, 2004), alkohol- och drogmisbruk samt arbetslöshet (Kim-Cohen, Moffitt, Taylor, Pawlby & Caspi, 2005) visat sig samvariera med både depression och beteendeproblem hos barn. Depression blir således en konsekvens av den kontext familjen befinner sig i och kan leda till att barn utvecklar beteendeproblem (Kim-Cohen et al., 2005). Studier har också visat att depression påverkar mödrars perception, t.ex. har Brody & Forehand (1986) och Fergusson, Lynskey & Horwood (1993) konstaterat att deprimerade mödrar uppfattade sina barn som mer krävande och avvikande jämfört med vad lärare och observatörer gjorde. I en annan studie framkom det att deprimerade mödrar efter medicinsk behandling inte längre uppfattade sina barns beteendeproblem som lika svåra som innan behandling (Modell et al., 2001).

Forskning har även visat att de familjer som inte blivit hjälpta av att delta i föräldrautbildning har barn med svårare beteendeproblem, fler diagnoser och bristande skolprestationer (Kazdin, 1997). Barnen remitteras oftare av skola eller sociala myndigheter snarare än att föräldrarna själva söker hjälp (Reyno & McGrath, 2006). Forskning har också visat att föräldrar till barn med beteendeproblem oftare är unga, ensamstående (Webster-Stratton, 1990) och har invandrarbakgrund (Reyno & McGrath, 2006). Familjerna är ofta stora, trångbodda och har sin bostad i ett socialt utsatt område (Lochman, 2004). Även missbruk och kriminalitet har visat sig förekomma oftare. Föräldrar som inte blivit hjälpta har också haft lägre närvaro vid föräldrautbildning (Reyno & McGrath, 2006), sämre allians med behandlaren (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006), upplevt fler hinder för deltagande och uttryckt mer motstånd, t.ex. genom att inte göra hemuppgifter (Fernandez & Eyberg, 2005; Kazdin & Wassell, 2000). Vidare tycker föräldrarna att det ställs för höga krav under utbildningen och att utbildningen inte motsvarar deras förväntningar (MacKenzie, Fite & Bates, 2004; Nock, Phil & Kazdin, 2001).

### *Utveckling av PMT*

Föräldrar med riskfaktorer har sålunda en ökad risk för att inte bli hjälpta av PMT, barnen fortsätter uppvisa allvarliga beteendeproblem, effekten bibehålls inte över tid eller så hoppar

föräldrarna av behandlingen. Mot bakgrund av vad som framkommit om dessa familjer har forskare börjat undersöka effekten av att anpassa verksamheten efter föräldrars behov och förutsättningar, göra förändringar i upplägget och av att lägga till ytterligare interventioner.

### *Förändringar i upplägget*

Webster-Stratton (1994) menar att man kan öka förutsättningarna för att föräldrar ska kunna delta i föräldrautbildning genom att förlägga utbildningen på kvällstid, ha lättillgängliga kurslokaler och genom att erbjuda barnpassning. Vidare framhåller hon vikten av att bistå föräldrarna ekonomiskt, t.ex. genom att ge ersättning för transportkostnader, mat och fika. För att öka föräldrars motivation har belöningar delats ut för närvaro och gjorda hemuppgifter.

Kazdin, (1987) och Webster-Stratton (1990) har fört fram att allvarliga beteendeproblem hos vissa barn bör betraktas som ett kroniskt tillstånd som kräver uppföljning och fortsatt behandling under många år. Mot bakgrund av detta har Eyberg, Edwards, Boggs & Foote (1998) föreslagit förändringar i upplägget av PMT som bygger på tidigare behandlingsforskning om vidmakthållande av behandlingsresultat. En strategi är att gradvis förlänga tiden mellan sessionerna i slutet av behandlingen i syfte att öka föräldrars självständighet. Denna strategi har ännu inte utvärderats för PMT men har visat framgångsrikt resultat vid äktenskapsterapi (Bogner & Zielenbach-Coenen, 1984). En annan strategi skulle vara att lägga till ett moment om återfallsprevention. Föräldrar skulle kunna få lära sig att identifiera högrisksituationer, t.ex. situationer där barn ofta uppvisar beteendeproblem eller situationer där det finns risk för att föräldrar inte kommer att använda färdigheter som de lärt sig och planera för hur de ska agera när sådana situationer uppkommer. Boostersessioner har visat ökad effekt av behandling. Två okontrollerade studier av ett tillägg av en till två sessioner efter avslutad föräldraträning har visat på förbättringar av barns beteende (MacDonald & Budd, 1983; Patterson, 1974). Av en metaanalys har det också framkommit att föräldrars attityder om barnuppfostran och föräldrabeteende förbättrades när gruppträffar varvades med individuella träffar (Lundahl, Nimer & Parsons, 2006). De individuella träffarna skedde bl.a. i form av hembesök där föräldrar fick träna färdigheter i sin vardagsmiljö, något som antas möjliggöra en mer individanpassad behandling. Det framkom även att gruppträffar kombinerat med individuella träffar gav signifikant bättre resultat jämfört med enbart gruppträffar eller enbart individuella träffar. Även längden på behandlingen hade betydelse för utfallet. Fler sessioner gav fler förändringar både när det gäller föräldraattityder och beteenden hos föräldrar.

### *Tillägg som riktar sig till föräldrar*

En del tillägg har gjorts med hänsyn till att föräldrar har svårigheter, t.ex. depression, relationsproblem och stress. Nya interventioner integreras med PMT-interventioner eller ges separat. Sanders & McFarland (2000) har undersökt effekten av ett tillägg där föräldrar fick lära sig olika strategier för att hantera depressionssymptom. Resultatet visade att den grupp som hade fått interventionen med tillägg, i större utsträckning hade rört sig till en icke-klinisk population vid uppföljning efter sex månader jämfört med den grupp som enbart fick PMT, när det gäller utslag på depression och beteendeproblem.

Dadds, Schwartz & Sanders (1987) utformade ett tillägg som syftade till att främja och upprätthålla beteendeförändringar hos barn och föräldrar. Detta gjordes genom att föräldrarna fick träna på problemlösning och hantera konflikter i äktenskapet. Resultaten visade att par med problem i äktenskapet som hade fått tillägget, var mer tillfredställda med sitt äktenskap och hade barn med färre beteendeproblem jämfört med par med äktenskapliga problem som enbart fick PMT.

Kazdin & Whitey (2003) undersökte effekten av att lägga till en intervention där föräldrar fick lära sig stresshantering och problemlösning. Den grupp som fått tillägget uppvisade större förbättringar gällande barns beteendeproblem och större minskning av depression och stress hos föräldrar.

Det finns också s.k. utökade eller förstärkta versioner av föräldrautbildning där flera problemområden adresseras parallellt som PMT-interventioner ges. Griest et al. (1982) jämförde effekten av enbart PMT med PMT i kombination med en intervention som fokuserade på föräldrars perception och förväntningar på barns beteende, föräldrars mående, äktenskap och interaktioner utanför familjen. Resultatet visade att den utökade versionen var förknippad med fler förbättringar när det gällde barns beteenden och föräldrafärdigheter.

I en studie av Webster-Stratton (1994) jämfördes en vanlig PMT med en utökad variant där föräldrar fick lära sig ilske- och stresshantering samt kommunikations- och problemlösningsfärdigheter. Vidare fick de lära sig problemlösningsfärdigheter för barn, hur man förstärker det sociala stödet och tar hand om sig själv. Föräldrarna blev bättre på att kommunicera, samarbeta och lösa problem. Inga effekter gällande barns problembeteende, tillfredsställelse med äktenskapet, stress eller ilska kunde dock konstateras.

Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor (2000) jämförde tre olika versioner av PMT: en standard, en självadministrerad och en förstärkt version. Den förstärkta versionen integrerade bl.a. strategier för att hantera depression, ilska, ångest och stress. Föräldrar i den förstärkta versionen förbättrades mest gällande barns problembeteende och föräldrars



uppfostningsmetoder direkt efter avslutad intervention. Det fanns dock ingen skillnad mellan grupperna när det gällde grad av depression hos föräldrar, deras tillfredsställelse med äktenskapet och konflikter gällande föräldraskap. Vid 1-års uppföljning uppvisade alla grupper samma förändringar gällande observerade beteendeproblem hos barn.

### ***Tillägg som riktar sig till barn och lärare***

Vissa tillägg har gjorts med hänsyn till barns svårigheter. Kazdin, Siegel & Bass (1992) genomförde en studie där en grupp fick enbart PMT och en annan grupp fick PMT med tillägget av problemlösning för barn. Resultatet av studien visade att PMT i kombination med problemlösning för barn, ledde till större förändringar när det gällde barns beteendeproblem samt föräldrastress.

I en annan studie jämförde Webster-Stratton & Hammond (1997) tre interventioner: barnträning, föräldraträning och kombinerad barn- och föräldraträning. Under barnträningen fick barnen träna på problemlösning och konflikthantering. Resultatet visade på förbättringar av barns beteende och bättre kvalitet på interaktionen mellan förälder och barn. Författarna drar slutsatsen att kombinerad föräldra- och barnträning är att föredra, framförallt om det finns risk för att föräldrar inte kan delta i utbildningen.

När det gäller behandling för ADHD har forskning visat att medicinering är mest effektivt för att minska de primära symtomen, dvs. ouppmärksamhet och hyperaktivitet-impulsivitet. Har barnet dessutom problem med aggressivitet och inlärningsproblem, är en kombination av medicin och psykosocial behandling, som t.ex. insatser i hemmet, föräldraträning, och insatser i skolan mest verksamma. Det har framkommit att den grupp som fått kombinerad behandling vid behandlingens slut intog lägre doser av medicinen methylphenidate (The MTA Cooperative Group, 1999).

Vidare har man testat effekten av tillägg av skolinterventioner, dvs. ett utökat samarbete med skolan. En studie av Beauchaine, Webster-Stratton & Reid (2005) har visat att för barn som har problem med hyperaktivitet och uppmärksamhet förbättrades behandlingsutfallet signifikant när föräldraträning kombinerades med lärarträning. När det gäller barn med uppförandestörning och trottsyndrom rekommenderar författarna föräldraträning som förstahandsval.

### ***En svensk version av PMT - föräldraKomet (fKomet)***

Trots att beteendeproblem hos barn utgör en av de vanligaste sökorsakerna till en barn- och ungdomspsykiatrisk kontakt finns få evidensbaserade behandlingsmetoder i Sverige. En

av de föräldrautbildningar som Folkhälsoinstitutet rekommenderar är fKomet, som riktar sig till föräldrar i allmänhet. FöräldraKomet togs fram av Forsknings- och Utvecklingsenheten (FoU) i Stockholm år 2003. Detta är en svensk version av PMT. Komet står för KÖmmunikationsMETod. Inspiration har hämtats från föräldraträningsprogram som utvecklats av Webster-Stratton, Patterson & Barkley. Materialet har bearbetats och anpassats till svenska förhållanden. Till exempel har avsnittet om time-out, eller nödbroms, som det heter inom Komet, fått mindre utrymme och delvis förändrats. Videodemonstrationer på svenska har tagits fram och instruktioner till föräldrar har kortats ner och förtydligats (M. Forster, personlig kommunikation, Januari, 9/1 2008). I övrigt liknar fKomet de nordamerikanska programmen. Det svenska programmet består av elva träffar om två och en halv timme per gång och riktar sig till föräldrar som har barn mellan tre och elva år, som är bråkiga, trotsiga eller svårhanterliga. Även i den svenska versionen är programmet inriktat på att öka föräldrars positiva samspel med sina barn och minska föräldrars fokus på barnets negativa beteenden, (Kling, Sundell, 2006; Kling, Sundell, Melin, Forster, 2006) för närmare beskrivning av programmets upplägg).

### ***Forskningsstöd***

I en randomiserad effektutvärdering av fKomet (Kling et al., 2006) jämfördes fKomet, en kort version av fKomet och en väntelistegrupp. Vid en fyramånaders uppföljning uppmättes medelstarka till starka effektstorlekar när det gällde förbättringar i föräldrakompetenser, minskningar av barns beteendeproblem samt förbättringar av barns sociala kompetens, för de föräldrar som deltog i fKomet. Små till medelstarka effektstorlekar uppvisades för de föräldrar som fick den korta versionen. Föräldrar som stod på väntelistan visade i stort sett inga förändringar på ovan nämnda områden. Trots goda effekter visar utvärderingen av fKomet samma begränsningar som internationella föräldraträningsprogram. Av de 58 föräldrar som ingick i gruppen som fick fKomet uppgav 47% av föräldrarna vid en 10-månadersuppföljning att deras barn fortfarande hade kliniska problem efter genomgången utbildning och 10% av föräldrarna uppgav att deras barns beteende hade försämrats (M. Forster, personlig kommunikation, December 10/12 2007).

### ***En vidareutveckling – förstärkt föräldraKomet (ffKomet)***

Utvärderingen av fKomet visade samma tendenser som internationell forskning, dvs. att inte alla familjer fått den hjälp de behöver. För att komma tillrätta med detta arbetade Preventionscentrum (Precens) i Stockholm hösten 2005 fram en förstärkt version av fKomet

som kommit att kallas förstärkt föräldraKomet (ffKomet). Målgruppen är familjer med hög social belastning, vilket innebär att barn har allvarliga beteendeproblem kombinerat med att även föräldern kan ha olika typer av problem, t.ex. en kaotisk livssituation eller egna psykiska problem. Utifrån internationell forskning, diskussioner med behandlare och erfarenheter från pilotverksamhet har bl.a. följande anpassningar gjorts: mindre gruppstorlekar, glesare mellan gruppträffarna och påminnelser och stöd genom telefonsamtal. Vidare har ffKomet en längre introduktionsfas på en till tre träffar samt individuella träffar med gruppledaren mellan varje gruppträff. Utöver nämnda anpassningar så har en rad moment lagts till som behandlare kan använda när det verkar motiverat. Tilläggen handlar om planering och prioritering, ilskehantering, stress, ställa och stå emot krav, återfallsprevention och samarbete med skolan.

### ***Föreliggande studie***

Preventionscentrum (Precens) i Stockholm hade önskemål om att få förstärkt föräldraKomet utvärderad. Uppsatsförfattarna tog sig an uppgiften efter att ha svarat på ett anslag. I syfte att få till stånd en jämförelsegrupp kontaktade uppsatsförfattarna olika familjebehandlare i Sverige. Den första kontakten togs via telefon och den tilltänkta målgruppen beskrevs. En barn- och ungdomspsykiatrisk klinik i Uppsala län tackade ja till medverkan i studien. Uppsatsförfattarna deltog i gruppledarutbildningen i Förstärkt föräldraKomet utan att hålla i någon föräldragrupp.

### ***Syfte***

Syftet med den här studien var att utvärdera ffKomet som riktar sig till föräldrar med hög social belastning som har barn med allvarliga beteendeproblem. Utvärderingen gjordes genom att jämföra ffKomet med Metoder i vardagen, ett föräldraträningsprogram som riktar sig till föräldrar som har barn med neuropsykiatrisk problematik. Ett annat syfte var av mer explorativ karaktär och avsåg att undersöka huruvida förekomst av riskfaktorer påverkade hur det gick för föräldrar och barn i behandlingen.

### ***Frågeställningar:***

1. Vilken effekt har förstärkt föräldraKomet på barns beteendeproblem jämfört med Metoder i vardagen?
2. Vilken effekt har förstärkt föräldraKomet på föräldrars psykiska hälsa jämfört med Metoder i vardagen?
3. Vilka av följande familjekaraktäristika: föräldrars kön och ålder, civilstånd, sysselsättning, socialt stöd, utbildningsnivå, invandrarskap, psykiska hälsa samt barns kön, ålder och diagnos påverkar behandlingsutfallet?

## **Metod**

### ***Design***

Studien var kvasiexperimentell med mixad design (Clark-Carter, 2004).

### ***Oberoende variabler***

Oberoende variabel 1 var typ av behandling. Denna variabel var en mellangrupsvariabel med två lägen, förstärkt föräldraKomet (ffKomet) och Metoder i vardagen (MIV). Oberoende variabel 2 var tid. Denna variabel var en inomgrupsvariabel med två lägen, före behandling och efter behandling.

### ***Beroende variabler***

Beroende variabel 1 var barns beteendeproblem mätt med Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI). Beroende variabel 2 var föräldrars psykiska hälsa mätt med Hospital Anxiety Disorder Scale (HADS).

### ***Operationalisering av begrepp***

Med hög social belastning avsågs närvaro av en eller fler familjekaraktäristika som internationellt visat sig innebära en ökad risk för försämrade effekt av PMT. Detta operationaliserades med ett antal frågor om föräldrarnas bakgrund, som t.ex. föräldrars kön och ålder, civilstånd, sysselsättning, socialt stöd, utbildningsnivå, invandrarskap, psykiska hälsa samt barns kön, ålder och diagnos. Allvarliga beteendeproblem operationaliserades med en poäng på ECBI, högre än 120 på intensitetsskalan och högre än 10 på problemskalan, något som anses vara beteendeproblem på en klinisk nivå för nioåriga barn (Reedtz et al., 2008). Psykiska besvär hos föräldrar operationaliserades med en poäng på HADS högre än 12 på totalskalan (Pallant & Tennart, 2007).

### ***Deltagare***

Totalt 52 föräldrar till 42 barn mellan 3-13 år deltog i studien. Föräldrarna ingick antingen i en experiment- eller jämförelsegrupp och kommer från och med nu att refereras till som deltagare. Deltagarna i experimentgruppen kom från olika delar av landet: Stockholm, Staffanstorps, Tranås, Södertälje, Nyköping och Uppsala. Utvärderingen gjordes i reguljär klinisk praxis och studien är således en s.k. effectiveness-studie. Av den orsaken fanns inga absoluta inklusionskriterier men vid rekrytering av deltagare var följande riktlinjer utgångspunkten: (a) barnet skulle vara mellan 3 och 11 år; (b) barnets problematik skulle

främst handla om utagerande, hyperaktivitet, impulsivitet och/eller trots; (c) barnets problematik skulle inte i första hand handla om inåtvändhet, nedstämdhet, autism och/eller ångest; (d) föräldern kunde ha egna problem, t.ex. nedstämdhet, ångest, stress, relationsproblem, kaotisk livssituation, dåligt självförtroende, bristande motivation till förändring eller problem med inläring, koncentration och uppmärksamhet. Se Tabell 1 för demografiska uppgifter om deltagande föräldrar och deras barn.

Tabell 1.

*Demografiska uppgifter*

	ffKomet	MIV	Statistisk skillnad
<b>Barn <i>n</i></b>	28	14	
Flickor <i>n</i> (%)	9 (32)	2 (14)	
Med neuropsykiatrisk diagnos <sup>a</sup> <i>n</i> (%)	9 (32)	13 (93)	$\chi^2 (40) = 13.8^{**}$
Bor mest/enbart hos ena föräldern <i>n</i> (%)	16 (57)	6 (43)	
Med två deltagande föräldrar <i>n</i> (%)	6 (21)	4 (30)	
Ålder <i>M</i> ( <i>SD</i> )	7.9 (2.9)	10.1 (2.5)	$t (40) = 2.47^*$
Ålder Min-Max	3-12	4-13	
<b>Föräldrar <i>n</i></b>	34	18	
Kvinnor <i>n</i> (%)	25 (74)	10 (56)	
Invandrarbakgrund <i>n</i> (%)	10 (29)	0 (0)	$\chi^2 (49)^b = 4.8^*$
Ålder <i>M</i> ( <i>SD</i> )	36.2 (7.3)	41.1 (6.3)	$t (49) = 2.38^*$
Ålder Min-Max	22-52	30-55	
Arbetslös/Sjukskriven <i>n</i> (%)	7 (21)	4 (22)	
Endast grundskola <i>n</i> (%)	6 (18)	0 (0)	
Socialt stöd <sup>c</sup> <i>M</i> ( <i>SD</i> )	2.5 (1.2)	2.1 (0.8)	
Hög social belastning <sup>d</sup> <i>n</i> (%)	7 (21)	0 (0)	
Närvaro vid gruppträffar % ( <i>SD</i> )	78 (21)	80 (12)	
Närvaro vid individuella träffar <sup>e</sup> % ( <i>SD</i> )	79 (26)		

*Notering.* <sup>a</sup>De vanligaste diagnoserna var ADHD, ADD, trotssyndrom och Asperger syndrom. <sup>b</sup>Yates korrigering för skev fördelning, <sup>c</sup>1-väldigt bra - 5-väldigt dåligt, <sup>d</sup>närvaro av 3 eller fler av följande riskfaktorer: låg utbildning, arbetslöshet/sjukskriven, ensamstående, invandrarskap och, dåligt eller mycket dåligt socialt stöd. <sup>e</sup>Endast ffKomet, \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .001$ .

*Bortfall*

Totalt 41 respektive 20 föräldrar rekryterades till experimentgruppen och jämförelsegruppen. Fyra föräldrar avböjde medverkan och påbörjade aldrig behandling (tre i

ffKomet och en i MIV) och fem föräldrar hade hoppat av studien vid eftermätning (fyra i ffKomet och en i MIV). Angivna skäl till avhopp var erbjudande om annan behandling, sjukdom, praktiska hinder/psykisk ohälsa. För två av personerna är skälet okänt. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan de föräldrar som hade hoppat av och de som fullföljde behandlingen på ECBI, HADS och bakgrundsvariabler,  $p > .05$ .

## ***Procedur***

### ***Gruppledare***

Behandlingen i experimentgruppen genomfördes till stor del av personal inom socialtjänsten, som anmält sig till en gruppleddarutbildning i förstärkt föräldraKomet höstterminen 2007. Dessa personer kommer fortsättningsvis att refereras till som gruppleddare. Gruppleddarutbildningen omfattades av sex heldagar med utbildning på förmiddagar och handledning på eftermiddagar. Utbildningens upplägg var att gruppleddarna parallellt med den teoretiska utbildningen skulle tillämpa momenten i egen föräldragrupp. Utbildningen bestod av genomgångar av innehåll i kommande föräldraträffar och undervisning om de tillägg som gjorts i ffKomet. Handledning ägde rum i mindre grupper och var bl.a. inriktad på att öva gruppleddarfärdigheter. För att bli certifierad gruppleddare i ffKomet krävdes det att gruppleddarna skulle hålla i en föräldragrupp med minst fyra föräldrar under en termin, närvara på minst fyra av sex utbildningsdagar, bli godkända på inlämningsuppgifter bestående av en beteendeanalys och en videoinspelning av en föräldraträff. Oberoende personer bedömde inspelningen utifrån ett antal uppställda målbeteenden. Totalt 15 gruppleddare under utbildning ansvarade för behandlingen i experimentgruppen. Föräldragrupperna hölls i de flesta fall av två gruppleddare per föräldragrupp. Av gruppleddarna var en behandlingsassistent, fyra socionomer, två förskolelärare, en kurator, två familjehandlare, en metodutvecklare, två socialsekreterare och en familjestödjare. För en gruppleddare saknas information. I genomsnitt hade gruppleddarna arbetat 14 år, mellan 1 och 26 år. Familjerna till experimentgruppen fick insatsen på rekommendation från socialtjänsten (14), förskola/skola (8), psykiatri/landsting (3) och blev rekryterade av gruppleddarna. Tre deltagare sökte hjälp själva. Deltagare i jämförelsegruppen var föräldrar som anmält sig till en föräldrautbildning i gruppformat, på en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik (BUP) i Uppsala län. Deltagarna till jämförelsegruppen rekryterades av den behandlingsansvariga gruppleddaren. Gruppleddaren hade arbetat som metodutvecklare i 13 år.

### *Tillvägagångssätt*

På gruppledarutbildningens introduktionsdag presenterades studien av uppsatsförfattarna. Gruppledarna i experimentgruppen fick information om studiens syfte och information om vad ett deltagande skulle innebära för den enskilde gruppledaren. Det fanns möjlighet att ställa frågor. Informationen gavs även i skriftlig form (se Bilaga 1). Gruppledarna fick instruktioner om att muntligt eller skriftligt informera föräldrar (se Bilaga 2) om studien och samla in ett skriftligt medgivande (se Bilaga 3). Totalt hölls tio föräldragrupper med i genomsnitt fem föräldrar i varje grupp. Den minsta gruppen bestod av två föräldrar och den största av sex föräldrar. När det gäller jämförelsegruppen gavs samma information om studien, på ett möte med två representanter för BUP. Föräldrautbildningen hölls av samma gruppledare på två orter i Uppsala län. Grupperna bestod av 12 respektive 7 föräldrar. Som tack för medverkan utdelades två biobiljetter per förälder.

Efter informerat samtycke från föräldrarna gjordes en förmätning med ECBI, HADS och ett formulär om bakgrundsvariabler. I experimentgruppen administrerades formulären av gruppledarna under inledande introduktionssamtal enskilt med var och en av föräldrarna. Därefter inleddes behandlingen allteftersom gruppledarna blev klara med introduktionsfasen. I jämförelsegruppen administrerades formulären av den behandlingsansvariga gruppledaren och genomfördes vid den första gruppträffen. Behandlingen inleddes vid samma tillfälle. I samband med föräldrarnas sista gruppträff gjordes en eftermätning med ECBI och HADS. Formulären administrerades av gruppledarna i början av sista gruppträffen. Två gruppledare i experimentgruppen genomförde dock eftermätning på gruppträff 7 och 8. Gruppledarna hölls blinda för resultatet på formulären genom att ifyllda formulär stoppades i ett kuvert och klistrades igen av föräldrarna. Alla svar behandlades konfidentiellt utan möjlighet att spåra föräldrarnas identitet genom att föräldrarna endast angav sina initialer på formulären, som var kopplade till gruppledarnas namn. Vidare gavs varje förälder ett kodnummer som användes vid databearbetning.



Tabell 2.

*Tidsmässigt upplägg för genomförandet av förmätning, behandling och eftermätning*

	Förmätning	Behandling	Eftermätning
	- Bakgrundsfrågor - ECBI - HADS		- ECBI - HADS
Experimentgrupp	v. 35 – 39 (en under v 43)	v. 39 – 6	v. 49 - 6
Jämförelsegrupp	v. 39	v. 39 - 50	v.49 - 50

***Mätinstrument***

***Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI)***

ECBI är ett skattningsformulär för föräldrar som mäter problembeteenden hos barn och ungdomar. Formuläret innehåller 36 frågor om olika typer av problem (t.ex. följer inte självant hemmets regler, vrålar eller skriker, är överaktiv och rastlös, stjälar, har koncentrationssvårigheter). Förekomst av varje beteende registreras på en sjugradig skala, från 0 = aldrig till 7 = alltid. Föräldrarna får även ange om respektive beteende uppfattas som ett problem eller inte (ja/nej). Svaren resulterar i två summor; en intensitetssumma (ECBI-I) och en problemsumma (ECBI-P). Poängen på ECBI-I representerar den totala frekvensen av beteenden (från 36-252). Poängen på ECBI-P representerar det totala antalet beteenden som anges vara ett problem (från 0-36). ECBI är ett väletablerat skattningsinstrument som har använts i en rad studier om föräldrainsatser. ECBI har hög intern konsistens för både intensitetsskala (Cronbach's  $\alpha = .95$ ) och problemskala (Cronbach's  $\alpha = .93$ ) samt en god interbedömarreliabilitet mellan föräldrars skattningar (Colvin, Eyberg & Adams, 1999). ECBI har god kriterievaliditet (Burns & Patterson, 1990; Rich & Eyberg, 2001). Klinisk gräns för allvarliga beteendeproblem för 9 åriga barn är >120 på intensitetsskalan och >10 på problemskalan (Reedtz et al., 2008). I studien användes en tidigare svensk översättning av ECBI (Hassler & Havbring, 2003). Cronbach's  $\alpha$  vid förmätning för intensitetsskala i föreliggande studie var .89 och för problemskala .87.

### ***Hospital Anxiety Disorder Scale (HADS)***

HADS är ett självskattningsformulär som mäter ångest och depression och används för mätning av somatiska och psykiska problem inom vården (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). Formuläret består av 14 påståenden som kan delas in i två delskalor: sju påståenden som mäter ångest (HADS-Å), t.ex. ”jag känner mig orolig” och sju påståenden som mäter depression (HADS-D), t.ex. ”allting känns trögt”. Formuläret kan användas även som ett enhetligt mått för psykiska besvär (HADS-T) (Pallant & Tennart, 2007). Den som fyller i formuläret anger på en fyrgradig skala det svarsalternativ som bäst stämmer med hur personen i fråga har upplevt saker den senaste veckan. Poängen på respektive delskala kan räknas separat och resulterar i en summa för ångest och en summa för depression eller räknas samman till en totalskalepoäng. Poängen för delskalorna varierar från 0-21 med en klinisk gräns vid 8 poäng. Poängen för totalskalan varierar från 0-42 med en klinisk gräns vid 12 poäng (Pallant & Tennart, 2007). HADS har hög intern konsistens med Cronbach's  $\alpha$  för totalskala = .90, för ångestskala = .83 och för depressionsskala = .82 (Bjelland, et al., 2002). Instrumentet har god eller mycket god samtidig validitet med andra instrument, som mäter depression och ångest, t.ex. Beck Depression Inventory (BDI) och Spielberg's State Trait Anxiety Inventory (STAI),  $r = .60-.80$ . HADS-T och HADS-D har visat sig korrelera högt med BDI,  $r = .73$  respektive  $.71$ . HADS-T korrelerar något högre med STAI,  $r = .71$  än HADS-Å,  $r = .64$  (Lisspers, Nygren och Söderman, 1997). Vidare finns det en hög korrelation mellan ångest- och depressionsskala,  $r = .60-.70$ . Instrumentet har visat sig ha en god reliabilitet vid upprepad mätning av totalskala och ångest- och depressionsskala,  $r = .91$ ,  $p < .001$  (Spinoven et al., 1997). Cronbach's  $\alpha$  i föreliggande studie var .88 för totalskalan i HADS, .86 för ångestskalan och .81 för depressionsskalan.

### ***Bakgrundsfrågor***

Bakgrundsfrågor är ett formulär som innehåller frågor om föräldrar, deras barn och familjens sociala situation. Formuläret har använts vid tidigare utvärderingar av fKomet och täcker områden som kan utgöra en risk för utveckling av beteendeproblem eller försämrat behandlingsutfall. En fråga per område ställdes: föräldrars kön och ålder, civilstånd, sysselsättning, socialt stöd, utbildningsnivå, invandrarskap, psykiska hälsa samt barns kön, ålder och diagnos.

## **Behandlingarna**

### ***Förstärkt föräldraKomet (ffKomet)***

Förstärkt föräldraKomet riktade sig till föräldrar med hög social belastning som hade barn mellan 3 och 11 år med beteendeproblem. Förstärkt föräldraKomet bestod av nio gruppträffar om två och en halv timme per gång samt åtta individuella träffar om en timme per gång som var förlagda mellan gruppträffarna. De individuella träffarna skedde främst i form av hembesök. Innehållet i programmet var manualbaserat med skriftligt material till föräldrarna. I slutet av varje träff fick föräldrarna hemuppgifter. Gruppträffarna innehöll följande moment:

#### **Träff 1: Samvaro och uppmärksamhet**

- Orsaker till bråk och trots
- Hur beteenden lärs in och kan förändras
- Gemensam stund

#### **Träff 2: Samvaro och planering**

- Repetition av förra träffen och genomgång av hemuppgifter
- Repetition av Gemensam stund
- Hur vardagen kan struktureras med hjälp av planering
- ”Må bra”- aktivitet

#### **Träff 3: Förberedelser, uppmaningar och beröm (FUB)**

- Repetition av förra träffen och genomgång av hemuppgifter
- Att förstå och påverka beteenden
- Förebygga konflikter genom att förbereda barnet på vad som ska hända
- Hur tydliga uppmaningar och beröm kan ges

#### **Träff 4: Poängsystemet Ormen**

- Repetition av förra träffen och genomgång av hemuppgifter
- Genomgång av poängsystemet Ormen som syftar till att förstärka positiva beteenden hos barn
- Uppdrag och belöningar förbereds

#### **Träff 5: Pyramidens topp**

- Repetition av förra träffen och genomgång av hemuppgifter
- Repetition av Gemensam stund, FUB och Ormen
- Strategier för att minska beteendeproblem
- Modell för ilska och ilskehantering
- Meditativ avspänning
- Problemlösning

#### **Träff 6: Välj strider**

- Repetition av förra träffen och genomgång av hemuppgifter
- Att välja strider – alternativ till tjat och skäll
- Strategier för att minska tjat/skäll vid problembeteenden
- Bekräfta barnets känslor
- Eget ansvar – låt barnet komma i kontakt med naturliga konsekvenser av sina handlingar

#### **Träff 7: Regler och konsekvenser**

- Repetition av förra träffen och genomgång av hemuppgifter
- Hur man får regler att fungera, bl.a. genom tydliga konsekvenser om regeln följs/bryts

- Strategier för att minska upptrappning av konflikter

#### Träff 8: Ställa och stå emot krav

- Repetition av förra träffen och genomgång av hemuppgifter
- Repetition av vilka strider och regler och konsekvenser
- Hur problem utanför hemmet kan hanteras
- Att ställa och stå emot krav på ett lugnt och balanserat sätt

#### Träff 9: Uppföljning och planering framåt

- Uppföljning av hur teknikerna fungerar
- Sammanfattning och repetition av programmet samt diskussion
- Planering framåt, t.ex. vad man kan göra om problemen kommer tillbaka
- Utvärdering

### ***Metoder i vardagen (MIV)***

Insatsen i jämförelsegruppen var en samverkansutbildning mellan hem och skola. Den riktade sig till både föräldrar och skolpersonal som hade eller träffade barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder, som t.ex. ADHD. Interventionen anordnades av en barn- och ungdomspsykiatrisk kliniken (BUP) i Uppsala län. Problemlösningsträning och hemuppgifter var två stående inslag. Föräldrautbildningen och skolpersonalutbildning gick parallellt i 14 veckor och bestod av tio respektive åtta gruppträffar följt av en uppföljningsträff efter fyra månader. Varje träff var två timmar lång. Föräldraträffarna var förlagda på förmiddagar och skolpersonalträffar på eftermiddagar. I insatsen ingick följande arbetsmaterial: en lärobok som bl.a. innehöll idéskisser till metoder i bemötande, en manual om förstärkningssystem och en cd-skiva som bl.a. innehöll spelplaner och bilder. Innehållet kretsade kring fyra områden: struktur, språk, samarbete och strategier. De vuxna fick lära sig att skapa struktur i barnets vardag med hjälp av förstärkningssystem och problemlösningsträning. Vidare fick de vuxna lära sig pedagogiska principer och kommunikationsträning. Man strävade också efter ett samarbete mellan hem och skola genom strukturerade möten, rapportsystem, kombinerade hem- och skolprogram samt ett åtgärdsprogram. Arbetet med struktur, språk och samarbete syftade till att barnet skulle hitta fungerande strategier i vardagssituationer. Gruppträffar innehöll följande moment:

#### Träff 1: Inledning<sup>1</sup>

- Verksamhetschef/barnpsykiater informerar om neuropsykiatriska funktionshinder

#### Träff 2: Fakta om ADHD

- Praktiska frågor och kort presentationsrunda
- Frågor och kort repetition av neuropsykiatriska funktionshinder (från inledningstillfället)
- Genomgång av problemområden vid ADHD: bristande impulskontroll, överaktivitet och

---

<sup>1</sup> Gemensamt för föräldrar och lärare

- upprätthållande av uppmärksamhet samt hur dessa kommer till uttryck i vardagen
- Hemuppgift

### Träff 3: Struktur

- Genomgång av hemuppgift
- Att skapa struktur i barnets vardag med hjälp av förstärkningssystem
- Filmvisning *Hjärnan och beteendet*
- Hemuppgift

### Träff 4: Samarbete

- Genomgång av hemuppgift
- Presentation av metoder för hur samarbete mellan hem och skola kan utvecklas genom t.ex. rapportsystem
- Problemlösning i storgrupp utifrån konkreta problem som föräldrar/lärare har kring ett specifikt barn
- Hemuppgift

### Träff 5: Problemlösning

- Genomgång av hemuppgift
- Problemlösning i små grupper utifrån konkreta problem som föräldrar/lärare har kring ett specifikt barn
- Hemuppgift

### Träff 6: Problemlösning

- Genomgång av hemuppgift
- Problemlösning i små grupper utifrån konkreta problem som föräldrar/lärare har kring ett specifikt barn.
- Hemuppgift

### Träff 7: Tillverkning av arbetsmaterial<sup>2</sup>

- Genomgång av hemuppgift
- Information om hur arbetsmaterial till beteendeprogram kan tillverkas samt vad man bör tänka på (arbetet sker i små grupper)
- Hemuppgift

### Träff 8: Tillverkning av arbetsmaterial<sup>2</sup>

- Genomgång av hemuppgift
- Praktisk tillverkning av arbetsmaterial till beteendeprogram
- Hemuppgift

### Träff 9: Föreläsning

- Genomgång av hemuppgift
- Problemlösning<sup>3</sup>
- Inbjuden föreläsare efter föräldrars/lärares önskan
- Hemuppgift

### Träff 10: Avslutning

- Genomgång av hemuppgift
- Kort repetition av delar av utbildningen (kunskapsdelen, problemlösningssystemet, förstärkningssystemet)
- Utvärdering
- Avslutning och bestämma uppföljningsträff efter c:a 4 månader

---

<sup>2</sup> Ingår endast i föräldrautbildningen

<sup>3</sup> Ingår endast i lärarutbildningen

### ***Behandlingsintegritet***

Gruppledarna i experimentgruppen följde en manual som beskrev innehållet för varje gruppträff. Detaljerade checklistor över moment, övningar och hemuppgifter som skulle adresseras på gruppträffarna upprättades (se bilaga 4 för ett exempel). Gruppledarna förde registreringar och angav huruvida de följt de olika momenten helt, delvis eller inte alls. Analyser av checklistorna visade att gruppledarna hade följt manualen till 88.1%. Analyserna beräknades på totalt 91 av 94 checklistor, tre checklistor saknades. Det var främst övningar, demonstrationer och hemuppgifter som gruppledarna inte hade genomfört helt, ett annat moment var filmvisning. I jämförelsegruppen registrerades ingen behandlingsintegritet.

### ***Närvaro och hemuppgifter***

I ffKomet var deltagarnas närvaro på gruppträffarna 78%,  $SD = 21\%$  och i MIV var närvaron 80%,  $SD = 12\%$ ,  $t(45) = .46$ ,  $p > .05$ . Närvaron på de individuella träffarna i ffKomet var 79%,  $SD = 26\%$ . Sammanlagt saknades uppgifter för sju föräldrar. Deltagarna hade genomfört 68% av hemuppgifterna i ffKomet. Uppgifter om gjorda hemuppgifter i jämförelsegruppen saknades. Genomförda hemuppgifter definierades i denna studie som tillfällen då deltagaren försökt genomföra hemuppgifterna.

### *Statistiska analyser*

I syfte att göra vissa statistiska analyser har vissa svarsalternativ, gällande familjekaraktäristika, slagits samman. Variabeln neuropsykiatrisk diagnos innehåller t.ex. både barn som har en diagnos och de som är under utredning. Till variabeln bor mest/enbart hos ena föräldern räknades alla barn som har kontakt bara med ena föräldern, men även de barn som bor mer än hälften av tiden hos den ena eller hos den andra föräldern. Denna variabel döptes om till ensamstående och variabeln utesluter barn som har två sammanboende föräldrar eller barn som har lika mycket kontakt med båda sina föräldrar. Variabeln arbetslös/sjukskriven utesluter alla föräldrar som har någon form av sysselsättning, som t.ex. deltidsarbete, föräldraledighet, halvtidsstudierande.

Datamaterialet från mätningar har bearbetats med tvåvägs ANCOVOR. I syfte att hantera bortfall och data som saknades användes multipel imputation. Det är en metod som tillåter att alla deltagare inkluderas i analyserna (intention-to-treat) utan att behandlingsutfallet överskattas (Little & Rubin, 2002; Schafer, 1999; Schafer & Graham, 2002). Analyser gjordes även på deltagare som hade fullföljt behandlingen, dvs. utan att inkludera deltagare som hade hoppat av. Inga skillnader påvisades. I de fall där två föräldrar deltog, beräknades genomsnittet av deras skattningar på ECBI.

Till analyserna användes statistikprogrammet SPSS 14.0 och JMP 5.0 (JMP 5.0, 2002). Skillnader har eftertestats med Tukey's HSD i statistikprogrammet STATISTICA 6.0. t-test för oberoende mätningar och  $\chi^2$  - test gjordes i SPSS 14.0. Regressionsanalyserna gjordes i JMP 5.0. Effektstorleken beräknades med Cohen's d. Enligt Cohen bedöms  $d = .20$  som liten effekt,  $d = .50$  som en medelstor effekt och  $d = .80$  som en stor effekt (Clark-Carter, 2004).

## Resultat

### *Skillnader vid förmätning*

Oberoende *t*-test visade inga signifikanta skillnader på ECBI mellan grupperna, varken på intensitetsskalan,  $t(42) = .12, p > .05$  eller problemskalan,  $t(35) = .48, p > .05$  vid förmätning. Det fanns inte heller några statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna på HADS,  $t(49) = 0.91, p > .05$ . Vidare skilde sig inte grupperna åt på följande sociodemografiska uppgifter: kön, utbildningsnivå och sysselsättning hos föräldrar, ensamstående eller sammanboende föräldrar, föräldrars stöd från släkt och vänner och barnets kön. Däremot fanns statistiskt signifikanta skillnader när det gäller barns och föräldrars ålder, förekomst av diagnos samt om föräldrar hade invandrarbakgrund. I jämförelsegruppen var föräldrar och barn något äldre och fler av barnen hade diagnos. Ingen i jämförelsegruppen hade invandrarbakgrund, se Tabell 1.

### *Analys av behandlingsutfall*

För att besvara frågan om vilken effekt ffKomet hade på barns beteendeproblem beräknades en tvåvägs-ANCOVA. Barnets ålder och diagnos användes som kovariat för att säkerställa att skillnaderna som fanns mellan grupperna vid förmätning inte påverkade resultatet. Analysen visade en signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp för båda skalorna på ECBI, se Tabell 3. Eftertestet Tukey's HSD visade en statistisk signifikant skillnad mellan för- och eftermätning för föräldrarna i ffKomet,  $p < .01$ , men inte för föräldrarna i MIV.

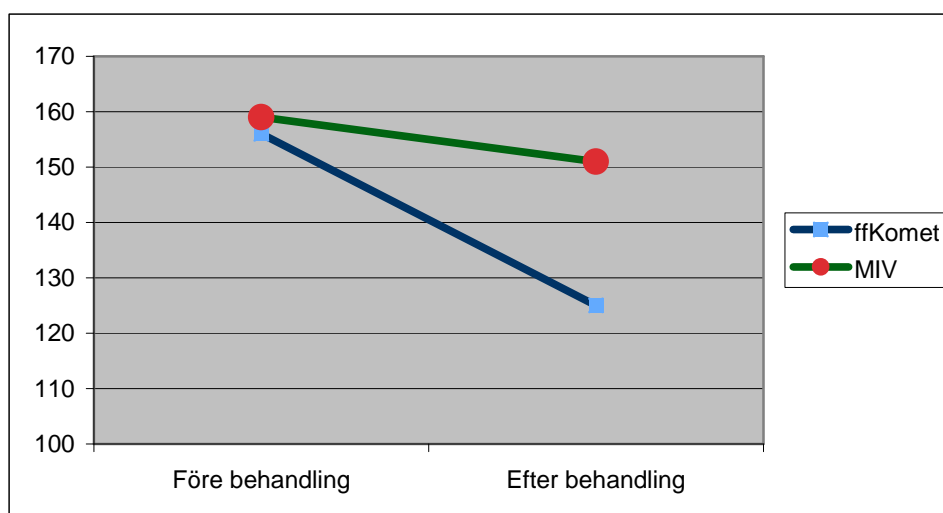
Tabell 3.

*Medelvärde (SD), n, interaktionseffekter samt effektstorlekar på ECBI-I, ECBI-P vid för- och eftermätning för respektive grupp.*

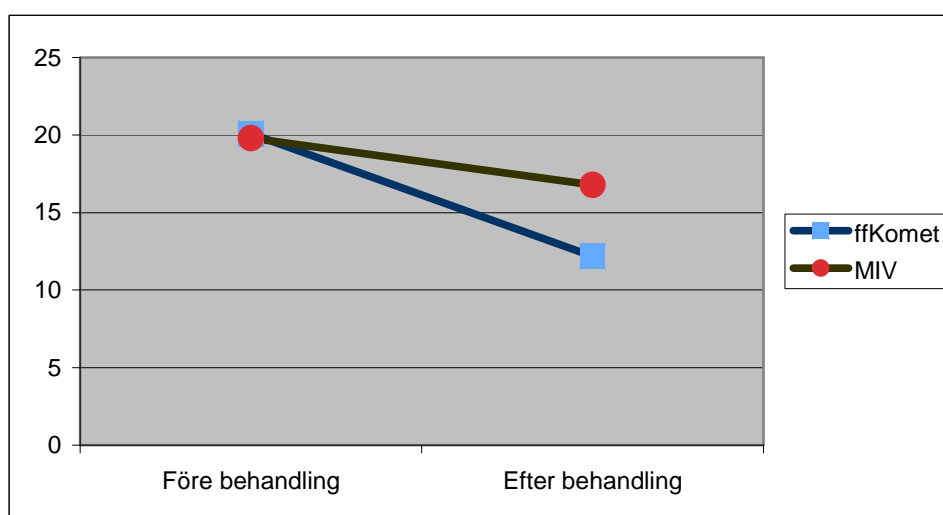
Instrument	Grupp	n	Förmätning		Eftermätning		Interaktion Tid×Grupp <i>F</i> (1,38)	Effektstorlek ( <i>d</i> )	
								Inom	Mellan
ECBI-I	ffKomet	28	156.1	(21.7)	125.1	(23.5)	13.93**	1.37	1.08
	MIV	14	158.5	(31.8)	150.5	(23.8)		0.29	
ECBI-P	ffKomet	28	20.1	(6.8)	12.2	(5.8)	6.99*	1.24	0.82
	MIV	14	19.8	(6.7)	16.8	(7.2)		0.42	

*Notering.* \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .





Figur 3. Totala frekvensen av beteendeproblem hos barn på ECBI-I i ffKomet och MIV.



Figur 4. Totala antalet beteenden som angavs vara ett problem hos barn på ECBI-P i ffKomet och MIV.

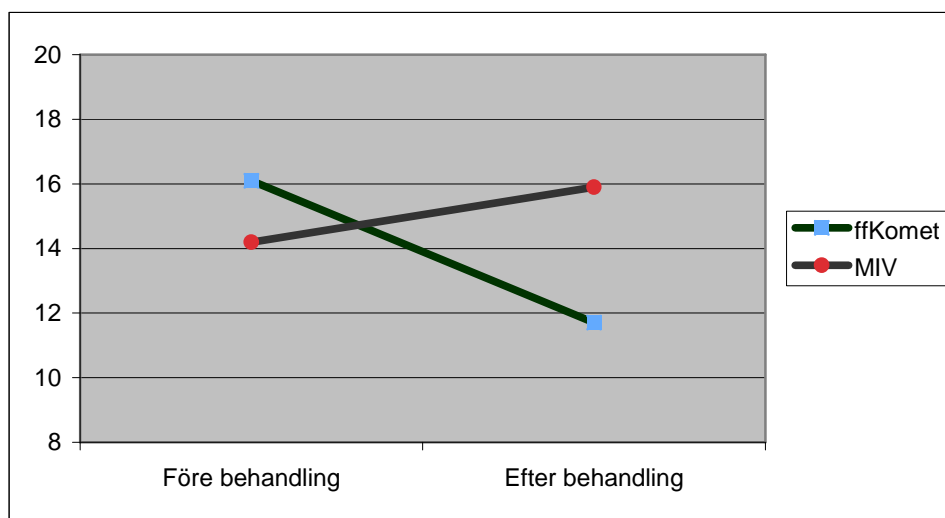
För att undersöka vilken effekt ffKomet hade på föräldrarnas psykiska hälsa beräknades en tvåvägs-ANCOVA på HADS. I syfte att kontrollera för ålderskillnaden som fanns mellan grupperna vid förmätning användes föräldrars ålder som kovariat. Invandrarskap användes inte som kovariat eftersom ingen i jämförelsegruppen hade invandrabakgrund. Resultatet visade en signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp på HADS. Eftertestet Tukey's HSD visade att föräldrarna i ffKomet hade förbättrats över tid,  $p < .001$ , men ingen signifikant skillnad i jämförelsegruppen hittades,  $p > .05$ .

Tabell 4.

Medelvärde (SD), *n*, interaktionseffekter och effektstorlekar på HADS vid för- och eftermätning för respektive grupp.

Instrument	Grupp	<i>n</i>	Förmätning		Eftermätning		Interaktion Tid×Grupp <i>F</i> (1,48)	Effektstorlek ( <i>d</i> )	
				(SD)		(SD)		Inom	Mellan
HADS	ffKomet	34	16.1	(7.4)	11.7	(7.6)	5.24*	0.59	0.86
	MIV	18	14.2	(6.9)	15.9	(6.1)		-0.27	

Notering. \*  $p < .05$ .

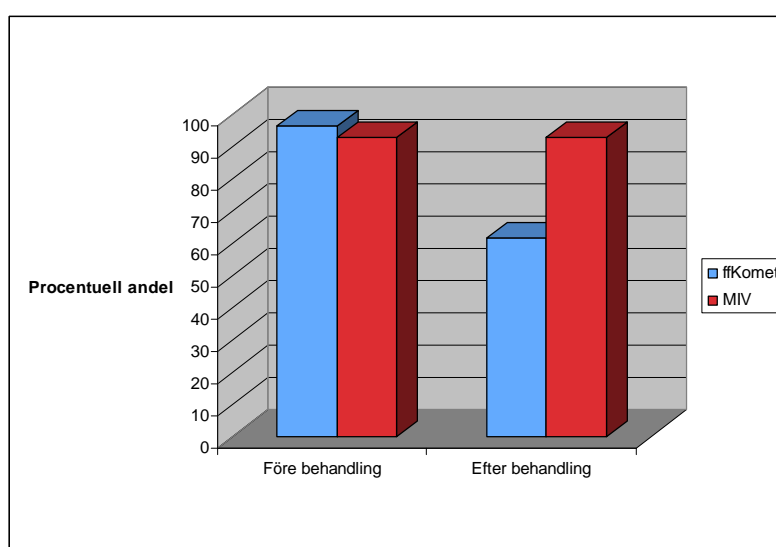


Figur 5. Förekomst av psykiska besvär hos föräldrar på HADS i ffKomet och MIV.

Analyser av vilka familjekaraktäristika som påverkade behandlingsutfallet gjordes enbart på deltagare i ffKomet som fullföljt hela behandlingen. Då det inte fanns någon signifikant skillnad hos föräldrar i MIV mellan för- och eftermätning på ECBI-I, ECBI-P, HADS,  $p > .05$  uteslöts de ur analysen. En multipel stegvis regressionsanalys gjordes. Vid beräkningar av enkla samband mellan familjekaraktäristika och förändring i beteendeproblem hos barnen uppvisades följande signifikanta samband, ensamstående,  $\rho = -.58$ ,  $p < .01$ , kvinna,  $\rho = -.42$ ,  $p < .05$ , arbetslös/sjukskriven,  $\rho = -.42$ ,  $p < .05$  och socialt stöd,  $r = -.42$ ,  $p < .05$ . De fyra variablerna som visade signifikanta samband med förändring i beteendeproblem användes i en stegvis multipel regression för att kontrollera vilka variabler som bidrog med unik varians. Hela modellen förklarade 37% av variansen ( $R^2 = .49$ ,  $R^2 \text{ adj} = .37$ ) av förändringen i beteendeproblem ( $F(4, 18) = 4.3$ ,  $p < .05$ ), men det var bara variabeln ensamstående som var signifikant och förklarade större delen av variansen ( $R^2 = .33$ ,  $p < .01$ ).

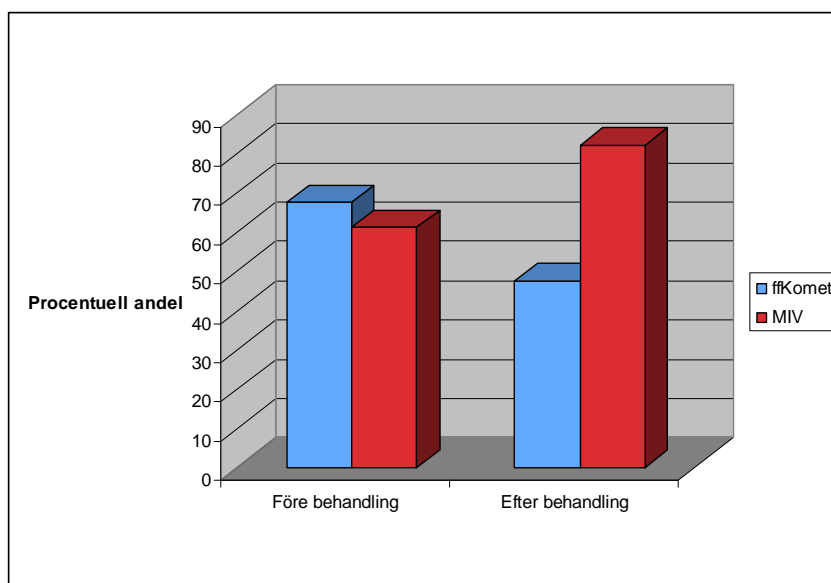
### ***Klinisk signifikans***

Barn som har högre än 120 poäng på ECBI-I och högre än 10 poäng på ECBI-P betraktas ha beteendeproblem på klinisk nivå (Reedtz et al., 2008). Som framgår av Figur 6 hade 96% av föräldrarna i ffKomet och 93% av föräldrarna i MIV kliniska beteendeproblem före behandling. Efter genomgången behandling hade andelen barn med kliniska problem minskat till 61% i ffKomet. Andelen barn med kliniska problem i jämförelsegruppen efter behandlingen var 93%, dvs. lika stor andel som före behandlingen. En analys av den andel (61%) som fortfarande hade kliniska problem enligt ECBI-I vid eftermätning visade att pojkar var överrepresenterade,  $\chi^2(24) = 5.5, p < .05$ .



Figur 6. Andel barn med allvarliga beteendeproblem enligt ECBI – I, före och efter behandlingen.

Enligt Pallant & Tennart (2007) antyder 12 poäng eller högre psykiska besvär på klinisk nivå. I Figur 7 framgår att 68% av föräldrarna i ffKomet och 61% av föräldrarna i MIV hade psykiska besvär innan behandlingen påbörjades. Efter behandlingen hade andelen föräldrar med psykiska besvär minskat till 47% i ffKomet och ökat till 77% i MIV.



Figur 7. Andel föräldrar med psykiska besvär enligt HADS före och efter behandlingen.

## Diskussion

I Sverige finns få evidensbaserade behandlingar för barn med beteendeproblem. Förstärkt föräldraKomet är ett svenskt föräldraträningsprogram som riktar sig till föräldrar med hög social belastning som har barn med allvarliga beteendeproblem. Det huvudsakliga syftet med den här studien var att utvärdera programmet genom att undersöka vilken effekt ffKomet hade på barns beteendeproblem och föräldrars psykiska hälsa jämfört med Metoder i vardagen. Ett annat syfte var att undersöka vilka familjekaraktäristika som påverkade behandlingsutfallet. En kvasiexperimentell design användes.

### *Resultat*

Resultatet visade att barn till föräldrar i ffKomet hade signifikant färre beteendeproblem efter behandling jämfört med före behandling medan barn till föräldrar i jämförelsegruppen inte hade förändrats. Mellangruppseffektstorleken var stark,  $d = 1.09$  för intensitetsskalan och  $d = .82$  för problemskalan.

Trots att barns beteendeproblem minskade signifikant över tid, i ffKomet, hade barnen problem som kan betraktas vara kliniska vid eftermätning. En undersökning av hur stor andel barn med kliniska problem före och efter behandling, enligt ECBI-I, visade att 96% av barnen i ffKomet hade kliniska problem före behandling jämfört med 61% efter behandling. I MIV var andelen barn med kliniska problem 93% före behandling, något som inte hade förändrats efter behandlingen.

När det gäller föräldrars psykiska hälsa visade resultatet att det skett en statistisk signifikant förbättring av föräldrarnas psykiska hälsa i ffKomet jämfört med föräldrarna i MIV vars psykiska hälsa inte hade förändrats. Mellangruppseffektstorleken var  $d = .86$ . En undersökning av hur stor andel föräldrar som hade psykiska besvär som kan benämnas som kliniska, visade att 68% av föräldrarna i ffKomet före behandling och 48% efter behandling hade kliniska problem. Andelen i MIV var 61% respektive 82%.

En explorativ analys visade att barns beteendeproblem i ffKomet inte hade minskat lika mycket om föräldern var ensamstående. Resultatet bör dock betraktas som osäkert då analysen gjordes på färre deltagare än vad som krävs. En analys av den andel (61%) som inte hade förbättrats kliniskt på ECBI-I vid eftermätning, visade att kön var en riskfaktor, pojkar var överrepresenterade.

### ***Resultat i förhållande till tidigare forskning***

Resultatet som visade att barns beteendeproblem hade minskat efter att föräldrar genomgått en förstärkt version av ett föräldraträningsprogram ligger i linje med tidigare forskningsresultat (Sanders et al., 2000; Webster-Stratton, 1994). I likhet med vad tidigare forskning visat om föräldrar med psykisk ohälsa som genomgått ett föräldraträningsprogram (Barlow et al., 2007; DeGarmo, 2004), uppvisades i den här studien förbättringar av den psykiska hälsan efter att ha deltagit i ffKomet. Förekomst av psykiska besvär motsvarade tidigare redovisade siffror (Hutchings, 1996). Karaktäristika hos familjer som påverkade behandlingsutfallet på ECBI-I ligger även det i linje med tidigare forskningsresultat som visar att ensamstående (Reno & McGrath, 2006) inte i lika stor utsträckning blir hjälpta av att delta i ett föräldraträningsprogram. Antalet föräldrar som hoppade av ffKomet var anmärkningsvärt få, endast 12% hoppade av. Detta motsäger tidigare forskning, som redovisat en siffra på att så många som 40-60% avslutar i förtid (Kazdin et al., 1995; Kazdin & Wassell, 1998).

### ***Diskussion av resultaten***

Signifikanta skillnader på ECBI och HADS mellan grupperna tyder på att det är typ av insats som avgör huruvida föräldrarna blivit hjälpta eller inte. Innehållet i de olika insatserna överlappar varandra till en viss grad. Båda metoderna bygger på inläringsteoretiska principer och har amerikanska föräldraträningsprogram som modell. Vidare använder sig båda metoderna av belöningsystem för att öka föräldrars positiva samspel med sina barn och minska föräldrars fokus på barnets negativa beteenden. Problemlösning och hemuppgifter är också två stående inslag som används i båda grupperna. Ändå är det enbart föräldrar som deltagit i ffKomet som blivit hjälpta medan föräldrar i MIV inte förändrats mellan för- och eftermätning. Trots att metoderna har vissa likheter fanns det dock betydande skillnader mellan insatserna. En väsentlig skillnad var att föräldrar som deltog i ffKomet hade en individuell träff med gruppledaren mellan varje gruppträff. De individuella träffarna syftade till att hjälpa föräldern tillämpa det denne lärt sig under gruppträffarna men också till att fördjupa sig i särskilda tillägg som verkade motiverade för just den föräldern. Hade t.ex. en förälder problem med ilska kunde gruppledaren använda sig av tillägget om ilskehantering. Ibland skedde de individuella träffarna i form av hembesök, vilket kan ha gett gruppledaren mer information om förälderns situation som annars inte synliggjorts. Detta kan ha inneburit att föräldrarna i ffKomet fick en mer individanpassad och skraddarsydd insats som på ett unikt sätt tog hänsyn till individuella svårigheter hos föräldrarna jämfört med föräldrarna i

MIV som deltog i en insats utan individuella träffar. Det är sannolikt att de individuella träffarna har haft betydelse för resultatet.

När det gäller förbättringar av den psykiska hälsan hos föräldrar i ffKomet kan förbättringar av barnens beteendeproblem haft betydelse. Föräldrarna kan ha blivit förstärkta av att upptäcka att förändringar i det egna beteendet påverkat barnets beteende som i sin tur kan ha haft effekt på den psykiska hälsan. Ytterligare en förklaring till förbättringar i den psykiska hälsan skulle kunna vara tillägget av ”må-bra” aktivitet som syftade till att få föräldrar att planera in aktiviteter som de själva mådde bra av. Gruppledarna kan också ha blivit bättre på att identifiera depressiva symtom hos föräldrar och föreslå åtgärder tack vare ett nytt inslag i gruppledarutbildningen, som handlade om depression och beteendeaktivering.

I föreliggande studie användes en kvasiexperimentell design med två existerande grupper vilket kräver en viss försiktighet vid tolkning. Den högsta graden av kontroll uppnås genom att använda en experimentell design där deltagarna randomiseras till olika grupper (Graziano & Raulin, 2000). Syftet med randomisering är att skapa grupper som är så lika som möjligt i början av studien. I den aktuella studien var grupperna påfallande lika på beroendemått vid studiens start och de liknade även varandra på en rad sociodemografiska variabler vilket kan betraktas som en styrka. För att kunna dra slutsatser om behandlingens effekt är det viktigt att grupperna i början av behandlingen har samma utgångsläge. Den kvasiexperimentella designen medför trots allt att den ekologiska validiteten kan betraktas som hög. Interventionen gavs av personer som efter att ha avslutat utbildningen kommer att arbeta med samma målgrupp under samma omständigheter och förutsättningar. En kritisk ståndpunkt som riktas mot forskning som utförs i laboratoriemiljö är just att det är dålig koppling mellan forskning och den kliniska vardagen.

Trots likheterna grupperna emellan skilde de sig åt när det gällde barns och föräldrars ålder, barnets diagnos samt huruvida föräldrarna hade invandrarbakgrund. Tidigare forskning har visat att äldre barn och ungdomar är mer svårbehandlade (Dishion & Patterson, 1992). Det skulle kunna förklara skillnaden mellan grupperna eftersom barnen i MIV var äldre. Forskning har visat att PMT fungerar bra även för barn med diagnos (The MTA Cooperative Group, 1999) men för att säkerställa att de beskrivna skillnaderna inte påverkade resultatet användes barnets ålder och diagnos som kovariat i analyserna av utfallet på ECBI, vilket stärker tolkningen att resultatet berodde på vilken behandling föräldrarna fick. Föräldrars ålder användes som kovariat i analyserna av utfallet på HADS. Ingen i jämförelsegruppen hade invandrarbakgrund och av den orsaken användes inte denna variabel som kovariat. Även detta resultat styrker att behandlingsutfallet berodde på metoden.

### ***Förstärkt föräldraKomet i förhållande till föräldraKomet***

Förstärkt föräldraKomet är en vidareutveckling av föräldraKomet, och har tagits fram på grund av att alla inte blivit hjälpta av fKomet. Resultatet visar att behandlingen har varit verksam för föräldrar som deltagit i ffKomet. Utifrån den här studien vet vi dock inte om deltagande föräldrar motsvarade den tredjedel som inte blev hjälpta av föräldraKomet. Som tidigare konstaterats finns det dock tecken som tyder på att föräldrarna som deltagit i ffKomet är en mer utsatt grupp. Till exempel har 50% av föräldrarna rekryterats från socialtjänsten i ffKomet medan endast 2% har rekryterats från socialtjänsten i fKomet. Vidare söker föräldrarna i fKomet, i stor utsträckning hjälp själva medan föräldrarna i ffKomet får insatsen på rekommendation. Barnen i ffKomet hade vid förmätning i genomsnitt 156.1 poäng på ECBI-I och 20.1 problempoäng medan barnen i fKomet hade 137.5 poäng på ECBI-I respektive 15.5 problempoäng (Kling et al., 2006). Sammantaget tyder detta på att man lyckats rekrytera en svårare målgrupp, som också var avsikten.

I den aktuella studien uppmättes starka effektstorlekar,  $d = 1.08$ , jämfört med fKomet,  $d = .61$  (Kling et al., 2006). Att effektstorleken var så pass mycket större skulle kunna påverkas av att gruppledarna blivit bättre på att tillämpa metoden eftersom de redan gått en gruppledarutbildning i fKomet. De hade därmed fått repetition i teoretiska grundprinciper som Kometmetoden bygger på, bland annat beteendeanalys. Kazdin (1997) anser att behandlarnas erfarenhet av att tillämpa behandlingsprinciper har betydelse för utfallet.

Vidare kan de starka effektstorlekarna bero på att barnen hade svårare beteendeproblem. I en studie av Kazdin & Whitley (2006) var förändringsvärdet större för barn med svårare beteendeproblematik jämfört med barn som inte hade lika svåra beteendeproblem, även om de vid eftermätning låg på samma nivå.

### ***Svagheter***

Det finns dock en rad omständigheter som bör tas i beaktande vid tolkning av resultatet. En svaghet med studien var att det var relativt få deltagare i jämförelsegruppen och enbart en gruppledare som höll i behandlingen vilket begränsar slutsatserna som kan dras.

En annan omständighet som bör tas i beaktande är behandlingarnas utbredning över tid. Det faktum att experimentgruppens behandling sträckte sig över arton veckor medan jämförelsegruppens behandling sträckte sig över tio veckor kan bidra till förståelsen av skillnaderna mellan grupperna. Föräldrarna i experimentgruppen har således haft mycket längre tid på sig att implementera det de lärt sig jämfört med föräldrarna i jämförelsegruppen.



Webster-Stratton & Hammond (1997) har konstaterat en fördröjd behandlingseffekt för kombinerade behandlingar och menar att det med detta upplägg tar tid innan förändringar kan konstateras. Insatsen i jämförelsegruppen var just en kombinerad behandling, där både hem och skolan var inblandade. Mot bakgrund av detta är det möjligt att barn och föräldrar i jämförelsegruppen hade behövt mer tid för att uppvisa förbättringar.

Ytterligare en svaghet var att enbart föräldraskattningar av barns beteendeproblem användes. Observationer av barns beteenden och lärarskattningar hade varit önskvärda. Dels för att öka reliabiliteten och dels för att se om behandlingseffekten generaliseras till andra miljöer. Barns beteendeproblematik kan förutom att märkas i hemmet, märkas även i skolan, eller på att barnet har försämrade relationer med jämnåriga (Andersched & Andersched, 2005; Patterson et al., 1989).

Förstärkt föräldraKomet riktade sig till föräldrar med hög social belastning och det fanns riktlinjer för den tilltänkta målgruppen. Det är dock inte möjligt att med säkerhet fastslå att föräldrarna som deltog i ffKomet hade hög social belastning, som den tilltänkta målgruppen skulle ha. Sammantaget pekar dock den insamlade informationen (familjekaraktäristika, poäng på HADS och ECBI) på att gruppen hade hög social belastning. Att föräldrarna främst rekryterades via socialtjänsten är också en indikation på detta. I framtida studier skulle man eventuellt kunna komplettera med fler instrument som t.ex. mäter missbruk, ilska, våld i familjen, äktenskapsproblem etc. så att målgruppen kan beskrivas tydligare.

### ***Alternativa tolkningar***

Trots att grupperna ser ut att vara lika vid början av studien vet vi inte med säkerhet att grupperna inte skiljer sig åt på relevanta variabler. Till exempel rekryterades deltagarna i studien från olika instanser, den ena gruppen främst från socialtjänsten och den andra från BUP, något som kan tyda på att grupperna kommer från olika populationer. En gängse uppfattning är att familjer som är aktuella inom socialtjänsten har problem av social karaktär medan familjer som är aktuella inom BUP har psykiatriska problem. Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri skriver emellertid på sin hemsida att socialtjänsten och BUP har en del gemensamma målgrupper, till exempel barn till föräldrar med brister i omsorgsförmåga, barn utsatta för misshandel och ungdomar med utagerande beteende (Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, 2003). I en rapport över granskning av barn- och ungdomspsykiatri i Kalmar läns landsting (Landstinget i Kalmar län, 2001) framkom tecken på samarbetsproblem mellan socialtjänsten och BUP, som handlade om att barn aktuella inom socialtjänsten i behov av psykiatrisk hjälp inte togs emot av BUP eller fick

vänta länge innan de togs emot. Det kan ha skapat en situation där socialtjänsten blivit tvungna att själva handha barn med allvarlig beteendeproblematik, vilket leder fram till slutsatsen att målgruppen för den aktuella studien ändå kan återfinnas både inom socialtjänsten och BUP.

Även om vi kontrollerade för att skillnader mellan grupperna när det gäller barns diagnos inte påverkade resultatet har vi inga uppgifter om huruvida föräldrar hade någon diagnos. Forskning har visat att genetiska faktorer har betydelse för uppkomsten av ADHD och att problemen kan återfinnas bland andra familjemedlemmar (Broberg et al, 2003). Upp till 25% av barn som har ADHD har en förälder med ADHD (Farone & Biederman, 1997). Liksom barn med ADHD uppvisar föräldrar svårigheter på det interpersonella planet, i yrkeslivet och de har ibland nedsättningar i den kognitiva förmågan (Biederman, Knee & Munir, 1990). Det är därför inte otänkbart att föräldrar till barn med ADHD på grund av sina egna svårigheter är en mer svårbehandlad grupp. I en studie fick mödrar med olika mycket symtom på ADHD delta i ett föräldraträningsprogram och resultatet visade att föräldraträningen inte fick någon effekt för de mödrarna med hög grad av symtom på ADHD (Sonuga-Barke, Daley & Thompson, 2002). Detta skulle eventuellt kunna bidra till förståelsen varför föräldrar i jämförelsegruppen inte förändrades där fler barn hade ADHD-diagnos, vilket eventuellt kan betyda att fler föräldrar hade egna symtom på ADHD. Sonuga-Barke et al. (2002) föreslår en alternativ terapeutisk approach när föräldrar har höga nivåer på symtom av ADHD. Författarna menar att dessa föräldrar sannolikt drar nytta av program som skräddarsys utifrån deras tillstånd. Exempel skulle vara att minska kraven på organisatorisk förmåga, minska längden på sessioner samt lära föräldrar tekniker för att kontrollera sin egen ilska och frustration. Förstärkt föräldraKomet är en mer skräddarsydd intervention där det finns möjlighet att ta hänsyn till föräldrars individuella förutsättningar.

### ***Framtida studier***

Eftersom ffKomet bland annat är tänkt som en beslutad insats inom socialtjänsten fanns en strävan att få till en randomiserad studie med en kontrollgrupp, som skulle få behandling som ges i vanliga fall inom socialtjänsten. Det visade sig vara en svår uppgift, då det fanns få som var intresserade av att delta i utvärderingen. Därför vet vi inte om ffKomet är bättre än andra insatser som redan finns inom socialtjänsten. Av den anledningen är det angeläget att i framtiden jämföra ffKomet med just en annan insats inom socialtjänsten.

Även om ffKomet i den här studien har visat goda resultat bör det dock noteras att det inte med säkerhet går att uttala sig om de anpassningar och förändringar som gjorts mellan de två

versionerna av Komet har haft en tilläggseffekt. I syfte att säkerställa att ffKomet har en tilläggseffekt skulle man kunna jämföra ffKomet och fKomet där deltagare till båda grupperna rekryteras från socialtjänsten och randomiseras till den ena eller andra insatsen. Behandlingen skulle i så fall ges av personer som hade utbildning i ffKomet.

Mot bakgrund av att behandlarna i denna studie var under utbildning och skulle uppfylla vissa krav för att bli godkända, vore det värdefullt att i framtida studier utvärdera behandlingen när den ges av färdigutbildade gruppleddare.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC.
- Andersched, H., & Andersched, A. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, SSB. (2007). Parent-training programmes for improving maternal psychological health (Review). *The Cochrance Collaboration. Published in The Cochrance Library, 3.*
- Beauchaine, T.B., Webster-Stratton, C., & Reid, M.J. (2005). Mediators, Moderators, and Predictors of 1-Year Outcomes Among Children Treated for Early-Onset Conduct Problems: A Latent Growth Curve Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 371-388.
- Beck, C.T. (1999). Maternal Depression and Child Behaviour problems: a meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 29*, 623-629.
- Biederman, J.F., Knee, D., & Munir, K. (1990). Retrospective assessment of DSM-III attention deficit disorder in non-referred individuals. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 102-106. In
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 69-77.
- Bogner, I., & Zielenbach-Cohen, H. (1984). On maintaining change in behavioral marital therapy. In Eyberg, S.M., Edwards, D., Boggs, S.R., & Foote, R. (1998). Maintaining the Treatment Effects of Parent Training: The Role of Booster Sessions and Other Maintenance Strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 544-554.
- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi: Utveckling på avvägar.* Falköping: Natur och Kultur.
- Brody, G.H., & Forehand, R. (1986). Maternal Perceptions of Child Maladjustment as a Function of the Combined Influence of Child Behavior and Maternal Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 237-240.
- Burns, G.L., & Patterson, D.R. (1990). Conduct Problem Behaviors in a Stratified Random Sample of Children and Adolescents: New Standardization Data on the Eyberg Child Behavior Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 391-397.

- Carr, A. (1999). *The handbook of child and adolescent clinical psychology. A contextual approach*. New York: Routledge.
- Carr, A. (2000). *What Works with Children and Adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Brunner-Routledge.
- Caspi, A., Elder, G.H., & Bem, G.L. (1987). Moving against the World: life-course patterns of explosive children. *Developmental Psychology*, 23, 308-313.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Hall Williams, S., Baumann, B.L., Kipp, H. et al., (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Developmental Psychology*, 43, 70-82.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative Psychological Research: A student's handbook*. New York: Psychology Press.
- Colvin, A., Eyberg, S.H., & Adams, C.D. (1999). *Standardization of the Eyberg Child Behavior Inventory with chronically ill children*. Unpublished manuscript.
- Cummings, E.M., Keller, P.S., & Davies, T. (2005). Towards a family process model of maternal and paternal depressive symptoms: exploring multiple relations with child and family functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 479-489.
- Dadds, M.R., Schwartz, S., & Sanders, M.R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396-403.
- DeGarmo, D.S., Patterson, G.R., & Forgatch, M.S. (2004). How Do Outcomes in a Specified Parent Training Intervention Maintain or Wane Over Time? *Prevention Science*, 5, 73-89.
- Dishion, T.J., & Patterson, G.R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719-729.
- Downey, G., & Coyne, J.C. (1990). Children of Depressed Parents: An Integrative Review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Elgar, F.J., Waschbusch, D.A., McGrath, P.J., Stewart, S.H., & Curtis, L.J. (2004). Mutual influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 441-459.
- Eyberg, S.M., Edwards, D., Boggs, S.R., & Foote, R. (1998). Maintaining the Treatment Effects of Parent Training: The Role of Booster Sessions and Other Maintenance Strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 544-554.
- Farone, S.V., Biederman, J. (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familiar risk factors? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 533-541.

- In Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M. (2002). Does maternal adhd reduce the effectiveness of parent training for preschool children´s adhd? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 696-702.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T., & Horwood, L.J. (1993). The Effect of Maternal Depression on Maternal Ratings of Child Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 245-269.
- Fernandez, M.A., & Eyberg, S.M. (2005). Keeping Families In Once They´ve Come Through the Door: Attrition in Parent-Child Interaction Therapy. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 2, 207-212.
- Forehand, R., & Brody, G. (1985). The association between parental personal/marital adjustment and parent-child interactions in a clinic sample. *Behavior Research Therapy*, 23, 211-212.
- Forgatch, M.S., & DeGarmo, D.S. (1999). Parenting through change: An effective prevention program for single mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 711-724.
- Gelfand, D.M., & Teti, D.M. (1990). The Effects of Maternal Depression on Children. *Clinical Psychology Review*, 10, 329-353.
- Gillberg, C., & Hellgren, L. (2000). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Graff, M. (2001). *Insatser för utagerande barn. En teoretisk genomgång av utvärderade program*. Centrum för Barn- och Ungdomshälsa. Hämtad November 10, 2007, från <http://www.cbu.dataphone.se/projekt/emil/emilteorapp.pdf>
- Graziano, A.M., Raulin, M.L. (1997). *Research methods. A process of inquiry*. New York: Educational Publishers.
- Griest, D.L., Forehand, R., Rogers, T., Breiner, J., Furey, W., & Williams, C.A. (1982). Effects of parent enhancement therapy on the treatment outcome and generalization of a parent training program. *Behavior Research Therapy*, 20, 429-436.
- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB.
- Hassler, M., & Havbring, L. (2003). *Föräldracirklar – Ett metod för att utveckla sitt föräldraskap*. (FoU-rapport 2003:8). Stockholms Socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Hutchings, J. (1996). Evaluating a Behaviourally Based Parent Training Group: Outcomes for Parents, Children and Health Visitors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24, 149-170.
- Junger, M., Feder, L., & Côté, M. S. (2007). Policy implications of present knowledge on the development and prevention of physical aggression. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 13, 301-326.

- Kazdin, A. E. (1987). Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin*, *102*, 187-203.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner Review: Psychological Treatments for Conduct Disorder in Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*, 161-178.
- Kazdin, A. E. (2005). *Parent Management Training: Treatment for oppositional, aggressive and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E., Siegel, T.C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 733-747.
- Kazdin, A.E., Stolar, M.J., & Marciano, P.L. (1995). Risk factors for dropping out of treatment among white and black families. *Journal of Family Psychology*, *9*, 402-417.
- Kazdin, A.E., & Wassell, G. (1998). Treatment Completion and Therapeutic Change Among Children Referred for Outpatient Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, *29*, 332-340.
- Kazdin, A.E. & Wassell, G. (2000). Predictors of Barriers to Treatment and Therapeutic Change in Outpatient Therapy for Antisocial Children and Their Families. *Mental Health Services Research*, *2*, 27-40.
- Kazdin, A.E., & Whitley, M.K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 504-515.
- Kazdin, A.E., Whitley, M., & Marciano, P.L. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 436-445.
- Kim-Cohen, J., Moffitt, T.E., Taylor, A., Pawlby, S.J., & Caspi, A. (2005). Maternal Depression and Children's Antisocial Behavior. *Arch Gen Psychiatry*, *62*, 173-181.
- Kling, Å., & Sundell, K. (2006). *Komet för föräldrar. Föräldrars deltagande och upplevelse av programmet Komet*. (FoU-rapport 2006:13). Stockholms Socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Kling, Å., Sundell, K., Melin, L., & Forster, M. (2006). *Komet för föräldrar. En randomiserad effektutvärdering av ett föräldraprogram för barns beteendeproblem*. (FoU-rapport 2006:14). Stockholms Socialtjänstförvaltning: FoU-enheten.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S. J., Buitelaar, J., Daalen, E. Van., & Fegert, J., et al. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and

- disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, *14*, 11-28.
- Landstinget i Kalmar län. (2001). Rapport över granskning av barn- och ungdomspsykiatri i landstinget i Kalmar län. Hämtad Februari 28, 2008, från <http://www2.ltkalmar.se/revision/rapporter/BUP.htm>
- Lipsey, M.W., & Derzon, J.H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood.: a synthesis of longitudinal research. In R. Loeber & D.P. Farrington (Eds.). *Serious and violent juveniles offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
- Lisspers, J., Nygren, A., & Söderman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): som psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatr Scand*, *96*, 281-286.
- Little, R.J.A., & Rubin, D.B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2<sup>nd</sup>ed). Hoboken, NJ:Wiley.
- Lochman , J.E. (2004). Contextual Factors in Risk and Prevention Research. *Merrill-Palmer Quarterly*, *50*, 311-325.
- Long, P., Forehand, R., Wierson, M., & Morgan, A. (1994). Does Parent Training with Young Noncompliment Children Have Long-term Effects? *Behaviour Research Therapy*, *32*, 101-107.
- Loeber, R., & Dishion, T. (1983). Early Predictors of Male Dequency: A Review. *Psychological Bulletin*, *94*, 68-99.
- Loeber, R., Farrington, D. P., & Waschbusch, D.A. (1998). Serious and violent juvenile offenders. In Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problem. *Psychological Bulletin*, *128*, 118-150.
- Lundahl, B.W., Nimer, J., & Parsons, B. (2006). Preventing Child Abuse: A Meta-Analysis of Parent Training Programs. *Research on Social Work Practice*, *16*, 251-262.
- MacKenzie, E.P., Fite, P.J., & Bates, J.E. (2004). Predicting Outcome in Behavioral Parent Training: Expected and Unexpected Results. *Child & Family Behavior Therapy*, *26*, 37-49.
- McDonald, M.R., & Budd, K.S. (1983). "Booster shots" following didactic parent training: Effects of followup using graphic feedback and instruction. *Behavior Modificatin*, *7*, 211-223. In Eyberg, S.M., Edwards, D., Boggs, S.R., & Foote, R. (1998). Maintaining the Treatment Effects of Parent Training: The Role of Booster Sessions and Other Maintenance Strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 544-554.



- Modell, J.D., Modell, J.G., Wallander, J., Hodgens, B., Duke, L., & Wisley, D. (2001). Maternal Ratings of Child Behavior Improve With Treatment of Maternal Depression. *Family Medicine*, *33*, 691-695.
- The MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 1073-1086.
- Nock, M.K., Phil, M., & Kazdin, A.E. (2001). Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, *10*, 155-180.
- Pallant, J.F., & Tennant, A. (2007). An introduction to the Rasch measurement model: An example using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *British Journal of Clinical Psychology*, *46*, 1-18.
- Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments, and criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 911-919. In Eyberg, S.M., Edwards, D., Boggs, S.R., & Foote, R. (1998). Maintaining the treatment effects of parent training: The role of booster sessions and other maintenance strategies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *5*, 544-554.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., & Ramsey, E. (1989). A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist*, *44*, 329-335.
- Pelham, W.E., Lang, A.R., Atkeson, B., Murphy, D.A., Gnagy, E.M., Greiner, A.R., Vodde-Hamilton, M., & Greenslade, K.E. (1997). Effects of Deviant Child Behavior on Parental Distress and Alcohol Consumption in Laboratory Interactions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *25*, 413-424.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B.H., Clifford, G., & Mørch, W-T. (2008). Development and Aging. Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology*, *49*, 31-38.
- Reyno, S.M., & McGrath, P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – a meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *47*, 99-111.
- Rich, B. R., & Eyberg, S. M. (2001). Accuracy of assessment: the discriminative and predictive power of the Eyberg Child Behavior Inventory. *Ambulatory Child Health*, *7*, 249-257.
- Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behaviour in children – and who pays it. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 547-553.

- Sanders, M., & McFarland, M. (2000). Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioral family intervention. *Behavior Therapy, 31*, 89-112.
- Sanders, M.R., Markie-Dadds, C., Tully, L.A., & Bor, W. (2000). The triple p-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 624-640.
- Schafer, J.L. (1999). *NORM: Multiple imputation of incomplete multivariate data under a normal model, version 2.03 software for Windows 95/98*. Retrieved June 10, 2006, from <http://www.stat.psu.edu/~jls/misoftwa.html>
- Schafer J.L. & Graham, J.W. (2002). Missing Data: Our view of the state of the art. *Psychological Methods, 7*, 147-177.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
- Sonuga-Barke, E.J.S., Daley, D., Thompson, M. (2002). Does maternal adhd reduce the effectiveness of parent training for preschool children's adhd? *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*, 696-702.
- Spinhoven, Ph., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens, A.E.M., & van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine, 27*, 363-370.
- Stattin, H. (2004, februari). *Betydelsen av multiproblem*. Presentation vid konferensen "Barn med antisocialt beteende", Sättra Bruk.
- Sundel, M., & Sundel, S. (2005). *Behavior change in the human services*. London: Sage Publications.
- Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2003). *Barn- och ungdomspsykiatrins målgrupp och uppgifter*. Hämtad Februari 20, 2008, från [www.slf.se/templates/AssociationPage.aspx?id=6553](http://www.slf.se/templates/AssociationPage.aspx?id=6553).
- Svensk BUP-förening. (2003, Maj). *Barn och ungdomar med antisocialt eller aggressivt utagerande. Kliniska riktlinjer för bedömning och handläggning inom barn- och ungdomspsykiatri*. Hämtad September 15, 2007, från [http://www.cvp.se/publications/other\\_publ/Riktlinjer%20ODDCD\\_BUP\\_030531.pdf](http://www.cvp.se/publications/other_publ/Riktlinjer%20ODDCD_BUP_030531.pdf)
- Waschbusch, D. A. (2002). A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problem. *Psychological Bulletin, 128*, 118-150.

- Webster-Stratton, C. (1985). Case Studies and Clinical Replication Series. Predictors of Treatment Outcome in Parent Training for Conduct Disordered Children. *Behavior Therapy*, *16*, 223-243.
- Webster-Stratton, C. (1990). Long-Term Follow-Up of Families with Young Conduct Problem Children: From Preschool to Grade School. *Journal of Clinical Child Psychology*, *19*, 144-149.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 583-593.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating Children With Early-Onset Conduct Problems: A Comparison of Child and Parent Training Interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 93-109.
- Webster-Stratton, C., & Herbert, M. (1994). *Troubled families, problem children. Working with parents: A collaborative process*. Chichester, England: Wiley.
- Werba, B.E., Eyberg, S.M., Boggs, S.R., & Algina, J. (2006). Predicting Outcome in Parent-Child Interaction Therapy. *Behavior Modification*, *30*, 618-646.

---

## Utvärdering av Förstärkt Komet

Trots att Komet har visat goda effekter blir inte alla föräldrar hjälpta. Den vidareutbildning Du anmält dig till, «Förstärkt Komet» riktar sig därför till behandlare som arbetar med familjer med mer komplex problematik. Nu behöver vi hjälp med att ta reda på om familjerna blir hjälpta av Förstärkt Komet. I dagsläget finns ännu ingen forskning kring detta men nu ska vi, i form av två psykologexamensuppsatser göra en utvärdering av Förstärkt Komet.

### Studien syftar till att:

- jämföra Förstärkt Komet med den insats som ges i vanliga fall och fastställa eventuella skillnader
- se huruvida föräldrars mående och barns problembeteende påverkas av att föräldrarna får redskap för att hantera problem med sitt barn
- se om barns självkänsla påverkas av att föräldrarna deltar i programmet samt se hur barnet uppfattar olika delar av programmet

### Hur går utvärderingen till?

Utvärderingen kommer att göras dels med hjälp av frågeformulär som föräldrarna fyller i vid utbildningens start och avslutning, och dels genom att uppsatsförfattarna träffar barnen och tillsammans med dem fyller i ett frågeformulär och ställer några frågor.

### Vad innebär deltagandet för dig?

Det du behöver göra är att informera om studien och samla in ett skriftligt medgivande från föräldrarna till att delta i studien samt till att uppsatsförfattarna får träffa barnen. En annan uppgift blir att vid två tillfällen administrera några formulär och sedan lämna dem till oss. I samband med utbildningens introduktionsdag den 28 augusti kommer Du att få mer information och tillgång till formulär och blanketter för samtycke.

För att underlätta för Er och familjerna har antalet formulär begränsats till totalt fem stycken (3 före och 2 efter utbildningen) vilket gör att detta inte tar alltför mycket tid i anspråk. Vi är medvetna om att familjerna är belastade och för att möjliggöra en studie som utgår från barnets perspektiv har vi vid två tillfällen, planerat träffa barnen i deras skol/förskolemiljö, något som beräknas ta ungefär 30 minuter. Att kunna göra en utvärdering även utifrån barnets perspektiv är värdefullt då det aldrig är gjort tidigare.

### Något om frågeformulären till föräldrarna

- Barns problembeteenden mäts med ”Eybergs formulär för registrering av barns beteenden”. Består av 36 frågor, några exempel är: *”drar ut på tiden vid maten”, ”gråter lätt” och ”blir lätt distraherad”*.
- Föräldrarnas mående mäts med ”Hur mår du?” som mäter graden av ångest och depression. Består av 14 påståenden, några exempel är: *”jag känner mig spänd och nervös” och ”jag känner mig på gott humör”*.
- Bakgrundsvariabler som handlar om utbildning, demografiska uppgifter etc. samlas in för att kunna beskriva målgruppen.

### **Något om frågeformulären till barnen**

- Barnens självkänsla mäts med "Jag tycker jag är". Består av 32 påståenden, några exempel är: "jag är ganska lik mina föräldrar", "jag är bra i idrott" och "jag gillar mina klasskamrater".
- Hur barnen uppfattar olika delar av programmet tar vi reda på genom en kort intervju där frågorna utgår ifrån de olika kapitlen i Förstärkt Komet som handlar om lek, beröm, regler etc. Ett exempel på en fråga är: "När fick du beröm senast?", "Vad gjorde du då?" och "Hur kändes det?".

### **Vad händer med formulären?**

Alla svar kommer att behandlas konfidentiellt! Insamlade uppgifter kommer att databehandlas utan identitetsuppgifter, och resultatet kommer att presenteras på gruppnivå utan möjlighet att identifiera uppgifter från en enskild individ. Formulären kommer att vara försedda med ett kodnummer istället för föräldrarnas namn, kodnumret är kopplat till Era (gruppledares) namn så att inkommet material kan markeras. Detta innebär att Du inte får någon påminnelse i onödan. När allt material är insamlat kommer listan med namn och kodnummer att förstöras.

### **Kontrollgrupp**

För att kunna jämföra Förstärkt Komet med den insats som ges i vanliga fall behöver vi komma i kontakt med familjer med liknande problematik, som får en "vanlig" insats. Om Du har en kollega eller känner till någon som också arbetar med familjer med liknande problematik vore vi oerhört tacksamma för ett namn och telefonnummer!

Trots att vi förorsakar Dig ett visst besvär, hoppas vi att Du vill hjälpa oss att öka kunskapen om effekterna av «Förstärkt Komet». I dagsläget vet vi egentligen inte vad som passar bäst för den här gruppen, och vår förhoppning är att resultaten i studien kan ge viss vägledning för framtida arbete med dessa familjer.

Stort tack på förhand för att ni hjälper oss att genomföra den här studien!

Vid frågor eller kommentarer kan Du kontakta någon av oss. Vi vill gärna att Du kontaktar någon av oss när Du vet hur många familjer Du kommer att ha i din grupp och/eller om Du kan tipsa om eventuella deltagare till kontrollgruppen.

Med vänliga hälsningar,

Piret Kams [pkams@home.se](mailto:pkams@home.se) mobil: 070-759 13 72

Lena Lundholm [lena@lindqvist.com](mailto:lena@lindqvist.com) mobil: 070-496 80 85

Ella Seppälä [ellaseppala@hotmail.com](mailto:ellaseppala@hotmail.com) mobil: 070-202 76 08

---

## Till föräldrar

Vi är tre studenter som i form av två psykologexamensuppsatser ska göra en utvärdering av föräldraträningsprogrammet Förstärkt Komet.

Vi vill jämföra föräldrautbildningen med andra insatser som ges till familjer med liknande problem för att se vad som är mest hjälpsamt. I dagsläget vet man inte riktigt hur man bäst kommer till rätta med de problem som din familj har/ hjälper till för att lösa era problem på bästa sätt. Vår förhoppning är att resultaten i studien kan ge viss vägledning för framtida arbete med dessa familjer.

I den första uppsatsen vill vi titta på om ditt barns beteende påverkas av att du går utbildningen samt att se om Du mår bättre efter att ha fått nya kunskaper. I den andra uppsatsen vill vi se om Ditt barns självkänsla påverkas av att Du deltar i programmet samt se hur barnet uppfattar de olika delar som tas upp under träffarna.

Vi vore tacksamma för Din hjälp i utvärderingen! Din uppgift skulle vara att fylla i totalt fem frågeformulär fördelat över två tillfällen. Det beräknas ta ungefär 30 minuter.

För den uppsats som utgår från barnens perspektiv skulle vi behöva träffa Ditt barn och tillsammans med dem fylla i ett frågeformulär om självkänsla och ställa några frågor om hur barnet uppfattat olika teman som tas upp i de olika träffarna.

För att Du lättare ska kunna ställning kommer några exempel på frågorna från de formulär som vi tänkt använda.

### Något om frågeformulären till föräldrarna

- Barns problembeteenden mäts med ”Eybergs formulär för registrering av barns beteenden”. Består av 36 frågor, några exempel är: *”drar ut på tiden vid maten”*, *”gråter lätt”* och *”blir lätt distraherad”*.
- Föräldrarnas mående mäts med ”Hur mår du?” som mäter graden av ångest och depression. Består av 14 påståenden, några exempel är: *”jag känner mig spänd och nervös”* och *”jag känner mig på gott humör”*.
- Bakgrundsvariabler som handlar om utbildning, demografiska uppgifter etc. samlas in för att kunna beskriva målgruppen.

### Något om frågeformulären till barnen

- Barnens självkänsla mäts med ”Jag tycker jag är”. Består av 32 påståenden, några exempel är: *”jag är ganska lik mina föräldrar”*, *”jag är bra i idrott”* och *”jag gillar mina klasskamrater”*.
- Hur barnen uppfattar olika delar av programmet tar vi reda på genom en kort intervju där frågorna utgår ifrån de olika kapitlen i Förstärkt Komet som handlar om lek, beröm, regler etc. Ett

exempel på en fråga är: ”När fick du beröm senast?”, ”Vad gjorde du då?” och ”Hur kändes det?”.

### **Vad händer med formulären?**

Dina och Ditt barns svar kommer att behandlas konfidentiellt! Insamlade uppgifter databehandlas utan identitetsuppgifter, och resultatet kommer att presenteras på gruppnivå utan möjlighet att identifiera uppgifter från en enskild individ.

Formulären kommer att vara försedda med ett kodnummer istället för namn, kodnumret är kopplat till Din gruppledares namn så att vi vet vilka formulär vi fått in. När allt material är insamlat kommer listan med namn och kodnummer att förstöras.

Ditt deltagande är förstås helt frivilligt!

Med förhoppning om Ditt deltagande,

Hälsningar

Piret Kams [pkams@home.se](mailto:pkams@home.se) mobil: 070-759 13 72

Lena Lundholm [lana@lindqvist.com](mailto:lana@lindqvist.com) mobil: 070-496 80 85

Ella Seppälä [ellaseppala@hotmail.com](mailto:ellaseppala@hotmail.com) mobil: 070-202 76 08



UPPSALA  
UNIVERSITET



## Svarstalong

Jag samtycker till att delta i en utvärdering av Förstärkt Komet.

Deltagandet är frivilligt och jag kan när som helst avbryta min medverkan.

Samtycke lämnas på villkor att mitt svar inte kommer att kunna spåras.

---

Namn-teckning

---

Namn-förtydligande

---

Ort och datum



## Checklista – Träff 1

### GENOMFÖRT

	Helt	Delvis	Inte alls
1. Presentation av gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kursöversikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Orsaker till bråk och trots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beteendeförändring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uppmärksamhetsprincipen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Film 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Film 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Härmningsprincipen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Film 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. PAUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Forts. beteendeförändring			
7. Gemensam stund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Film 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ny hemuppgift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du synpunkter på innehållet i denna träff?

---



---



---



---