

Uppsala universitet  
Institutionen för psykologi  
Psykologexamensuppsats, 20 p  
Höstterminen 2004

# **Kometstudien – effekten av två versioner av föräldraträning**

**Ebba Dahlman och Annika von Otter**

Handledare:  
*Professor Lennart Melin*

Biträdande handledare:  
*Doktorand Åsa Kling*

## Sammanfattning

Effekten av 2 versioner av ett föräldraträningsprogram (PMT) för föräldrar till barn med utåtriktade beteendeproblem utvärderades i en randomiserad studie. För den ordinarie versionen på 11 veckor (Komet) undersöktes behandlingens effektivitet då grupperna för första gången leddes av Socialtjänstens ordinarie personal. Den korta endagsversionen (Kortkomet) prövades för första gången. I studien deltog 33 föräldrar som randomiserades till Komet (14 st), Kortkomet (8 st), eller kontrollgrupp (11 st). Utfallsmåtten mätte utåtriktade beteendeproblem hos barn, barnens sociala kompetens och föräldrarnas uppfostringsfärdigheter, rapporterat av föräldrarna. Resultaten visade att båda versioner av föräldraträningen signifikant förbättrade barnens utåtriktade beteendeproblem och vissa av föräldrarnas uppfostringsfärdigheter. Komet gav även signifikanta förbättringar på barnens sociala kompetens. Kompenserade effektstorlekar för Komet låg på mellan .69 och 2.25 för förbättring av barnens utåtriktade beteendeproblem och sociala kompetens, och för Kortkomet mellan .26 och 1.75. Resultaten bekräftade tidigare forskning, men måste tolkas försiktigt på grund av litet antal deltagare.

Nyckelord: beteendeproblem, föräldraträning, Komet, PMT

## Innehåll

Utåtriktade beteendeproblem hos barn.....	3
Bakgrunds- och vidmakthållandefaktorer .....	5
Konsekvenser av utåtriktade beteendeproblem .....	7
Behandling av barn med utåtriktade beteendeproblem .....	9
Föräldraträning .....	10
Kometstudien .....	12
Syfte och frågeställningar .....	13
<b>Metod</b> .....	14
Deltagare .....	14
Studiens grupper .....	16
Mätinstrument .....	18
Jämförelser och bortfallsanalys.....	21
Procedur .....	22
Design .....	24
Statistiska analyser .....	24
<b>Resultat</b> .....	25
Strengths and Difficulties Questionnaire .....	25
Parent Daily Report .....	26
Eyberg Child Behavior Inventory .....	27
Social Competence Scale- Parent .....	28
Parenting Practices Inventory.....	28
Frågor om metoden.....	30
<b>Diskussion</b> .....	31
Resultatdiskussion .....	31
Metoddiskussion .....	33
Sammanfattande diskussion .....	36
<b>Referenser</b> .....	37
<b>Bilaga</b> .....	42

## Utåtriktade beteendeproblem hos barn

Barn med utåtriktade beteendeproblem utgör en stor och skiftande grupp. Här finns allt från barn som är ”lite bråkiga” till barn som misshandlar, stjälar och är mycket aggressiva. Gemensamt för dessa barn är att de uppvisar beteenden som stör deras eget och deras omgivnings sociala liv (McMahon & Wells, 1998). De aktuella beteendena är ofta aggressivitet, olydnad, trots, bråk, och en överdriven självhävdelse. En del barn är allmänt utåtagerande och bråkiga, medan andra är mer riktat destruktiva och exempelvis anlägger eldar eller förstör saker. Det är heller inte ovanligt att dessa barn är okoncentrerade och har svårt att vänta på sin tur (Gillberg & Hellgren, 2000).

Långt ifrån alla barn med utåtriktade beteendeproblem har någon barnpsykiatrisk diagnos. Anledningen till det kan antingen vara att barnets problem inte är tillräckligt ”allvarliga” för att uppfylla kriterierna för någon diagnos, eller att barnet av olika anledningar aldrig kommit i kontakt med barnpsykiatriker trots att barnet har allvarliga problem. När dessa barn omtalas som grupp används emellertid ofta de barnpsykiatriska diagnoserna ADHD, DAMP, uppförandestörning och/eller trotssyndrom. Dessa diagnoser skiljer sig en del åt sinsemellan. ADHD (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*) är det engelska namnet för den svenska diagnosen uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet. Symptombilden vid ADHD kännetecknas av hyperaktivitet, uppmärksamhet och impulsivitet (American Psychiatric Association, APA, 2000). Benämningen DAMP (Dysfunktion vad gäller Avledning/Aktivitet, Motorik och Perception) liknar ADHD men innebär också problem med motorik och perception. Diagnoserna ADHD och DAMP har hög ärftlighet och många av de barn som diagnostiseras med ADHD eller DAMP har pre-, neo- eller postnatala bakgrundsfaktorer som kan innebära en allvarlig risk för hjärnskada. Uppförandestörning och trotssyndrom är diagnoser för sociala beteendestörningar och har inte lika tydliga genetiska/biologiska kopplingar (Gillberg & Hellgren, 2000). Uppförandestörning innebär att barnet visar ett beteende som kränker andras grundläggande rättigheter, eller att barnet inte följer de sociala normer och regler som är adekvata för åldern. Trotssyndrom är något ”mildare” och innebär att barnet uppvisar ett negativistiskt, fientligt och trotsigt beteende (APA, 2000). I litteraturen förekommer även andra benämningar (ej diagnoser) på den här typen av problem, såsom missanpassning (*maladjustment*) och asocialt beteende (*antisocial behavior*) (Gillberg & Hellgren, 2000).

Ovanstående diagnoser överlappar ofta varandra. ADHD är den diagnos som oftast förekommer tillsammans med diagnosen uppförandestörning/trotssyndrom. En del forskare menar t o m att ADHD (mer specifikt impulsiviteten i ADHD) är en starkt bidragande faktor till att barn utvecklar uppförandestörning/trotssyndrom (McMahon & Wells, 1998). Man har bl a sett att impulsivitet, framförallt vad gäller beteende men även kognitiv impulsivitet, är starkt positivt korrelerat till framtida kriminalitet (White et al, 1994).

Forskningen om barn och ungdomar med utåtriktade beteendeproblem har generellt varit inriktad mot pojkar, främst från vit medelklass (Tolan, Guerra & Kendall, 1995). Detta gäller också forskning om aggressivitet. Där har man ofta utgått från en definition baserad på pojkars typ av aggressivitet, som handlar om att fysiskt skada någon för att nå sina mål. När man lagt till mer av ”relationell aggressivitet” (utesluta andra från vänskap och lek i syfte att dominera i relationer) som ofta flickor använder visar båda könen lika hög grad av aggressivitet (Crick & Grotpeter, 1995). Vid ADHD är grundproblemen hos flickor desamma som hos pojkar, men flickor visar oftare koncentrationssvårigheter än överaktivitet. Flickors beteende är mer inåtvänt och kan ta sig uttryck i t ex nedstämdhet och dåligt självförtroende. Flickor med ADHD uppfyller inte lika ofta som pojkar kriterierna för trotssyndrom och uppförandestörning ([www.infomedica.se](http://www.infomedica.se)).

Vi kommer generellt att använda benämningen utåtriktade beteendeproblem när vi diskuterar den här gruppen barn. Diagnosbeteckningar från diagnostikmanualen DSM används endast när specifika diagnoser (ADHD, uppförandestörning, trotssyndrom) diskuteras.

### Prevalens

På grund av svårigheterna att definiera och avgränsa begreppet beteendeproblem är det svårt att fastställa den exakta prevalensen (Kazdin, 1987). Diagnostikmanualen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA, 2000) har aktuella prevalenssiffror utifrån de enskilda barnpsykiatriska diagnoserna. Man uppger att ADHD förekommer hos 3-7% av barn i skolåldern, siffrorna varierar bl a beroende på vilken upplaga av DSM man använder eftersom inklusionskriterierna förändrats något genom åren. Trotssyndrom uppvisas enligt DSM hos 2-16 % av barnen, andra studier uppvisar något lägre siffror med 8 % för pojkar och 2,8 % för flickor mellan 4 och 16 år. Prevalensen för pojkar är totalt sett alltid högre, och skillnaden ökar ju äldre barnen blir (Gorman-Smith, 2003). Uppförandestörning uppges ha ökat de senaste åren, men prevalenssiffrorna varierar starkt bl a beroende på vilket geografiskt område och vilken socioekonomisk grupp man undersöker, samt vilka undersökningsmetoder man använder. Klart är att sociala beteendestörningar i olika former idag utgör den enskilt största orsaken till att barn kommer i kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (APA, 2000; Gillberg & Hellgren, 2000). Prevalenssiffror för barn med utåtriktade beteendeproblem som inte uppfyller någon diagnos har inte gått att hitta.

### Debut och prognos

Man har sett att prognosen för barn med utåtriktade beteendeproblem är starkt relaterad till åldern då barnet först uppvisade problemen. Man talar här om "*early starters*" och "*late starters*" ("tidiga" respektive "sena debutanter") (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989). För de tidiga debutanterna utvecklas problemen redan i förskolan med trotsbeteenden hos barnet. Under skolåldern övergår beteendet ofta till att bli mer aggressivt (exempelvis att barnet stjälar eller ljugar) för att under tonåren slutligen bli våldsamt och innefatta såväl skadegörelse som våld. De senare debutanterna däremot utvecklar först i tonåren tecken på uppförandestörning, ofta efter att ha betett sig helt normalt under de tidiga skolåren (Webster-Stratton, 1993). Utifrån social inlärningsteori (se sid 5) kan man tänka sig att de tidiga debutanterna redan från tidig barndom fått "träning" i antisocialt beteende genom det interaktionsmönster som finns/uppstått i familjen. Detta gör det svårt för barnet att tillvarata de positiva sociala mönster som finns i skolan och i kamratgruppen. De senare debutanterna, däremot, har inte med sig en lång historia av antisocialt beteende och har heller inte tvingats uppleva en rad misslyckanden i skolan eller i kamratgruppen (Patterson et al, 1989). Prognosen är betydligt sämre för de barn som tidigt utvecklar utåtagerande beteendeproblem än för de som gör det sent (Webster-Stratton, 1993). Prognosen påverkas emellertid inte bara av barnets ålder vid debuten utan också av frekvensen och variationen av olika beteenden, liksom av i vilka miljöer beteendet framträder. Det är allvarligare att barnet ofta uppvisar en rad olika antisociala beteenden i många olika miljöer än att barnet har ett antisocialt beteende som då och då uppkommer i en särskild miljö (Loeber, 1990; O'Donnell, Hawkins & Abbott, 1995). När man särskiljer flickors utveckling vad gäller aggressivitet har man funnit att våldsamma flickor börjar och har sin aggressivitetstopp tidigare än pojkar (Gorman-Smith, 2003).

## Bakgrunds- och vidmakthållandefaktorer

Orsaken till att ett barn utvecklar utåtriktade beteendeproblem anses vara multifaktoriell, vilket innebär att en rad faktorer påverkar utvecklandet av utåtriktade beteendeproblem (Webster-Stratton, 1993). Det är svårt, och kanske inte heller alltid meningsfullt, att göra en tydlig distinktion mellan bakgrundsfaktorer, vidmakthållandefaktorer och konsekvenser inom detta område. Som redan nämnts har några barnpsykiatriska diagnoser inom området (ssk ADHD och DAMP) tydliga biologiska/genetiska faktorer. Barnets temperament, sociala och kognitiva brister är exempel på andra ämnen som undersökts (Webster-Stratton, 1993). Nedan redovisar vi ett antal andra områden som undersökts som bakgrunds- och vidmakthållandefaktorer. De områden som i större utsträckning kan ses som konsekvenser av utåtriktade beteendeproblem diskuteras separat senare.

## Familjesituation

Barn med utåtriktade beteendeproblem kommer i högre utsträckning än genomsnittet från familjer där familjebildning skett tidigt och där barnens pappor inte längre lever med barnen. Familjer med låg ekonomisk och utbildningsmässig nivå som är beroende av myndigheter p g a ekonomiska problem eller problem med barnen är vanligare än genomsnittet. Skilsmässor, separationer och dödsfall har också visat sig vara vanligare i familjer med barn med utåtriktade beteendeproblem (Gillberg & Hellgren, 2000). Detta sammantaget kan bidra till en instabil familjesituation där barnet tvingas genomgå många svåra separationer och där föräldrarna har svårt att hitta tid och ork för att ägna sig åt barnet i den utsträckning och på det sätt som barnet egentligen behöver. Man kan också tänka sig att de föräldrar som redan är tyngda av exempelvis relationsproblem påverkas extra hårt då ytterligare stress, så som ekonomiska problem eller sjukdom, drabbar dem.

Föräldrar till barn med utåtriktade beteendeproblem rapporterar högre grad av stress och lägre självkänsla än vad föräldrar till barn som inte har dessa beteendeproblem gör. Samtidigt som föräldrarna är irriterade på barnet känner de ofta skuld över att inte lyckas som förälder (Mash & Johnston, 1983). Inte sällan uppstår problem i relationen mellan föräldrar som lever tillsammans, när man har olika åsikter om hur problemet bör hanteras (Wrangsjö, 1998).

## Interaktionsmönster i familjen

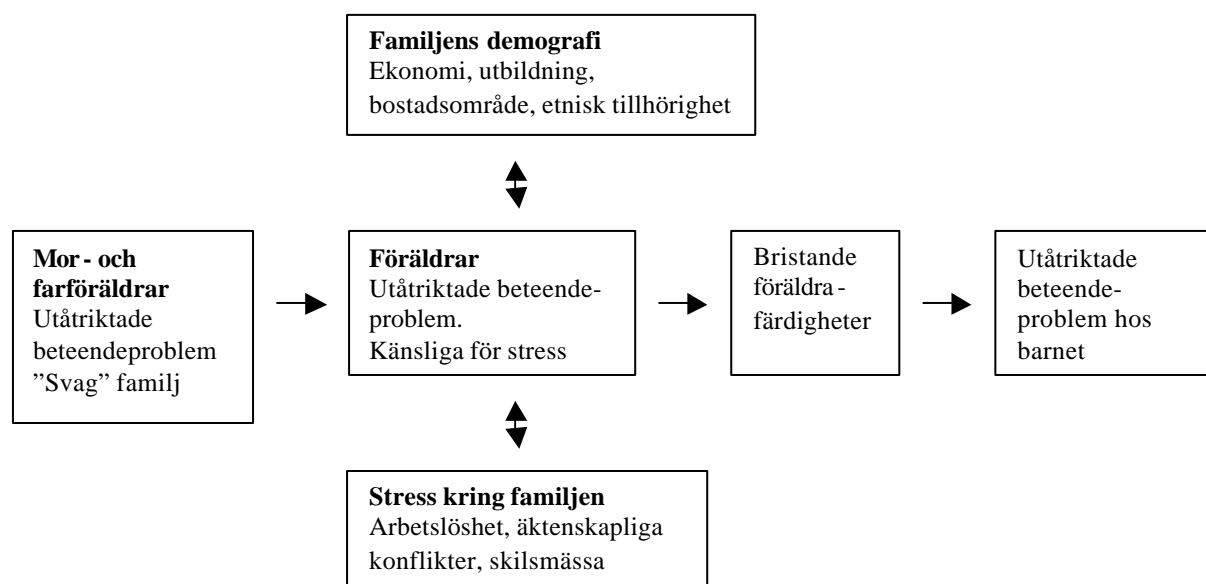
Patterson har forskat mycket på familjeinteraktioner och formulerat en teori om inlärning och sociala interaktioner som förklarar och predicerar barns beteendeproblem. Den är empiriskt baserad på observationer före, under och efter behandling. Hans teori bygger på social inlärningsteori, som understryker föräldrarnas roll som *socializing agents*, d v s att föräldrarna lär barnen hur man beter sig socialt. Man menar att mönster av föräldrar-barn-interaktion alltid utvecklas i en familj. När interaktionen från förälderns sida består av sådant som spegling, positivt engagemang, uppmuntran och ändamålsenlig tillrättavisning främjas en positiv utveckling hos barnet och problembeteenden såsom olydnad uppstår inte i någon högre utsträckning. Om föräldern däremot i alltför stor utsträckning tar till "tvångsuppfostran" (*coercive discipline*) i sin interaktion med barnet hämmar detta barnets sociala utveckling och leder i större utsträckning till ett fientligt beteende hos barnet (Patterson, 1982; 1997).

Den viktigaste drivkraften bakom utvecklingen av barns utåtriktade beteendeproblem är en mekanism som Patterson kallar "*the coercive family process*". Den går ut på att föräldrarnas uppfostringskompetens bryts ned i konfrontationer med barnet, och att oönskade beteenden trappas upp och förstärks ömsesidigt hos barn och föräldrar. Detta sker genom en så kallad "förstärkningsfälla" ("*the reinforcement trap*"). Den kan se ut ungefär så här: (1) föräldern ställer krav på barnet som det inte gillar, (2) barnet går till aggressivt motangrepp med obehag

för föräldern som följd, vilket leder till att (3) föräldern tar tillbaka kravet och (4) slipper barnets aggressivitet. Kontentan blir att barnet förstärks i att aggressivitet lönar sig och föräldern förstärks i att ta tillbaka alternativt att inte ställa några krav (Ogden, 1999). I observationsstudier har det visats att barnens motattacker ger utdelning genom att kraven dras bort i ungefär 70 % av fallen. Vad som är förstärkande beror på ålder på barnet. För barn i förskoleålder verkar positiv förstärkning vara viktigast, d v s att barnen vill få något positivt, t ex uppmärksamhet. För de äldre barnen spelar negativ förstärkning större roll, d v s att de undviker något obehag. Barnen visar också en tydlig utveckling i att gå från olydnad och trots till fysisk aggressivitet. Föräldrarna å sin sida visar ett tydligt mönster i att hota, tjata, skälla, men utan att följa upp hoten speciellt ofta. Vid oregelbundna tillfällen kan de dock reagera med utbrott och fysisk bestraffning (Patterson, 1986).

Forskning har visat att föräldrar till barn med utåtriktade beteendeproblem responderar mer negativt på barnets sociala interaktioner, samtidigt som de försöker kontrollera barnets beteende mer än vad föräldrar till barn utan dessa beteendeproblem gör (Cunningham & Barkley, 1979). Föräldrarna verkar också vara mer våldsamma och mer inkonsekventa i sitt beteende gentemot barnet, än föräldrar till barn som inte har utåtriktade beteendeproblem (Griest, Forehand, Wells & McMahan, 1980). Man har påvisat en hög grad av stabilitet över generationerna när det gäller utåtriktade beteendeproblem. Föräldrar med utåtriktade beteendeproblem riskerar i högre utsträckning att använda sig av ineffektiva uppfostringsmetoder (tvångsdisciplin) och dessa är signifikant relaterat till utåtriktade beteendeproblem hos barnet. Att ha en förälder med utåtriktade beteendeproblem ökar alltså risken för att man själv, och senare ens egna barn, också ska uppvisa utåtriktade beteendeproblem (Farrington, 1987; Robins & Earls, 1985; Robins & Ratcliff, 1979).

Även om andra utvecklingsteoretiska inriktningar lägger tyngdpunkten på andra mekanismer i samspelen mellan barn och föräldrar, är man generellt överens om att barn och föräldrar påverkar varandra och att det är i denna interaktion som utåtriktade beteendeproblem kan utvecklas (Martinez Jr & Forgatch, 2001; Patterson et al, 1989). I Figur 1 åskådliggörs hur ovan diskuterade faktorer samverkar i utvecklandet av utåtriktade beteendeproblem hos barn.



Figur 1. Familjefaktorer i samverkan som kan bidra till utvecklandet av utåtriktade beteendeproblem. (Patterson et al, 1989).

## **Konsekvenser av utåtriktade beteendeproblem**

### **Skolprestationer**

Studier har visat att barn med utåtriktade beteendeproblem av olika anledningar presterar svagt i skolan. Detta är förståeligt inte minst för de barn med utåtriktade beteendeproblem som har diagnosen ADHD, där symptom bilden bl a innefattar koncentrationssvårigheter, impulsivitet och överaktivitet (Hoza, Pelham, Waschbush, Kipp & Owens, 2001). Som tidigare nämnts finns stora avgränsningssvårigheter vad gäller diagnoser hos dessa barn, vilket innebär att även barn med utåtagerande beteendeproblem, som inte diagnostiserats med ADHD, kan ha dessa problem. Klassrumsobservationer har visat att barn med utåtriktade beteendeproblem ägnar kortare tid åt sina uppgifter, inte räcker upp handen, inte svarar på frågor och inte sitter still i samma utsträckning som andra barn (Patterson et al, 1989). Studier kring IQ-nivå hos barn med utåtriktade beteendeproblem visar på varierande resultat. Det finns studier som pekar på att barn med utåtriktade beteendeproblem inte har lägre IQ-nivå än andra barn (Clarizio, 1997), medan en nyligen genomförd metastudie (Frazier, Demaree & Youngstrom, 2004) som undersöker IQ-nivå hos såväl barn som vuxna med ADHD pekar på att dessa har signifikant lägre IQ-nivå än andra. Barn med uppförandestörning tycks främst prestera lägre på den verbala delen av IQ-test (Hodges & Plo w, 1990; Moffitt & Silva, 1988).

### **Kamratrelationer**

Barn med utåtriktade beteendeproblem brister ofta i en rad sociala färdigheter, exempelvis att gå in i en ny grupp, uppfatta vilka normer som råder inom en grupp, hantera provokationer och tolka sociala koder. Detta leder till att barn med utåtriktade beteendeproblem ofta blir bortvalda av de ”bra” vännerna och istället börjar umgås med ”dåliga” vänner (Patterson et al, 1989). I en översiktsstudie över kamratrelationerna hos barn med utåtriktade beteendeproblem konstaterar man att risken för antisocialt beteende ökar om barnet har antisociala vänner. Man menar vidare att barnen dels tycks dra sig till barn som liknar dem själva, dels påverkas av de barn de umgås med (Deptula & Cohen, 2004). När man tittat på ”relationellt aggressiva” (se tidigare diskussion av begreppet sid 3) barn har man sett att de oftare är ensamma, isolerade, ogillade av andra barn och deprimerade (Crick & Grotpeter, 1995).

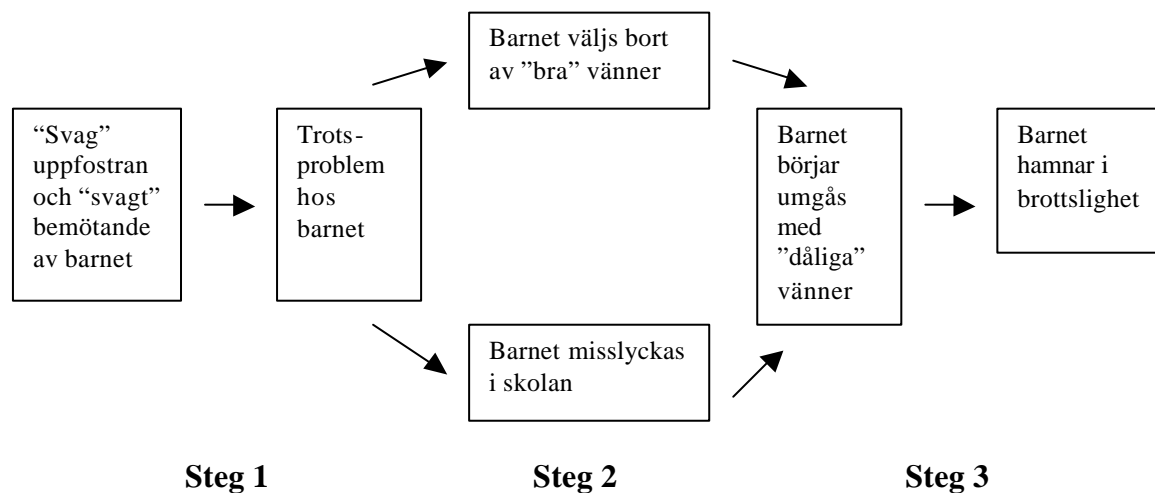
### **Brottslighet**

En allvarlig konsekvens av utåtriktade beteendeproblem kan bli brottslighet. Ungefär hälften av de barn som uppvisar utåtriktade beteendeproblem utvecklas till att bli brottslingar i tonåren och av dessa fortsätter mellan hälften och en fjärdedel att uppvisa kriminellt beteende även i vuxen ålder (Patterson et al, 1989).

Riskfaktorer för barn med utåtriktade beteendeproblem när det gäller att utveckla senare våldsbrottslighet är bl a aggressivt beteende, brister i familjens anknytning, uppfostran eller tillsyn, låg socioekonomisk status, antisocial familj, problem med skola och kamratrelationer. Man har sett att riskfaktorerna för att utveckla senare våldsbrottslighet ser något olika ut beroende på när barnet utvecklar utåtriktade beteendeproblem. För de ”tidiga debutanterna” är tidig debut med alkohol/droger och kriminalitet mest allvarligt, medan det för de ”senare debutanterna” är mest alarmerande att bli bortvald av ”bra” vänner och istället börja umgås med antisociala vänner (Lipsey & Derzon, 1998). Man har dock sett att det även för något yngre barn med utåtriktade beteendeproblem är mycket allvarligt att misslyckas i skolan och bli bortvald av ”bra” vänner. I en longitudinell studie av 10-12 åringar visade sig just dessa faktorer vara de starkaste prediktorerna för senare brottslig verksamhet (Dishion, Patterson, Stoolmiller & Skinner, 1991).

Man kan ha missat samband mellan tidiga uppförandeproblem och senare allvarliga problem för flickor, eftersom man inte ansett att flickor är lika aggressiva. När man tittat på ”relationell aggressivitet”, har man funnit kopplingar mellan den och senare brottslighet, samt vissa aspekter av antisocial personlighetsstörning (Gorman-Smith, 2003).

I figur 2 åskådliggörs en modell som visar barnets väg mot brottslighet. Att misslyckas i skolan och att bli bortvald av ”bra” vänner kan ses som ett andra steg i den här processen, där det första steget är familjefaktorer och trotsproblem hos barnet.



Figur 2 Kamratrelationernas och skolprestationens påverkan i utvecklandet av brottslighet hos barn med utåtriktade beteendeproblem. (Patterson et al, 1989)

### Risk- och skyddsfaktorer för brottslighet hos flickor

Risk- och skyddsfaktorer som man finner för män behöver inte vara desamma för kvinnor. Den skyddande faktorn att föräldrarna håller koll på sina ungdomar används annorlunda för pojkar än för flickor. De senare är mer påpassade och övervakade, vilket minskar risken för dem (Gorman-Smith, 2003).

För flickor har tidig pubertet ansetts vara en riskfaktor för att utveckla brottslighet, därför att dessa flickor får mer kontakt med äldre pojkar. Tidig pubertet har dock visat sig vara mindre betydelsefull än att ha tidiga beteendeproblem (Caspi & Moffitt, 1991). När man undersökt problemutvecklingen för tidigt utvecklade flickors i enkönade skolor har man funnit att risken för dessa försvinner. För flickor verkar det alltså som att kontakt med pojkar är en riskfaktor (Caspi, Lynam, Moffitt & Silvam, 1993).

### Långsiktiga konsekvenser för flickor

Utvecklingen senare i livet skiljer sig åt för pojkar respektive flickor som har utåtriktade beteendeproblem som barn. För kvinnor ökar inte risken att ha utåtriktade beteendeproblem som vuxna om de har uppförandeproblem som barn lika mycket som den gör för män. Om man även beaktar senare internaliserande problem så ökar dock kvinnors problem, men den ökningen gäller inte för män. Kvinnor med tidiga uppförandeproblem har också sämre hälsa, mer drogberoende, fler sexuella partners, fler tidiga graviditeter m m jämfört med normalt fungerande kontrollgrupper och grupper som lidit av depression och ångest (Gorman-Smith, 2003).

## **Behandling av barn med utåtriktade beteendeproblem**

Det finns en mängd olika behandlingar för barn och ungdomar som har utåtriktade beteendeproblem. En del riktas till föräldrar, en del till lärare, och en del till barnen själva. Några program som kan nämnas, antingen för att de håller på att utvärderas i Sverige eller har fått stor spridning, är:

### **Lärarkomet**

Ett program som syftar till att minska barns utåtriktade beteendeproblem. Det baseras på samma principer som föräldraträning (se sid 12) men är riktat till lärare. (Personlig kommunikation med Martin Forster, FoU-enheten, Stockholms stad). Metoden håller på att utvärderas av FoU-enheten i Stockholms stad inom Lisa<sup>1</sup>-projektet ([www.prevention.se](http://www.prevention.se)).

### **Charlie**

Ett program för social färdighetsträning som riktar sig till lärare som arbetar med klasser och enskilda elever. Man har lektioner med lekar och övningar som handlar om att kunna hävda sin mening, att kunna säga nej, att fatta beslut, att lösa problem, att hantera negativa känslor, att utveckla självkänslan, etc. Charlie utvecklades i USA i mitten på 70-talet, men har översatts och anpassats till svenska förhållanden ([www.prevention.se](http://www.prevention.se)). Programmet är mycket spritt i Sverige, men har inte utvärderats särskilt mycket (Forster, 2003). Metoden håller på att utvärderas av FoU-enheten i Stockholms stad inom Lisa-projektet.

### **Strengthening families program**

Ett program som omfattar föräldrautbildning, pedagogik, färdighetsträning, samarbete mellan hem och skola, med betoning på föräldraområdet. Det är utformat för barn i årskurs 5-7 och deras föräldrar. Programmet är kunskapsbyggande och utformat för att förebygga användandet av tobak, alkohol och droger bland tonåringar, att stärka familjekompetensen och familjebanden. Programmet innebär 12 träffar för ungdomar och föräldrar, separat och tillsammans. På träffarna tas olika teman upp och kombineras med hemuppgifter ([www.stad.org](http://www.stad.org)). Programmet har mycket empiri med goda resultat och rekommenderas som föräldraträningsprogram. (Forster, 2003). Programmet håller på att utvärderas i Sverige inom Stad<sup>2</sup>-projektet.

### **Aggression Replacement Training (ART)**

Ett program för att öva prosociala färdigheter, självkontroll, och empatiträning. Det är välkänt p g a stark marknadsföring, men saknar en ordentlig empirisk bas (Forster, 2003).

### **The Community Parent Education Program (COPE)**

Ett föräldraträningsprogram som utvecklats av Cunningham och bygger på samma principer som övriga sådana program (se sid 12), men samlar föräldrarna i större grupper (upp till 30 st som sedan delas in i mindre grupper). I en studie av COPE fann man att grupper som kan vara svåra att nå (t ex familjer med utländsk bakgrund eller som har barn med svåra beteendeproblem) i större utsträckning deltog i detta format än individuella kontakter (Cunningham, Bremner & Boyle, 1995). Utvärderingar pågår vid Linköpings och Uppsala universitet (Psykologtidningen, 2004).

---

<sup>1</sup> Lärarbaserade Insatser för Social gemenskap och Arbetsro

<sup>2</sup> Stockholm förebygger Alkohol- och Drogproblem

## Multisystemisk terapi (MST)

En omfattande modell för behandling av ungdomar med svåra beteendestörningar och kriminalitet. Den centrala tanken i modellen är att barnets beteende bestäms av faktorer i dess sociala och ekologiska miljö, familjen, kamraterna, närmiljön och samhället i stort. Terapeuten samarbetar med familjen och nätverket. Behandlingsinsatserna är kortvariga och intensiva (under 6 månader). Terapeuten har beredskap dygnet runt för sina familjer. En amerikansk metanalys av Curtis, Ronan och Borduin (2004) visar att deltagare i MST-program fungerar bättre än 70% av de som får vanliga samhällsinsatser och att dessa resultat håller i sig i minst 4 år. Forskning pågår i Norge och i Sverige håller Socialstyrelsen på att utvärdera metoden (Forskning förbättrar praktiken, 2003).

## Föräldraträning / PMT

Det finns olika typer av föräldraträning, mer eller mindre strukturerade. En rapport från Folkhälsoinstitutet rekommenderar strukturerade föräldraträningsprogram framför ostrukturerade diskussionsgrupper (Bremberg, 2004). De strukturerade föräldraträningsprogrammen har utvecklats i Nordamerika och har samlingsnamnet *Parent Management Training* (PMT). De program som det har forskats på mest och som fått bäst resultat är utvecklade av bl.a. Webster-Stratton, Cunningham med kollegor, Forehand och McMahon, samt Patterson med kollegor. Det senare har vidareutvecklats av Barkley för att passa barn med ADHD/DAMP.

## Forskningsstöd

I nuläget finns ingen mer teoretiskt genomtänkt och empiriskt underbyggd metod än föräldraträning för att förebygga och minska allvarliga beteendeproblem hos barn (Ogden, 2000). Några slutsatser man dragit är:

- Föräldraträning minskar barns aggressiva beteende med 20-60% (Ogden, 1999). I flertalet studier förändras barnens fungerande så att de går från en klinisk nivå till normalnivå (Serketich & Dumas, 1996). Andra aspekter som PMT har visats ge effekt på inkluderar bl a institutionsplacering, problem i skolan och en ökning av prosociala beteenden (Forgatch & Martinez Jr, 1999).
- Föräldraträning i grupp ger lika bra resultat som individualterapi (Webster-Stratton, 1984)
- I jämförelse med t ex barnfokuserade insatser (Bennet & Gibbons, 2000) och eklektisk behandling på en klinik (Taylor, Schmidt, Pepler, Hodgins, 1998) visar sig föräldraträning ge större effekt på utåtriktade beteendeproblem.
- Det är oklart om barnens ålder påverkar behandlingens resultat. I en studie fann man att behandlingen gav lika goda effekter för alla barn mellan 2,5 och 12,5 år. De äldre barnens familjer hoppade dock i större utsträckning av programmen. Intressant nog var det de äldre barnen med minst problem som hoppade av (Dishion & Patterson, 1992). I en annan studie fick man bättre resultat ju yngre barnen var. För äldre barn (i skolålder) verkar en längre intervention ge bättre resultat. Man fann också att föräldrarna till de äldre barnen förändrade sina uppfostringsmetoder mindre än de yngre barnens föräldrar (Patterson et al, 1993).
- Vid långtidsuppföljningar av föräldraträning har man fått blandade resultat, men ofta stabila resultat åtminstone ett år efter avslutad behandling (Long, Forehand, Wierson & Morgan, 1994; Patterson & Fleischman, 1979; Serketich & Dumas, 1996; Webster-Stratton, 1989; Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff, 1989). En svårighet vid långa uppföljningar orsakas av etiska problem i att behålla kontrollgrupper under längre tid (Eyberg, Edwards, Boggs & Foote, 1998). I en långtidsuppföljning av Webster-Strattons program för yngre barn fann man att två tredjedelar av barnen tre år

efter avslutad behandling hade uppnått kliniskt signifikanta förbättringar. I en studie där familjer intervjuats 8-12 år efter att ha deltagit i Webster-Strattons program fann man att minst 75% av barnen som fått behandling var välanpassade med minimala sociala och emotionella problem (Webster-Stratton & Reid, 2003). I en uppföljning gjord av Forehand och Long (1988) 4,5 till 10 år efter behandling fungerade barnen lika väl som en icke-klinisk jämförelsegrupp, men forskarna manar till försiktighet i tolkningen då endast 50 % av den ursprungliga behandlingsgruppen ställde upp i uppföljningen.

- För barn med ADHD rekommenderas medicinsk behandling i första hand. Om den inte ger tillräcklig effekt kan föräldraträning läggas till. Föräldraträning i denna grupp har gett resultat i form av ökad följsamhet av instruktioner (Fonagy, Target, Cottrell, Phillips & Kurtz, 2002). Barn med ADHD får större hjälp av PMT än barn utan uppmärksamhetsstörning (Hartman, Stage & Webster-Stratton, 2003).
- De allra flesta PMT-program uppfattas mycket positivt av föräldrarna (Forehand & Long, 1988; Ogden, 1999).
- Gorman-Smith (2003) konstaterar att behandlingar för utåtriktade beteendeproblem ofta antas fungera även för flickor men att dessa ofta saknas i utvärderingar av behandlingarna. När de inkluderas har man ibland fått lika bra resultat för båda könen och ibland sämre för flickor. I vissa fall har könen fått olika effekt på olika utfallsmått, eller påverkats olika vad gäller riskfaktorer. Gorman-Smith föreslår att man bör använda flera utfallsmått än fysisk aggressivitet, såsom "relationell aggressivitet" för att inte missa viktiga resultat. Hon menar också att man bör undersöka fler effekter på lång sikt, t ex internaliserande störningar och andra mått på hälsa.

### Positiva och negativa prediktorer

Ogden (2000) redovisar en del faktorer som talar för respektive mot framgång i behandlingen. Bäst resultat får man när behandlingen fokuserar på konkret färdighetsträning och när behandlaren har fått en grundlig träning. Som exempel kan nämnas det norska program som startade 1999 i samarbete med Oregon Social Learning Center (OSLC). För att bli certifierad behandlare ingår en tvåårig träningsperiod, med minst tio familjer, à vardera ca 20 konsultationer. Under den tiden får behandlarna träning genom workshops och videohandledning från OSLC (Ogden, 2000).

PMT ställer höga krav på föräldrar vilket kan vara svårt för dem som har desorganiserade liv. De ska ordna transport och barnvakt så att de kan gå på flera möten, kunna tillgodogöra sig en hel del material under kursen, öva nya färdigheter, observera sitt barns beteende i hemmet m m. Resultaten är också beroende av hur allvarliga barnets och föräldrarnas problem är, stressfaktorer i deras omgivning, och kvaliteten i själva behandlingen. Det kan även behövas ökad fokus på andra miljöer än hemmiljön (Ogden, 2000).

### Tillägg till PMT

Trots de bevisade effekterna rapporterar 30-40 % av föräldrar som genomgått programmet att deras barn har beteendeproblem på kliniska nivåer (Webster-Stratton et al. 1989). Som komplement kan tänkas insatser som inkluderar skola och annan närmiljö. Man har även prövat insatser riktade direkt till barnen, t ex problemlösningsträning och kognitiva interventioner som tillsammans med PMT gett bättre effekt än PMT ensamt (Kazdin, Siegel & Bass, 1992; Patterson, Dishion & Chamberlain, 1993). Metoderna fortsätter alltså att utvecklas och kombineras.

## Principer bakom PMT

Gemensamt för PMT-programmen är att de syftar till att minska barnens beteendeproblem och förbättra föräldra-barnrelationen genom att stärka föräldrarnas uppfostringsfärdigheter. Genom målinriktad och strukturerad undervisning, rollspel, hemuppgifter m m får föräldrarna lära sig att bättre hantera sina barns beteendeproblem och bryta de negativa cirklar som uppstått. Metoderna har alla sin bas i social inlärningsteori och beteendemodifiering och är påverkade av familjeterapeutiska behandlingsprinciper (Ogden, 1999).

Programmen bygger framför allt på operant inlärning, en viktig princip inom beteendeteori. Operant inlärning innebär att beteenden styrs av vad som föregår dem, samt vilka konsekvenser de får. Föräldrarna får lära sig att ge tydliga instruktioner, samt använda förstärkare och bestraffare för att öka respektive minska beteenden. Tonvikten är lagd på att förstärka de beteenden man ser som positiva. Gränssättning kommer först mot slutet av programmet, men är nödvändigt för de barn som har svårare beteendeproblem.

## Kometstudien

I Sverige pågår flera utvärderingar av olika PMT-program (Psykologtidningen, 2004). FoU-enheten i Stockholms stad har under de senaste åren arbetat med att utveckla en egen modell, numera kallad Komet (KOMmunikationsMETod). Komet vänder sig till föräldrar med barn med utåtriktade beteendeproblem i åldrarna 3-10 år. Av upphovsrättsliga skäl har man utgått från Barkleys version, men menar nu att Komet är så förändrad att den kan sägas vara besläktad med alla PMT-program (personlig kommunikation med Martin Forster, FoU-enheten, Stockholms stad). Programmet har anpassats efter svenska förhållanden. Bl.a. har man spelat in svenska filmer istället för de amerikanska som hör till. Man har också tonat ner momentet om time-out, en gränssättningsteknik som ligger sent i programmet (Hassler & Havbring, 2003).

En pilotstudie inom Kometprojektet gjordes som psykologexamensuppsats vårterminen 2003 (Hassler & Havbring, 2003). I pilotstudien leddes föräldraträningen av de studenter som gjorde utvärderingen. Dessa gick på psykologprogrammets tionde termin och hade en Steg I-utbildning i KBT (Kognitiv Beteendeterapi). De hade dock ingen formell utbildning i Komet. Man fann där att behandlingen gav medelstora till stora effekter, och att behandlingsgruppens barn förbättrades signifikant. Pilotstudien uppfyllde krav för att visa Komets effektivitet i forskningsmiljö (s.k. efficacy). För detta krävs bl.a. att grupperna randomiserats, att behandlingen jämförts med en kontrollgrupp, att populationen är tydligt beskriven och att behandlingsmanualerna är tydliga och följs. Slutligen ska beroendeveriables bedömas så tillförlitligt som möjligt, t ex genom flera reliabla och valida mätinstrument (Chambless & Hollon, 1998).

I en annan psykologexamensuppsats undersöktes sambandet mellan behandlingsintegritet och framgång i behandlingen. Den visade att endast barnets ålder och gruppledarnas uppföljning av hemuppgifter var korrelerat till behandlingens framgång, men resultaten får tolkas försiktigt p g a stort bortfall (Hugosson, 2003).

I december 2004 hade ca 90 gruppledare utbildats inom Kometprojektet. Dessa var främst personal från socialtjänst och skola. Dessutom hade 9 st handledare till dessa grupper utbildats. Föräldragrupper hade då hållits i 1,5 år, i 15 stadsdelar, med ca 450 föräldrar. I steget mellan pilotstudien och denna utvidgning till etablerad verksamhet ställs nya krav på utvärdering, eftersom man ofta finner markant sämre resultat i klinisk vardag än i

experimentell miljö (Weisz, Donenberg, Han & Weiss, 1995). Att studera hur Komet fungerar i den utformning som den har ute i stadsdelarnas verksamhet innebär att studera dess effectiveness. För att pröva denna tittar man bl a på behandlingens genomförbarhet, d v s att behandlingen inte väljs bort av behandlare eller klienter. Man undersöker också dess externa validitet, d v s att behandlingen inte får sämre resultat p g a svårare problematik hos den kliniska populationen, eller att behandlarna har lägre kompetens än dem som testade den (Chambless & Hollon 1998).<sup>3</sup> Till höstterminen 2004 har ett moment med problemlösning lagts till vilket gjort att programmet förlängts till 11 träffar.

Ett alternativ till det långa programmet i form av en endagsutbildning (kallad Kortkomet) har utarbetats av FoU-enheten i Stockholms stad under hösten 2004. Den korta varianten uppkom först som behandling för dem som stått på väntelista i pilotstudien 2003, men var så uppskattad av de föräldrarna som deltog då att man vill pröva den som ett reellt alternativ. En fördel med Kortkomet gentemot Komet skulle vara att den är mer kostnadseffektiv.

### **Syfte och frågeställningar**

Denna studie hade tre syften. Ett syfte var att undersöka Komets effektivitet då grupperna leds av personal inom socialomsorg och skola, d v s de som kommer att hålla i föräldraträningen i framtiden.

Frågeställningar:

*1a) Har föräldrarnas deltagande i Kometgruppen någon effekt på barnets utåtriktade beteendeproblem och barnets sociala kompetens?*

*1b) Har föräldrarnas deltagande i Kometgruppen någon effekt på föräldrarnas uppfostringsfärdigheter?*

Det andra syftet var att göra en första utvärdering av Kortkomet.

Frågeställningar:

*2a) Har föräldrarnas deltagande i Kortkometgruppen någon effekt på barnets utåtriktade beteendeproblem och barnets sociala kompetens?*

*2b) Har föräldrarnas deltagande i Kortkometgruppen någon effekt på föräldrarnas uppfostringsfärdigheter?*

Det tredje syftet var att jämföra effekten av Komet och Kortkomet.

Frågeställning:

*3a) Blir det någon skillnad i effekt på barnets utåtriktade beteendeproblem och barnets sociala kompetens, beroende på om föräldern deltar i Kometgruppen eller i Kortkometgruppen?*

*3b) Blir det någon skillnad i effekt på föräldrarnas uppfostringsfärdigheter, beroende på om föräldern deltar i Kometgruppen eller i Kortkometgruppen?*

---

<sup>3</sup> Andra forskare har en annan definition av effectiveness och beskriver delvis andra metoder för att studera det, se t.ex. Seligman (1996).

## Metod

### Deltagare

33 barn deltog i studien genom att deras föräldrar gick i föräldraträning eller stod på väntelista. Barnen och föräldrarna rekryterades av FoU-enheten i Stockholms stad. Barnen var mellan 4 och 10 år gamla, 22 var pojkar och 10 flickor<sup>4</sup>. Barnen representeras i studien av varsin förälder, med undantag för tabell 1, där information om båda barnets föräldrar finns med. Barnen randomiserades till tre grupper. Det slutgiltiga antalet deltagare i varje grupp var som följer: Kometgruppen 14 st, Kortkometgruppen 8 st samt väntelistegruppen 11 st.

### Familjerna som deltar i studien

I tabell 1 redovisas demografiska uppgifter och andra fakta om familjerna som deltagit i studien. Observera att frågorna inte besvarats av alla föräldrar som deltagit i studien samt att några föräldrar lämnat uppgifter om båda barnets föräldrar.

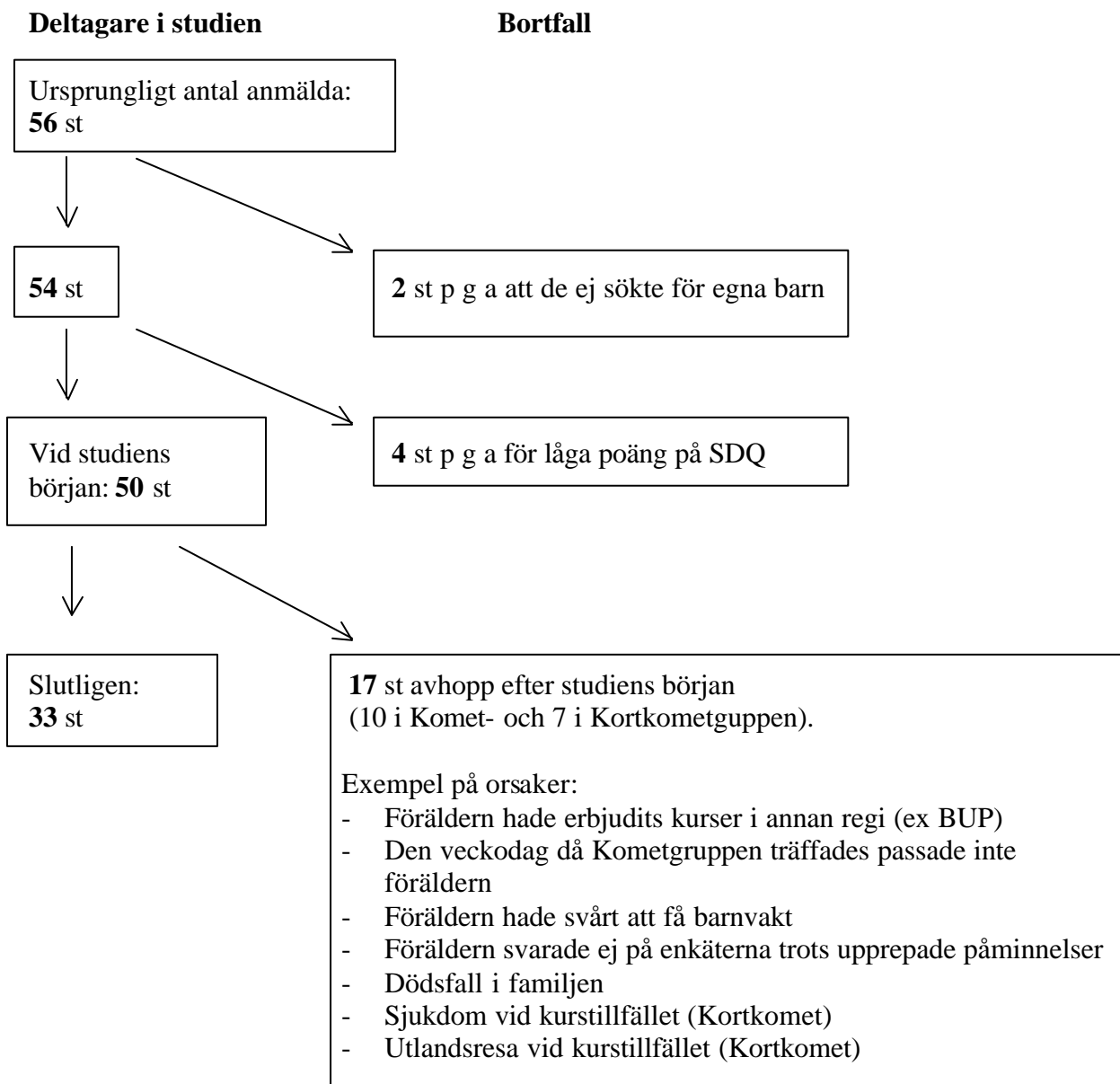
Tabell 1. Föräldrarnas medelålder, utbildningsnivå, familjesituation, deltagande i föräldracirklar

1. Föräldrarnas medelålder	Mamma (n=28)	Pappa (n=26)
	36 år	38 år
2. Föräldrarnas högsta utbildning	Mamma (n=28)	Pappa (n=27)
1) Grundskola	1	1
2) Gymnasium	10	14
3) Högskola mindre än 3 år	5	1
4) Högskola mer än 3 år	10	10
5) Annat	2	1
3. Barnens bosituation	Antal barn (n=28)	
1) Hos båda sina biologiska föräldrar	15	
2) Växelvis mamma/pappa	4	
3) Bara hos mamma	2	
4) Hos mamma och styvpappa	1	
5) Annat	6	
4. Förälder som deltagit i föräldracirkarna (endast Komet och Kortkomet)	(n=17) Mammor: 9 st Pappor: 3 st Båda: 5 st	

<sup>4</sup> En förälder har inte uppgett kön och ålder på sitt barn.

### Bortfall i Kometstudien

Av de 56 st ursprungligt anmälda föräldrarna deltog i slutändan 33 st. Av de ursprungliga föll 6 st bort före studiens början, antingen p g a att de inte sökte för egna barn (exempelvis lärare) eller att de hade för låga poäng på frågeformuläret Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Exklusionskriterierna för SDQ var lika med eller mindre än 2 på Belastningsfrågan. För dem som skattade 2 på Belastningsfrågan krävdes samtidigt en skattning på Impactskalan som var mindre än eller lika med 2 för att exkluderas. Efter studiens början hoppade ytterligare 17 st av. För totalt bortfall och orsaker till dessa se figur 3.



Figur 3. Bortfall i Kometstudien.

## Studiens grupper

### Komet

Den långa versionen av Komet består av 11 stycken gruppträffar, en träff per vecka, vardera 2,5 timmar långa. Grupperna består av ca sex föräldrar. Träffarna är uppbyggda kring hemuppgifter, videovinjetter, rollspel och skriftliga instruktioner till föräldrarna. Programmet är mycket strukturerat och inleds varje gång med en genomgång av hemuppgifter som föräldrarna fått. Det innehåller följande teman (Forster, Hassler, Nilsson & Schwan, 2004):

#### Träff 1: Lek och umgänge

- Orsaker till barns beteendeproblem och vikten av lek och umgänge.
- Träning i att följa barnets initiativ i leken, undvika frågor och istället beskriva det barnet gör.
- Uppmärksamma och berömma det barnet gör bra.

#### Träff 2: Förberedelse, uppmaning och beröm

- Förebygga konflikter genom att förbereda barnet på vad som ska hända.
- Hur man ger effektiva uppmaningar och beröm.

#### Träff 3: Förberedelse, uppmaning och beröm

- Mer träning på förberedelse och uppmaning.
- Föräldrarna uppmanas att bjuda in barnets förskollärare/lärare till träff sex som sker individuellt.

#### Träff 4: Poängsystemet Ormen

- Genomgång av poängsystem Ormen som syftar till att belöna barnets positiva beteenden.
- Uppdrag och belöningar för varje barn utarbetas.

#### Träff 5: Uppföljning av poängsystemet Ormen

- Genomgång av hur poängsystemet fungerat och om det behövs ändringar.
- Hur systemet kan användas i förskolan och skolan.

#### Träff 6: Individuell träff med eller utan förskollärare/lärare

- Med lärare: Genomgång av hur Ormen kan användas i skolan.
- Utan lärare: Arbete med att försöka lösa ev. svårigheter föräldrarna haft.

#### Träff 7: Ignorera/Avleda

- Negativ uppmärksamhet som tjat och skäll kan göra att barnets bråk- och trotsbeteenden fortsätter. Hur föräldrarna kan göra för att undvika att uppmärksamma barnets negativa beteenden.

#### Träff 8: Regler och konsekvenser hemma

- Gränssättning handlar till stor del om att vara förutsägbar som förälder. Två gränssättningsmetoder, bl.a. time-out, lärs ut.

#### Träff 9: Regler och konsekvenser utanför hemmet

- Planering och förberedelse är ofta de bästa sätten att undvika bråk och konflikter utanför hemmet.
- Föräldern får utarbeta en plan för att hantera bråk- och trotsbeteenden utanför hemmet.

### Träff 10: Problemlösning

- Träning i att lösa problem tillsammans med andra vuxna och med sitt barn.

### Träff 11: Att förebygga framtida problem

- Kort repetition och diskussion kring programmet.
- Genomgång av hur föräldrarna kan förebygga och hantera framtida problem.

### Träff 12: Ev uppföljningsträff

#### Kortkomet

Den korta varianten av Komet har utarbetats av FoU-enheten i Stockholm stad. Kortkomet är en bearbetning av Komet, som är anpassad för att kunna ges vid ett tillfälle. Kortkomet tar 7 timmar att gå igenom. Ordningen i vilken momenten presenteras och materialet är det samma som det som används i Komet. Den största skillnaden är att föräldrarna inte träffas kontinuerligt under tio veckor, utan istället får all information vid ett tillfälle. Föräldrarna får därför betydligt mindre utrymme att diskutera med varandra och med gruppledarna än vad föräldrarna som går Komet får. Det är också färre möjligheter till rollspel. Gruppledarna har dessutom mycket mindre möjlighet att följa upp vilka beteenden, uppdrag, regler etc föräldrarna väljer. Efter kurstillfället får föräldrarna repetera allt material själva under en tioveckorsperiod och har då veckoövningar att träna på tillsammans med sina barn (motsvarande Komets hemuppgifter).

#### Utbildning av gruppledare

Gruppledarna i Kometgrupperna i denna studie hade genomgått en gruppledarutbildning. Gruppledarutbildningen ges av Precens (PREventionsCENTrum Stockhom), Socialtjänstförvaltningen i Stockholm, och består av 3,5 dagars undervisning i teorierna bakom Komet och hur Komet praktiskt genomförs. Utöver detta får gruppledarna kontinuerlig handledning av specialutbildade handledare. För att bli certifierad föräldragruppledare i Komet krävs att man lett två föräldragrupper.

Uppsatsförfattarna, som ledde en av de två Kortkometgrupperna, hade deltagit i gruppledarutbildningen men inte lett egna Kometgrupper och inte heller haft handledning. Den andra Kortkometgruppen leddes av två certifierade gruppledare.

#### Närvaro vid gruppträffarna

Ett försök gjordes att undersöka närvaron vid gruppträffarna för föräldrarna i Kometgruppen. Föräldrarna fick svara på frågor om närvaro etc, antingen via telefon eller via hemsida, under behandlingens gång. Av de 13 föräldrarna i Kometgruppen blev två föräldrar av misstag inte uppringda och de svarade inte heller via Internet. De resterande 11 föräldrarna hade närvarat vid i genomsnitt 7,72 av 10 gruppträffar.<sup>5</sup>

#### Väntelistan

De föräldrar som slumpades till Väntelistegruppen fick ingen behandling under studiens gång. När studien avslutats erbjöds föräldrarna plats i Kometgrupper.

---

<sup>5</sup> Den elfte träffen i Kometprogrammet har tillkommit efter att hemsidan skapades och frågor om träff 11 saknas på hemsidan. Närvaron är därför ett genomsnitt av föräldrarnas närvaro på 10 av 11 träffar.

## Mätinstrument

Ett antal mätinstrument användes för att beskriva deltagarna och mäta eventuell förändring.

### Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).

SDQ användes som screeninginstrument, för att jämföra studiens barn med andra barn och för att mäta eventuell förändring hos barnen i studien. Detta instrument mäter barns styrkor och svårigheter, i denna version enligt föräldrarnas skattningar. SDQ är allmänt använt såväl kliniskt som i forskningssammanhang. Formuläret består i sin helhet av 25 påståenden som utgör 5 subskalor vilka mäter emotionella problem, uppförandeproblem, hyperaktivitet-/uppmärksamhetsproblem, kamratproblem, samt prosocialitet. Dessutom finns 5 s k kompletteringsfrågor. Kompletteringsfrågorna består av fem frågor: fråga 1) svårighetsskattning, fråga 2) varaktighetsskattning, fråga 3-4) impactskala och fråga 5) belastningsskattning. Observera att vi i denna studie *endast* har använt de tre sista kompletteringsfrågorna: fråga 3-4, impactskalan och 5, belastningsfrågan. Frågor från de ovan nämnda subskalorna har inte använts.

– Impactskalan består av två frågor: 3) *Oroas eller lider barnet av svårigheterna?* 4) *Stör svårigheterna barnets vardagsliv a) hemma b) med kamrater c) i skolarbetet d) under fritidsaktiviteter?*

– Belastningsfrågan lyder 5) *Är barnets svårigheter en belastning för Dig eller familjen som helhet?*

Skattningarna görs på en likertskala i fyra steg (nej, inte alls – bara lite – ganska mycket – ja, mycket). Skalan kan kodas på olika sätt, 0-0-1-2, 0-1-2-3 eller 1-2-3-4 vilket ger olika möjliga maxpoäng. I denna uppsats har kodning 0-1-2-3 använts. Detta ger för Impactskalan min 0 – max 15 poäng och för belastningsfrågan min 0 – max 3 poäng. Exklusionskriterier för SDQ var lika med eller mindre än 2 på Belastningsfrågan. För dem som skattade 2 på Belastningsfrågan krävdes samtidigt en skattning på Impactskalan som var mindre än eller lika med 2 för att exkluderas.

Frågor om i vilken utsträckning symptomen hos ett barn medför lidande eller nedsatt social funktion är viktiga för att undvika ”falska fall”, barn som visserligen har symptomen för en viss psykiatrisk diagnos, men där varken barnet eller dess omgivning besvärar av dem. Endast Impactskalan i SDQ har visat sig diskriminera bättre mellan ett kliniskt sampel och ett normalsampel än vad endast symptompoängen gör. (Goodman, 1999). Bäst diskriminerar dock bägge skalorna tillsammans (Malmberg & Ingstedt Jarl, 2000).

Reliabilitet har undersökts med Cronbach's  $\alpha$  och var på Impact-skalan .87 för icke-klinisk grupp och .76 för klinisk grupp (Malmberg, Rydell & Smedje, 2003). I föreliggande studie ligger Cronbach's  $\alpha$  på .63 vid förmätningen. Formuläret har validitetstestats genom att undersöka dess förmåga att skilja mellan kliniska sampel och icke-kliniska sampel. Samtliga delskalor kan skilja dessa sampel åt på signifikant nivå (Malmberg & Ingstedt Jarl, 2000).

### Eyberg Child Behaviour Inventory (Eyberg)

Eyberg användes för att jämföra studiens barn med en normalgrupp och för att mäta en eventuell förändring av utåtriktade beteendeproblem. Det mäter barnets utagerande beteendeproblem genom föräldraskattningar. Formuläret innehåller 36 frågor av typen *Hur ofta förekommer det att ditt barn: Drar ut på tiden vid påklädning? Får ilskeutbrott? Är överaktiv och rastlös?* Föräldern får skatta hur ofta beteendet inträffar på en sjugradig skala som går från *aldrig* till *alltid*. Föräldern får också uppge om varje beteende är ett problem för

föräldern eller ej. Svaren resulterar i två summor: En intensitetssumma som är den totala förekomsten och intensitetsgraden av de 36 problemen (min 36 – max 252) och en problemsumma som är det totala antalet beteenden som anses vara ett problem (min 0 – max 36).

Skalornas reliabilitet har undersökts på tre sätt: genom split-half, test-retest, samt intern överensstämmelse. Dessa gav ett split-half resultat på  $p = .95$  för Intensitetskalan (IS), och  $.94$  för Problemskalan (PS). Test-retest korrelationer gav  $.86$  för IS och  $.88$  för PS. Intern överensstämmelse för båda skalorna är  $a = .98$  (Robinson, Eyberg & Ross, 1980). Cronbach's  $\alpha$  vid förmätningen för IS i föreliggande studie var  $.85$  och för PS  $.57$ .

Validiteten har testats genom att jämföra resultaten från en normal barngrupp med resultaten från en grupp barn med uppförandeproblem. Barnen med uppförandeproblem uppvisade 33 av de 36 aktuella beteendena signifikant oftare än barnen i kontrollgruppen. Samtliga 36 beteenden uppfattades oftare som ett problem av föräldrarna till barnen med uppförandeproblem än av föräldrarna till barnen i kontrollgruppen. 33 items uppvisade alltså ställda validitetskrav på båda skalorna (intensitetsskalan och problemskalan) och samtliga 36 items klarade validitetskraven på problemskalan (Robinson et al, 1980). För att anses som kliniskt signifikanta ska värdena vara  $>127$  på IS och  $>12$  på PS (Taylor, Schmidt, Pepler, & Hodgins, 1998).

#### Parent Daily Report (PDR)

PDR användes för att jämföra studiens barn med en normalgrupp och för att mäta en eventuell förändring av beteendeproblem. PDR genomförs genom telefonintervjuer, där föräldern blir uppringd vid samma tid fem vardagar i rad och får skatta barnets problembeteende i hemmet. Föräldern får vid första tillfället svara på frågor om barnet har problem på olika områden, exempelvis *Har ditt barn problem med att sköta sig vid måltiderna?* Föräldern får därefter, fem vardagar i rad, svara på om barnet haft problem inom olika områden de senaste 24 timmarna, exempelvis *Har ditt barn haft problem med att sköta sig vid måltiderna de senaste 24 timmarna?* Föräldrarna ska helst ringas upp vid samma tid varje dag, exempelvis efter middagen. PDR ger två summor, dels det *totala antalet beteenden* (min 0 – max 170), vilket är summan av alla förekommande beteenden under hela perioden, dels antalet *målbeteenden* (min 0 – max 170), vilket är summan av de förekommande beteenden som föräldern vid första intervjun uppgav som förekommande hos barnet. För PDR rekommenderas att en 50% minskning från baseline räknas som kliniskt signifikant (Webster-Stratton, Hollinsworth & Kolpacoff 1989).

PDR utvecklades 1969 och har sedan 1974 genomförts via telefonintervjuer. Skattningar av barns beteenden utifrån föräldraobservationer har tidigare visat sig vara obenägra till förändring över kort tid, troligen därför att föräldrarna har en fast bild av hur barnet "är". Med PDR underlättas detta genom att föräldern bara ska svara på hur barnet varit under det senaste dygnet. PDR har god stabilitet över tid,  $r = .82$ . Signifikant korrelation,  $r = .48$ , har uppvisats mellan PDR och samtidiga oberoende observationer i hemmet vad gäller målbeteenden, men inte vad gäller det totala antalet beteenden ( $r = .19$ ) (Chamberlain & Reid, 1987).

PDR har också, i en mindre studie ( $n=32$ ), utvärderats på svenska barn. Reliabiliteten undersöktes då genom split/half, test-retest och Cronbach's  $a$ . Deltagarna intervjuades vid sju tillfällen. Sambanden för de sju olika tillfällena varierade mellan  $.65 = r = .80$  ( $p < 0.0001$ ). Test-retest genomfördes genom att summera intervju 1-4 och intervju 5-7. Sambandet mellan intervju 1-4 och intervju 5-7 var  $.59$  ( $p = 0,0004$ ). Cronbach's  $a$  var  $.80$ . I den svenska studien

validitetstestades PDR genom jämförelse med Eyberg Child Behavior Checklist. Resultatet visar ett statistiskt säkerställt samband för Eybergs Intensitetssumma (IS) fr o m andra intervjutillfället och för Eybergs problemsumma (PS) fr o m femte intervjutillfället. (Crona Nordmark, 2004).

I den här studien hade föräldrarna efter första intervjun möjlighet att fortsätta svara på formuläret via Internet. I föreliggande studie låg Cronbach's  $\alpha$  för PDR Total på .87 vid förmätningen. För PDR Målbeteenden låg den på .72.

### Parenting Practices Inventory (PPI)

PPI användes för att mäta en eventuell förändring av föräldrarnas uppfostringsmetoder. Formuläret innehåller frågor om olika sätt att tillrättavisa barn och lära dem skilja på rätt och fel. Föräldrarna får svara på frågor om hur ofta de gör olika saker eller hur stor sannolikhet det är att de skulle vidta vissa åtgärder i några situationer. Ett exempel på en fråga är: *Om ditt barn slog ett annat barn, hur troligt är det att du skulle tillrättavisa ditt barn på följande sätt? a) Läger märke till det men gör inget åt det b) höjer röster (skäller eller skriker) c)... etc.* Föräldern får sedan ange hur troligt det är att han/hon skulle göra varje alternativ på en 7-gradig skala från *inte alls troligt* till *ytterst troligt*. Ett annat exempel är *Hur många gånger under de senaste dagarna har du berömt ditt barn för något han/hon gjort bra?* Föräldern får kryssa för alternativ på en 6-gradig skala mellan *aldrig* och *6-7 gånger*.

PPI är utarbetat av Oregon Social Learning Center. Vid sammanräkning delas formuläret in i sju olika skalor. Intern överensstämmelse varierar mellan .63 och .75, beroende på skala och version av testet. (Webster-Stratton, 1998; Webster-Stratton, Reid & Hammond, 2001). Cronbach's  $\alpha$  för respektive skala vid förmätning i denna studie redovisas nedan.

- a) Skäll/straff (*Harsh Discipline*)<sup>6</sup>  $\alpha=.70$
- b) Konsekvenser (*Harsh for Age*),  $\alpha=.47$
- c) Inkonsekvent uppfostran (*Inconsistent Discipline*)  $\alpha=.65$
- d) Lämplig uppfostran (*Appropriate Discipline*)  $\alpha=.82$
- e) Berömma/belöna (*Positive Parenting*)  $\alpha=.57$
- f) Tydliga regler (*Clear Expectations*)  $\alpha=.73$
- g) Övervakning (*Monitoring*)  $\alpha=.46$

### Social Competence Scale – Parent (P-COMP)

P-COMP användes för att mäta en eventuell förändring av barnets sociala kompetens. Instrumentet är ett föräldraskattningsformulär bestående av tolv frågor. Syftet med frågorna är att undersöka föräldrarnas uppfattning av barnets sociala förmåga, (6 frågor) och förmåga till känsloreglering (6 frågor). Frågorna är av typen *Mitt barn delar med sig till andra, Mitt barn löser själv konflikter med kamrater eller syskon, Mitt barn behärskar sig och kontrollerar sitt humör när han/hon är oense med andra*. Svaren skattas på en fem-gradig med alternativen *stämmer inte alls – stämmer något – stämmer måttligt bra – stämmer bra – stämmer mycket bra*. Skalan kodas 0-4, vilket ger minimalt 0 poäng och maximalt 48 poäng för hela skalan. Den kliniska gränsen går vid < 17. 17-20 anses vara gränsfall och >20 är normalt.

P-COMP är utarbetat av Conduct Problem Prevention Group vid University of Washington Clinic. Den interna överensstämmelsen ligger på  $\alpha = .86$ . (Webster-Stratton & Hammond, 1998). I föreliggande studie var Cronbach's  $\alpha$  .57 vid förmätningen.

---

<sup>6</sup> Skalornas namn är översatta av uppsatsförfattarna.

## Credibility/expectancy questionnaire (Frågor om metoden)

Frågor om metoden användes vid för- och eftermätning för att mäta en eventuell skillnad mellan behandlingsgruppernas inställning till metoden.

I formuläret *Frågor om metoden* får föräldern skatta hur vettig man tycker att Komet verkar vara när det gäller behandling av barn med utåtriktade beteendeproblem. Föräldern får också svara på hur han/hon kommit i kontakt med metoden samt om han/hon skulle rekommendera metoden till någon annan. Exempel på frågor är: *Hur vettig tycker du att den här typen av behandling verkar vara? 1 (inte alls vettig) – 10 (mycket vettig). Hur säker är du på att den här metoden kommer att vara framgångsrik i behandlingen av barn med utåtriktade beteendeproblem? 1 (inte alls säker) – 10 (mycket säker)*

Frågor om metoden utvecklades ursprungligen för behandling av personer med ångestproblematik (Borcovec & Nau, 1972). De frågor som använts i denna studie är en fri översättning av det ursprungliga formuläret. En nyare version av denna skala har utvärderats, där man även tagit fram psykometriska mått. Denna skala är dock inte översatt till svenska. (Deville & Borcovec, 2000). I denna studie låg Cronbach's  $\alpha$  på .74 vid förmätning.

## Jämförelser och bortfallsanalys

### Jämförelser med andra grupper

I syfte att undersöka hur barnen i studien förhöll sig till normalpopulationen jämfördes resultaten vid förmätningen från några av mätinstrumenten med data från andra grupper. Resultaten redovisas utförligt i tabell 10-11 i bilaga 1. I tabell 3 jämförs barnen i Kometstudien med övriga barn i Kometgrupperna<sup>7</sup>, en grupp från en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik (dock ej enbart barn med utåtriktade beteendeproblem) samt en normalgrupp (Malmberg & Ingstedt Jarl, 2000) vad gäller resultat på SDQ (Impact och Belastning). Kometgruppen hade signifikant högre värden än samtliga grupper på Belastningsskalan, och signifikant högre värden än Normalgrupp på Impactskalan. De övriga barnen ligger högre än Kometgruppen på Impact, dock ej på signifikant nivå. De övriga grupperna har inte jämförts sinsemellan.

Tabell 3. Skillnad på SDQ Impact (min 0 – max 15) och Belastning (min 0 – max 3) mellan olika grupper.

	Komet (n=33)		Övriga barn (n=166)		BUP-grupp (n=71)		Normal (n=263)	
	m	sd	m	sd	m	sd	m	sd
SDQ Impact	7,67*	3,04	8,84	3,36	6,54	4,19	1,03	2,45
SDQ Belastning	2,42**	0,66	2,02	1,94	1,82	1,14	0,26	0,67

\*=signifikant högre än Normalgrupp,  $p < .001$ .

\*\*=signifikant högre än Övriga barn,  $p < .05$ , BUP-grupp,  $p < .001$  och Normalgrupp,  $p < .001$ .

I tabell 4 redovisas skillnader på PDR (Totalt antal beteenden<sup>8</sup>) och Eyberg (PS och IS) mellan Kometstudiens barn och en normalgrupp (Crona Nordmark, 2004). Barnen i studien låg signifikant högre än normalgruppen på Eyberg PS, Eyberg IS och PDR.

<sup>7</sup> Värden erhållna från Knut Sundell, FoU-enheten, Stockholm.

<sup>8</sup> PDR Målbeteende kunde inte räknas, då detta värde saknades i normalstudien.

Tabell 4. Skillnad mellan Kometgruppen och en normalgrupp på PDR och Eyberg.

	<b>Komet</b> (n=28-33)		<b>Normal</b> (n=32)	
	m	sd	m	sd
PDR totalt antal beteenden (0-170)	51,76*	18,31	23,72	3,38
Eyberg Problemskala (0-36)	17,15*	6,39	3,62	4,77
Eyberg Intensitetsskala (0-252)	140,24*	22,35	84,06	18,64

\*=signifikant högre än Normalgrupp,  $p < .001$

### Jämförelser inom gruppen

Utifrån tidigare forskningsuppgifter om att flickor uppvisar en annan typ av beteendeproblem än pojkar (Crick & Grotpeter, 1995), gjordes en jämförande analys mellan studiens flickor och pojkar vad avser poäng på SDQ. Tabell 5 visar att studiens flickor vid förmätning ligger signifikant lägre än pojkarna på SDQ Impact. På SDQ belastning fanns ingen skillnad mellan grupperna. Resultat redovisas utförligt i tabell 12 i bilaga 1.

Tabell 5. Skillnader på SDQ mellan flickor och pojkar vid förmätning.

	<b>Flickor</b> (n=10)		<b>Pojkar</b> (n=22)	
	m	sd	m	sd
SDQ Impact	5,30*	2,50	8,95	2,65
SDQ Belastning	2,20	0,92	2,57	0,51

\* = signifikant lägre än pojkar,  $p < .005$

### Bortfallsanalyser

I syfte att undersöka om det fanns några skillnader mellan de som hoppade av studien och de som deltog jämfördes gruppernas poäng på SDQ, se tabell 6. Inga signifikanta skillnader fanns mellan de deltagare som hoppade av och de som fullföljde studien vad gäller SDQ Belastning. Avhopsgruppen skiljde sig signifikant gentemot den studerade gruppen vad gäller SDQ Impact. Resultaten redovisas utförligt i tabell 13 i bilaga 1.

Tabell 6. Skillnader mellan deltagare och avhopsgrupp vad gäller SDQ Impact och Belastning.

	<b>Deltagare</b> (n=33)		<b>Avhopp</b> (n=17)	
	m	sd	m	sd
SDQ Impact	7,67*	3,04	9,71	3,46
SDQ Belastning	2,42	0,66	2,76	0,66

\*=signifikant lägre än Avhopp,  $p < .05$ .

### Procedur

Rekrytering av deltagare skedde via annonser i dagstidningarna Metro och Dagens Nyheter vid två tillfällen i augusti 2004. I annonserna uppmanades föräldrarna att anmäla sig till studien via projektets hemsida, som lades ut på nätet i juli 2004. Alla föräldrar med barn mellan 3 och 10 år, som ansåg att de ofta bråkade med sitt barn, fick anmäla sig. På hemsidan fick sedan föräldrarna skatta sina barns svårigheter på Impactskalan och Belastningsfrågan på SDQ. Föräldrar som tidigare visat intresse för projektet kontaktades via e-mail och erbjöds plats i den här omgången. Dessa föräldrar hade anmält sitt intresse under hösten 2003 – våren 2004 men då inte fått plats. Rekryteringen pågick t o m början av oktober då den sista föräldern anmälde sig. De deltagare som anmält sig till studien fick en bekräftelse på att de fått plats, samt ett brev med information om studien.

I september genomfördes förmätningarna med Eyberg, PPI, P-COMP samt Frågor om metoden, i enkätform. Dessa enkäter skickades ut till föräldrarna med post och föräldrarna fick skicka tillbaka de ifyllda enkäterna med bifogat svarskuvert.

PDR genomfördes under samma tid. De som utförde telefonintervjuerna hölls blinda för vilken grupp föräldrarna hade hamnat i. Ungefär hälften av föräldrarna valde efter första intervjun att fortsätta svara via Internet. De föräldrar som valde att svara via Internet fick påminnelser på sin e-post då de inte svarat.

Efter förmätningarna följde föräldraträning för Kometgruppen. Föräldrarna som deltog i studien gick i "vanliga" föräldragrupper ute i stadsdelarna, där även föräldrar som inte deltog i studien gick. Samtliga gruppdeltagare, alltså även de som inte ingått i Kometstudien, fick fylla i Impactskalan och Belastningsfrågan SDQ för att fastställa typen och graden av varje barns problem.

I oktober/november fick Kortkometgruppen sin utbildning. Utbildningen genomfördes vid två tillfällen. Föräldrar till fem barn deltog vid första tillfället och föräldrar till tre barn deltog vid andra tillfället.

Föräldrarna i Kometgruppen och Kortkometgruppen ringdes upp en gång i veckan efter att behandlingen påbörjades för att besvara frågor om behandlingsintegritet (närvaro, genomförande av hemuppgifter etc).<sup>9</sup> Föräldrarna i Kometgruppen hade möjlighet att besvara frågorna om behandlingsintegritet via projektets hemsida.

I januari/februari gjordes eftermätningar genom att formulären åter skickades ut till föräldrarna och PDR-intervjuerna upprepades via telefon och Internet. I tabell 7 presenteras studiens tidsmässiga upplägg.

Tabell 7. Studiens upplägg.

	<b>Anmälan och urval</b> -SDQ	<b>Förmätning</b> - PDR - PPI - P-COMP - Eyberg - Frågor om metoden	<b>Behandling</b> Deltagarna i Komet- och Kortkometgruppen ringdes upp för integritetsmätning 1 gång/vecka.	<b>Eftermätning</b> - PDR - PPI - P-COMP - Eyberg - SDQ - Frågor om metoden
<b>Kometgruppen</b>		v. 37 – v. 39	v. 39 – v. 50 uppehåll v. 45 p g a höstlov	v. 2 - 5
<b>Kortkometgruppen</b> Grupp 1 Grupp 2		v. 37 – v. 42	23/10 7/11	v. 4 - 7 v. 6 - 8
<b>Väntelistegruppen</b>		v. 37 – v. 42	<i>ingen behandling</i>	v. 2 – 5

## Design

Studien var en tregruppsdesign med upprepad mätning. De oberoende variablerna var *grupp* (Kometgruppen, Kortkometgruppen, väntelistegruppen) samt *tid* (före och efter behandling). Kometgruppen och Kortkometgruppen utgjorde två behandlingsgrupper och väntelistegruppen utgjorde kontrollgrupp. Beroendevariabeln var utfallet på en rad

<sup>9</sup> Dessa frågor utgjorde en del av en annan studie inom Kometprojektet.

mätinstrument som avsåg att mäta olika beteenden, närmare beskrivna ovan. De deltagande barnen delades in i två grupper efter ålder, 3-5 år och 6-10 år. Barnen matchades med avseende på ålder och slumpades sedan till någon av de tre grupperna. Skillnader mellan grupperna vad gäller antal, ålder, kön, resultat på kompletteringsfrågorna på SDQ samt resultat på Frågor om metoden framgår av tabell 8. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna vad gäller Frågor om metoden eller SDQ. Resultaten redovisas utförligt i tabell 14 i bilaga 1.

Tabell 8. Gruppernas utseende.

	Kometgruppen	Kortkometgruppen	Väntelistan
Antal	14	8	11
Ålder m	6,0 <sup>10</sup>	6,1	6,6
Antal pojkar/flickor	9/4 <sup>11</sup>	5/3	8/3
SDQ Impactskala m (sd)	6,93 (1,49)	7,25 (3,20)	8,91 (4,11)
SDQ Belastning m (sd)	2,57 (0,51)	2,63 (0,52)	2,09 (0,83)
Frågor om metoden	7,86 (1,29)	8,04 (0,57)	-

#### Oberoende variabler:

Grupp (Kometgruppen, Kortkometgruppen, Väntelistgruppen)

Tid (före och efter behandling)

#### Beroendevariabler:

Utfall på följande formulär:

*Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

*Parent Daily Report (PDR)*

*Eyberg Child Behavior Inventory (Eyberg)*

*Parenting Practices Interview (PPI)*

*Social Competence Scale – Parent (P-COMP)*

#### Statistiska analyser

T-test har använts för jämförelser och bortfallsanalyser. Dessa har beräknats på <http://home.clara.net/sisa/t-test.htm>. ANOVA för upprepad mätning har använts vid beräkning av resultaten. Beräkningarna gjordes i statistikprogrammet Statistica 6.0. Eftertest har gjort med Tukey's HSD för olika stora sampel. Då interaktionseffekten inte behöver vara signifikant för att motivera eftertest (Howell, 1997) eftertestades samtliga variansanalyser. Effektstorlek beräknades med Cohen's d. Gränsvärden för Cohen's d är .20=liten, .50=mellanstor och .80=stor (Clark-Carter, 2001) Effektstorlekar för behandlingsgrupperna i jämförelse med kontrollgruppen beräknades med kompenserad effektstorlek. Detta innebär att effektstorleken för kontrollgruppen subtraheras från behandlingsgruppens effektstorlek. Procentuell förändring av beteendeproblem för behandlingsgrupperna beräknades genom kompenserad procentuell förändring. Detta beräknas genom att kontrollgruppens förändring subtraheras från behandlingsgruppens förändring.

<sup>10</sup> En förälder har ej uppgett ålder på sitt barn.

<sup>11</sup> En förälder har ej uppgett kön på sitt barn

## Resultat

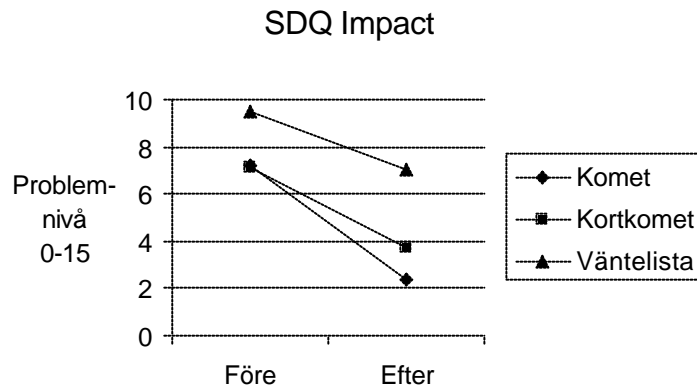
Kontroll för *outliers* har gjorts för samtliga beräkningar. Alla resultat i redovisas i en sammanfattande resultattabell, se bilaga 1.

*Frågeställning 1a+2a) Har föräldrarnas deltagande i Kometgruppen/Kortkometgruppen någon effekt på barnets utåtriktade beteendeproblem och barnets sociala kompetens?*

Barnens utåtriktade beteendeproblem mättes med SDQ (Impact och Belastning), PDR och Eyberg. Social kompetens mättes med P-COMP. PDR har besvarats av samtliga 33 deltagare. Resterande mätinstrument har lämnats in av 28 deltagare. Enstaka uppgifter saknades i några enkäter. För varje mätinstrument redovisas skillnader för Kometgruppen, Kortkometgruppen och Väntelistan före och efter behandling.

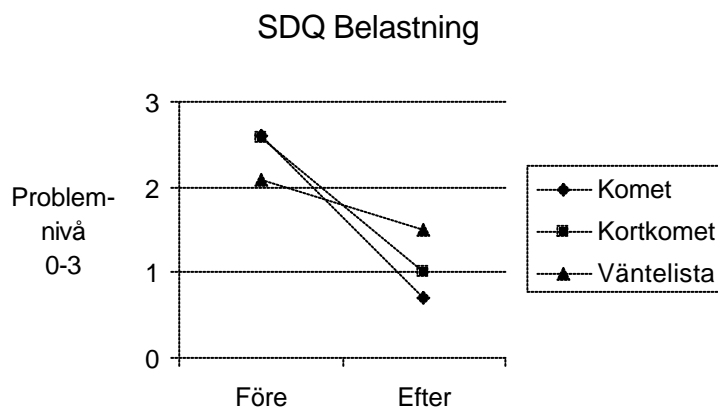
### Strenghts and Difficulties Questionnaire

I figur 4 redovisas resultat av totalt antal beteenden på SDQ Impact för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade problem. Interaktionseffekt mellan tid och grupp var inte signifikant. Eftertest visade att Kometgruppens förbättrats signifikant,  $p < .005$ .



Figur 4. Skillnader mellan grupperna på SDQ Impact, före och efter behandling.

I figur 5 redovisas resultat av totalt antal beteenden på SDQ Belastning för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade problem. Interaktionseffekt mellan tid och grupp var signifikant,  $p < .05$ . Eftertest visade att Kometgruppens förbättrats signifikant,  $p < .001$ . Även Kortkometgruppen hade förbättrats signifikant,  $p < .05$ .

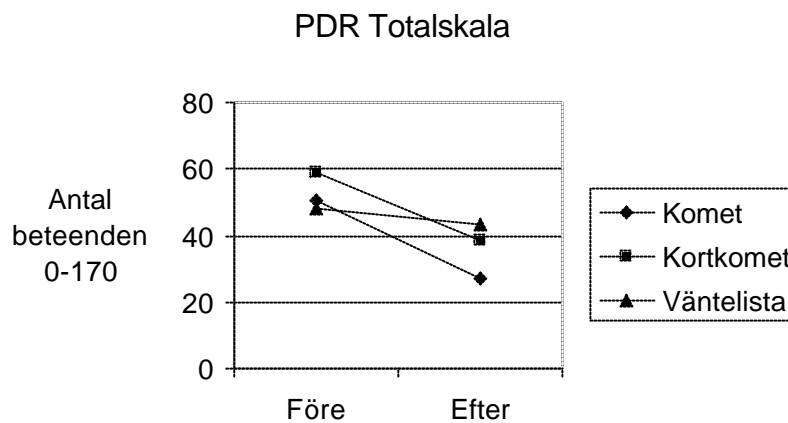


Figur 5. Skillnader mellan grupperna på SDQ Belastning, före och efter behandling.

## Parent Daily Report

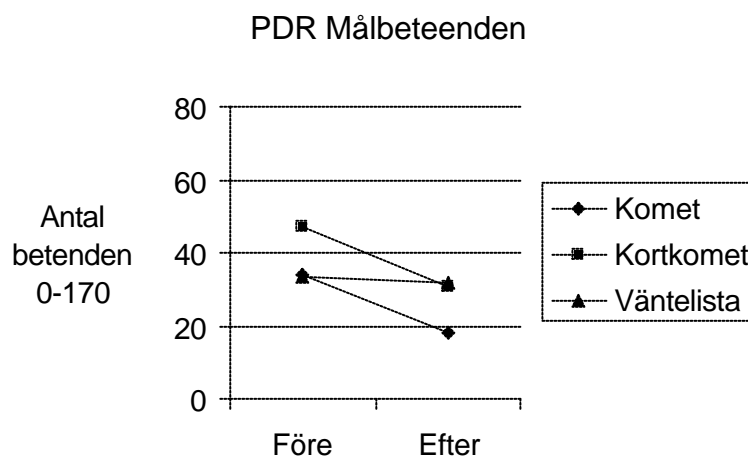
Fyra deltagare svarade inte på alla fem enkäterna. För att kunna räkna ut en summa har de resultat som fattas ersatts med medelvärdet av de resultat som deltagaren fyllt i.

I figur 6 redovisas resultat av totalt antal beteenden på PDR för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade problembeteenden. Interaktionseffekt mellan tid och grupp fanns på trendnivå,  $p=.064$ . Eftertest visade att Kometgruppens förbättrats signifikant,  $p<.005$ .



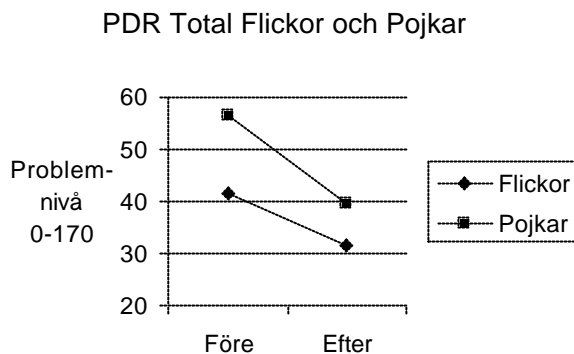
Figur 6. Skillnader mellan grupperna på PDR Totalt antal beteenden, före och efter behandling.

I figur 7 redovisas resultat av målbeteenden på PDR för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade problembeteenden. Interaktionseffekten mellan tid och grupp fanns på trendnivå,  $p=.056$ . Eftertest visade att Kometgruppens förbättrats signifikant,  $p <.01$ . Kortkometgruppens förbättring låg på trendnivå,  $p=.059$ .



Figur 7. Skillnader mellan grupperna på PDR Målbeteende, före och efter behandling.

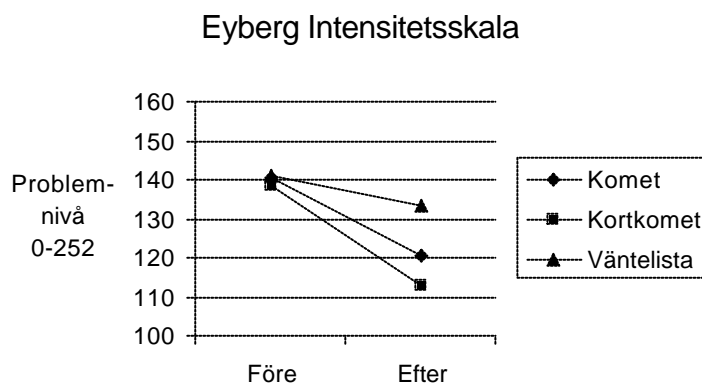
Då flickorna i studien visade sig ha signifikant lägre poäng på SDQ Impact vid förmätningen, jämfördes flickornas och pojkarnas förändring på PDR Total. Resultatet redovisas i figur 8. Interaktionseffekten var inte signifikant. En huvudeffekt för kön fanns på trendnivå,  $p=.051$ . Eftertest visade att pojkarna förbättrats signifikant,  $p<.01$ . Flickorna uppvisade ingen signifikant förändring.



Figur 8. Skillnader mellan pojkar och flickor på PDR Total vid för- och eftermätning.

### Eyberg Child Behavior Inventory

I figur 8 redovisas resultat på Eybergs Intensitetsskala för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade problembeteenden. Interaktionseffekten mellan tid och grupp fanns på trendnivå,  $p=.09$ . Eftertest visade att Kometgruppens förbättrats signifikant,  $p<.01$  och att även kortkometgruppens förbättrats signifikant,  $p<.01$ .

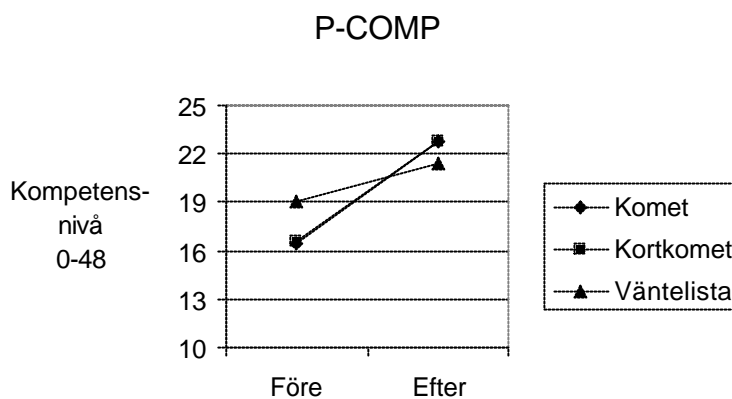


Figur 8. Skillnader mellan grupperna på Eybergs Intensitetsskala, före och efter behandling.

För Eybergs Problemskala var interaktionseffekten inte signifikant. Inga signifikanta resultat uppvisades vid eftertest.

### Social Competence Scale – Parent

I figur 9 redovisas resultat på P-COMP för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade ”positiva” beteenden. Interaktionseffekten mellan tid och grupp var inte signifikant. Eftertest visade att Kometgruppens förbättrats signifikant,  $p < .005$ . I figur 9 ligger Komet och Kortkomet parallellt och täcker varandras linjer.



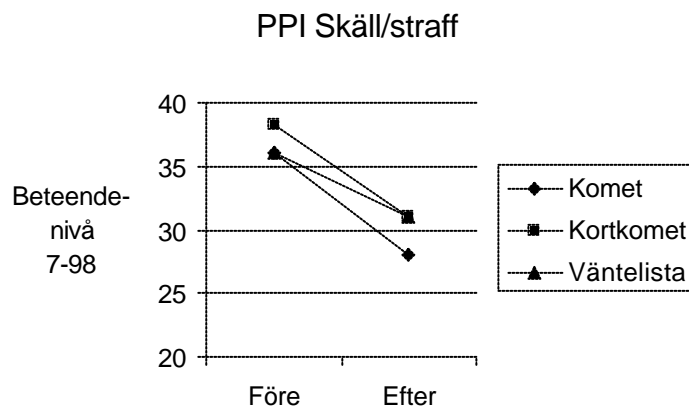
Figur 9. Skillnader mellan grupperna på P-COMP, före och efter behandling.

*Frågeställning 1b+2b) Har föräldrarnas deltagande i Kometgruppen/Kortkometgruppen någon effekt på föräldrarnas uppfostringsfärdigheter?*

Föräldrarnas sätt att förhålla sig till barnet mättes med PPI. Nedan redovisas resultat från de sju olika skalorna på PPI. Resultaten är beräknade på 28 deltagare, då resterande deltagare inte lämnade in enkäterna i tid.

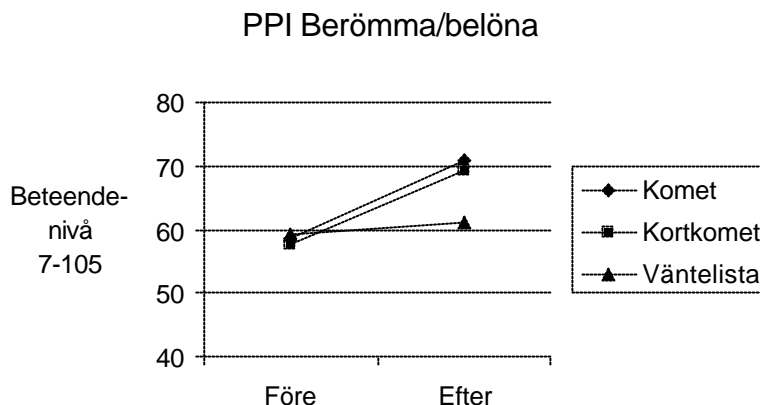
### Parenting Practices Inventory

I figur 10 redovisas resultat på PPI Skäll/straff för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade ”stränga” beteenden. Det fanns ingen interaktionseffekt mellan tid och grupp. Eftertest visade att Kometgruppens förbättrats signifikant,  $p < .001$ . Även Kortkometgruppens förbättring var signifikant,  $p < .05$ .



Figur10. Skillnader mellan grupperna på PPI Skäll/straff, före och efter behandling.

I figur 11 redovisas resultat på PPI Berömma/belöna för Kometgrupp, Kortkometgrupp och Väntelistegrupp vid för- och eftermätning. Ett högre värde innebär ett större antal rapporterade ”positiva” beteenden. Interaktionseffekten mellan tid och grupp var signifikant,  $p=.002$ . Eftertest visade att Kometgruppens förbättring var signifikant,  $p<.001$ . Även Kortkometgruppens förbättring var signifikant,  $p<.005$ .



Figur11. Skillnader mellan grupperna på PPI Berömma/belöna, före och efter behandling.

På resterande skalor på PPI, Konsekvenser, Inkonsekvent uppfostran, Lämplig uppfostran, Tydliga regler och Övervakning uppvisades varken signifikanta interaktionseffekter eller signifikanta eftertest.

*3a+ b) Blir det någon skillnad i effekt på barnets utåtriktade beteendeproblem, barnets sociala kompetens och föräldrarnas uppfostringsfärdigheter, beroende på om föräldern deltar i Kometgruppen jämfört med Kortkometgruppen?*

Ingen signifikant skillnad fanns mellan förändringen i Kometgruppen och förändringen i Kortkometgruppen på något av mätinstrumenten.

#### Kompenserad effektstorlek

Som redovisas i tabell 8 uppvisade både Komet och Kortkomet flera stora och några medelstora kompenserade effektstorlekar. Kometgruppen visade stor effekt på båda SDQ-skalorna, båda PDR-skalorna, båda Eyberg-skalorna, samt två av PPI-skalorna. Den uppvisade också medelstor effekt på P-COMP. För Kortkometgruppen var effekten stor på SDQ Belastning, båda PDR-skalorna, samt två av PPI-skalorna. Medelstor effekt uppvisades på P-COMP.

Tabell 8. Kompenserad effektstorlek och kompenserad procentuell förändring för de instrument som fick medelstor till stor effekt för åtminstone en av grupperna.

	<b>Komet</b> (n=14)		<b>Kortkomet</b> (n=8)	
	Kompenserad effektstorlek	Kompenserad förändring	Kompenserad effektstorlek	Kompenserad förändring
SDQ Impact	1.18**	40%	.37	22%
SDQ Belastning	2.25**	47%	1.75**	35%
PDR Totalt antal beteenden	1.01**	36%	1.03**	24%
PDR Målbeteenden	.86**	42%	.98**	29%
Eyberg Intensitetsskala	.89**	8%	.42	18%
Eyberg Problemskala	.92**	19%	.26	16%
P-COMP	-.69*	17%	-.76*	16%
PPI Inkonsekvent uppfostran	.46	6%	.80**	10%
PPI Berömma/belöna	-1.08**	15%	-1.09**	14%
PPI Tydliga regler	-1.08**	14%	-.1	2%

\*\*=stor effekt

\*=medelstor effekt

### Frågor om metoden

Tabell 9 visar resultat från Frågor om metoden för Kometgruppen och Kortkometgruppen vid eftermätning. Frågorna har inte besvarats av alla föräldrar som deltog i Komet- eller Kortkometgruppen. Höga siffror innebär positiva omdömen. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna på någon av frågorna. Båda grupperna hade svarat mycket högt, mellan 7,3 – 9,4, på samtliga frågor.

Tabell 9. Resultat på Frågor om metoden för Kometgruppen och Kortkometgruppen vid eftermätning.

	<b>Komet</b> (n=10)		<b>Kortkomet</b> (n=5)	
	m	sd	m	sd
1) Hur vettig tror du att den här typen av insats är? <i>10 = mycket vettig, 1 = inte alls vettig</i>	8,95	2,19	9,00	1,73
2) Hur mycket tror du på att den här metoden är framgångsrik i hantering av barns bråk- och trotsbeteenden? <i>10 = tror mycket, 1 = tror inte alls</i>	8,90	1,52	9,20	0,84
3) Med vilken grad av övertygelse skulle du rekommendera den här metoden till en förälder i samma situation som du är i? <i>10 = med stor övertygelse, 1 = med ingen övertygelse alls</i>	9,10	1,91	9,40	0,89
4) Hur framgångsrik tror du att denna metod skulle vara i hanterandet av andra beteendeproblem hos barn? <i>10 = mycket framgångsrik, 1 = inte alls framgångsrik</i>	8,40	2,42	8,90	0,89
5) Hur förbättrad förväntar du dig att situationen i hemmet blir av den här metoden? <i>10 = helt bra, 1 = ingen förbättring alls</i>	7,30	1,16	7,40	1,34

## Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om föräldrarnas deltagande i Komet- respektive Kortkometutbildningen har någon effekt på barnens utåtriktade beteendeproblem, barnens sociala kompetens och föräldrarnas uppfostringsfärdigheter, samt om det var någon skillnad i effekt mellan de båda behandlingsgrupperna.

Barnen vars föräldrar deltagit i Kometgruppen förbättrades vad gäller utåtriktade beteendeproblem och social kompetens. Deras föräldrar rapporterade efter utbildningen en förbättring av några uppfostringsfärdigheter. Effektstorlek för dessa skalor varierade från medelstor till stor effekt. Även barnen vars föräldrar deltagit i Kortkometutbildningen förbättrades i viss mån vad gäller utåtriktade beteendeproblem. Deras föräldrar förbättrades på några uppfostringsfärdigheter. Effektstorlek för dessa skalor varierade från knappt medelstor till stor effekt.

Resultaten visar att såväl Komet- som Kortkometutbildningen bidragit till en sänkning av barnens utåtriktade beteendeproblem och en förändring av föräldrarnas uppfostringsfärdigheter. En skillnad mellan grupperna fanns på antalet utvärderingsmått, där Kometgruppen fick stöd på flera skalor, bl a förbättring av barnets sociala kompetens. Vid direkt jämförelse mellan grupperna fanns emellertid ingen skillnad. Studiens lilla sampel gör att resultaten bör tolkas med viss försiktighet, detta gäller särskilt resultaten från Kortkometgruppen.

### Resultatdiskussion

#### Kometgruppen

Kometgruppens resultat är lovande inför fortsatt användning inom Socialtjänsten. Undantaget Eybergs PS uppvisades signifikant förändring på samtliga mått som avsåg mäta barnets utåtriktade beteendeproblem. Barnen har också uppvisat en signifikant ökning av den sociala kompetensen och föräldrarnas uppfostringsfärdigheter har till viss del förbättrats. När metoden utprovades i pilotstudien låg effektstorlekarna som redovisades (PDR Totalt antal beteenden, PDR målbeteenden, Eyberg PS) mellan .52 och 1.03 (Hassler och Havbring, 2003). Motsvarande effektstorlekar för Kometgruppen var lika goda eller högre. Totalt fick Kometgruppen i denna studie medelstora eller stora effekter på 9 av 14 skalor. Förändring mått i kompenserad procent visade lägre effekt för de nuvarande behandlarna än för behandlarna i pilotstudien (Hassler och Havbring, 2003). Förändringen låg emellertid i linje med tidigare forskning, som visat på en minskning på 20-60% av barns utåtriktade beteendeproblem (Ogden 1999).

Kometgruppens minskning på Eyberg IS innebar att gruppen hamnade under den kliniska gränsen 127 efter behandling. Detsamma gäller på Eyberg PS där Kometgruppen minskade till under den kliniska gränsen 12 (Taylor, Schmidt, Pepler, & Hodgins, 1998). För PDR rekommenderas att en 50% minskning från baseline räknas som kliniskt signifikant (Webster-Stratton et al, 1989). Detta uppfyllde Kometgruppen nästan men inte riktigt. Vad gäller P-COMP har Kometgruppen ökat till över klinisk gräns, 20 (Webster-Stratton & Hammond, 1998).

Som nämndes i inledningen är det önskvärt att undersöka Komets effectiveness då grupperna bedrivs utanför forskningsprojektet. Behandlingens externa validitet och genomförbarhet kan sägas ha belysts något i denna studie. Vad gäller extern validitet tyder resultaten på att behandlarnas utbildning och kompetens är tillräcklig. Barnens problematik verkar inte vara

för svår för att kunna behandlas av de aktuella gruppledarna. Vad gäller behandlingens genomförbarhet, antyder den relativt höga närvarofrekvensen, 7,72 av 10 träffar, att föräldrarna som deltog i Kometgrupperna i hög utsträckning valde att närvara. De allra flesta avhopp i Kometgruppen skedde innan föräldragrupperna satt igång och föräldrarna valde alltså inte bort Komet därför att de inte tyckte om den faktiska behandlingen. Man naturligtvis tänka sig att de hade en tveksam uppfattning från början och inte ville delta, men föräldrarnas svar på Frågor om metoden vid förmätningen antyder snarare motsatsen. Sammantaget tyder detta på att Komet har god effectiveness vad gäller dessa aspekter. Ytterligare aspekter som bör undersökas är gruppledarnas och föräldrarnas behandlingsintegritet samt behandlingens effektivitet i ett icke specialrekryterat sampel.

### Kortkomet

Kortkometgruppen uppvisade signifikanta förbättringar på två av de mått som avsåg mäta barnets utåtriktade beteendeproblem och nära signifikant förbättring på ett av dem. Signifikant förbättring uppvisades också till viss del vad gäller föräldrarnas uppfostringsfärdigheter. Kortkometgruppen fick medelstora till stora effekter på totalt 6 av 14 skalor. Av dessa låg båda PDR-skalorna i pilotstudiens storleksordning. Kliniskt signifikanta förändringar uppmättes på såväl Eyberg IS som PS. Kortkometgruppen nådde inte upp i kliniskt signifikant förbättring på PDR. Vad gäller förändring mätt i kompenserad procent visade Kortkometgruppen lägre effekt än både pilotstudiens Kometgrupp och denna studies Kometgrupper. Förändringen låg emellertid även här i linje med tidigare forskning, som visat på en minskning på 20-60% av barns utåtriktade beteendeproblem. Kortkometgruppen har, liksom Kometgruppen, minskat så att de efter behandling ligger under klinisk nivå på Eyberg IS och PS samt ökat till över klinisk gräns på P-COMP.

Det faktum att också en dags föräldrautbildning gav effekt på barnens beteende och föräldrarnas sätt att förhålla sig till barnen måste anses vara ett intressant resultat. Med tanke på Kortkometgruppens storlek (n=8) och relativt sett stora avhopp (7 st) bör resultaten vad gäller denna grupp emellertid tolkas med extra stor försiktighet. Ytterligare en orsak till försiktighet är att ett par av föräldrarna i Kortkometgruppen svarade mycket sporadiskt på PDR via hemsida vid eftermätningen. Man bör dessutom ha i åtanke att föräldrarna i Kortkometgruppen blev uppringda en gång i veckan efter kurstillfället, för att svara på frågor om behandlingsintegritet. Detta kan ha bidragit till att föräldrarna i större utsträckning genomförde programmet, än vad de annars skulle ha gjort.

### Generella resultat

Både Kometgruppen och Kortkometgruppen fick varierande resultat vad gäller föräldrarnas uppfostringsfärdigheter, där signifikant förbättring och stora effektstorlekar uppvisades på ett par skalor. Den skala som fick mest stöd är Belöna/berömma som var signifikant för båda grupper, och dessutom uppvisade stora kompenserade effektstorlekar. Detta är ett logiskt resultat utifrån att Kometprogrammet lägger stor vikt vid att öka positiva föräldrabetenden för att öka barnets positiva beteenden. Att motsatsen - skälla och straffa för att minska negativa beteenden - minskade signifikant för båda grupperna är därför också logiskt. Endast Kometgruppen uppvisade en signifikant förbättring av barnets sociala kompetens. Kortkometgruppens effektstorlek på denna skala var emellertid relativt stor, vilket antyder att även Kortkometgruppen skulle ha fått en signifikant förbättring om gruppen varit större.

Antalet stora och medelstora effektstorlekar var något fler än antalet signifikanta resultat. Detta kan bero på de små sampelstorlekarna, d v s om studien hade haft fler deltagare är det tänkbart att fler resultat hade blivit signifikanta (Clark-Carter, 2001). Kometgruppen hade fler

stora effektstorlekar än Kortkometgruppen, vilket tyder på att den långa versionen av Komet gav större förändringar. Man har funnit att studier med större sampel har en tendens att ge mindre effektstorlekar (Serketich & Dumas, 1996), varför resultaten i den här studien, som hade ett litet sampel, måste tolkas med försiktighet.

Det är intressant att effekten av de båda behandlingarna inte skiljde sig åt vid en direkt jämförelse. Man hade kunnat tänka sig att Kometgruppens effekt skulle vara större, då föräldrarna där har mycket mer tid att öva och diskutera sina problem. Föräldrarna i Kometgruppen får feedback på det de gör och "tvingas" fortsätta sitt arbete även då det känns tungt. Det faktum att Kortkometgrupperna leddes av personer inom forskningsprojektet, som är väl insatta i teorierna bakom Komet, om än med varierande erfarenhet av att leda föräldragrupper, kan ha bidragit till att Kortkometgrupperna fick en oväntat stor effekt.

Att flickor i mindre utsträckning än pojkar har utåtriktade beteendeproblem är känt sedan tidigare (Gorman-Smith, 2003). Detta stämmer överens med könsfördelningen i vår studie. Det är fler föräldrar till pojkar som anmält sig till studien, vilket tyder på att dessa i större utsträckning upplevs ha utåtriktade beteendeproblem. Om man beaktar den forskning som visar att flickor kan uppvisa aggressivitet "relationellt" och att detta också kan ha mycket negativa konsekvenser (Gorman-Smith, 2003) så är det tänkbart att lika många flickor som pojkar har utåtriktade beteendeproblem som behöver behandling, men att dessa inte fångas upp av Komet. Dels är typen av utåtriktade beteendeproblem som åsyftas med "relationell aggressivitet" inte problem som märks i hemmet så mycket som bland kompisar, och föräldrarna känner sig då inte lika manade att göra något åt det. Dels är marknadsföringen för och innehållet i Komet uttalat inriktad på "bråkiga barn". Föräldraträning med ett delvis annat fokus skulle eventuellt locka fler föräldrar till flickor.

Flickor och pojkar fick något olika resultat både vid förmätning och eftermätning. En signifikant skillnad mellan flickor och pojkar uppvisades på SDQ Impact vid förmätningen men inte på Belastning. Detta kan bero på att Impactskalan handlar om flera olika områden där barnet påverkas, och att pojkars problem därmed märks i flera miljöer än hemmet. I tidigare forskning har föräldraträning ibland gett sämre resultat för flickor (Gorman-Smith, 2003), och detta fick stöd i vår studie. När flickors och pojkars resultat på PDR Totalt antal beteenden jämfördes så uppvisade endast pojkar en signifikant förbättring.

De föräldrar som deltog i Komet- respektive Kortkometutbildningen rapporterade att de i hög grad tror på den här typen av metod. Föräldrarna uppgav att de med stor övertygelse skulle rekommendera den här typen av behandling till andra i samma situation och uppgav också att de tror att situationen i hemmet kommer att förbättras avsevärt med hjälp av Kometmetoden. Komet- och kortkometgruppen skiljde sig inte åt i detta avseende. Dessa resultat ligger i linje med tidigare undersökningar som visat att föräldrar generellt uppfattar den här typen av föräldraträning som mycket positiv (Forehand & Long, 1988; Ogden, 1999). Intressant är att båda grupperna skattade sista frågan, förväntad förändring i det egna hemmet, lägst. Kanske anser föräldrarna att de själva brister något i tid, ork eller kompetens för att genomföra programmet, men att programmet i princip verkar bra.

## **Metoddiskussion**

Studiens metodologiska styrkor låg i att för- och eftermätningar genomfördes, att deltagarna randomiserades till grupperna och att flera olika mätinstrument användes för att mäta barnens och föräldrarnas beteenden. Ytterligare en styrka med denna studie var att Kometgrupperna inte leddes av personer som var involverade i forskningsprojektet utan av personal i

socialomsorgen och skolan som gått gruppleddarutbildning och ledde grupperna som en del av sitt vardagliga arbete. Gruppleddarna var personer med erfarenhet från arbete inom socialtjänst, skola o dyl, men de var inte utbildade KBT-terapeuter, vilket var fallet i pilotstudien. Man kan anta att dessa gruppleddare var representativa för den grupp som kommer att leda Kometgrupper ”på fältet”. Utbildningsnivå och erfarenhet hos de gruppleddare som ledde Kortkometgrupperna kan däremot ses som en svaghet. Det finns en risk att dessa gruppleddare var mer insatta och kunniga i teorierna bakom Komet än vad ”ordinarie” gruppleddare är. Uppsatsförfattarna, som ledde en av Kortkometgrupperna, var emellertid inte certifierade gruppleddare och erfarenheten av att leda föräldragrupper varierade för Kortkometgruppernas ledare.

## Deltagare

De barn som deltagit i studien låg betydligt högre än normalgruppen vad gäller områden där beteendet skapar problem (SDQ Impact) och belastningsgrad för familjen (SDQ Belastning). Frågorna i SDQ Impact och Belastning handlar dock om ”barnets svårigheter” och inte uttryckligen om utåtriktade beteendeproblem. Man skulle alltså kunna tänka sig att föräldrarna inte avsåg just beteendeproblem när de fyllde i skalorna, utan andra typer av problem. När Kometgruppen jämfördes med normalgrupp på PDR och Eyberg mätinstrument som uttryckligen mäter utåtriktade beteendeproblem och dess intensitetsnivå, låg emellertid Kometstudiens barn betydligt högre än normalgruppen på dessa områden. Detta tyder på att de föräldrar som anmält sig till studien verkligen tyckte att deras barn hade beteendeproblem och att de barn som deltagit i studien hade tillräckligt svåra problem för att behandlingseffekten ska ses som intressant. Det bör också poängteras att de barn som hade alltför låga poäng på SDQ (fyra stycken) togs bort från studien, eftersom vi ville pröva Komet och Kortkomet på de barn som verkligen hade problem. Som framgår av tabell 3 på sid 21 låg studiens barn dessutom signifikant högre än BUP-gruppen vad gäller belastningsnivå för familjen. Detta kan förklaras av att BUP-gruppen inte bara bestod av barn som hade utåtriktade beteendeproblem, utan av barn som hade olika psykiatriska problem.

En invändning kan göras mot att vi specialrekryterade ett sampel till studien, istället för att använda oss av de föräldrar kommit till Kometgrupperna via socialtjänsten och anslag i stadsdelarna. Vad gäller barnens problemliv skiljer sig den studerade gruppen och de övriga barnen i Kometgrupperna på så vis att Kometgruppens barn har signifikant större problem än övriga barn på SDQ Belastning, medan de övriga barnen ligger högre än Kometgruppen på Impact – dock ej på signifikant nivå. Denna skillnad är svår förklarad, men tyder åtminstone på att ingen av grupperna har mycket större problem än den andra.

Man skulle däremot kunna tänka sig att föräldrarna som sökte sig till studien var mer motiverade eller på annat sätt skilde sig från socialtjänstens vanliga deltagare, och därmed skulle få bättre resultat än dem. Tidigare studier har visat att utåtriktade beteendeproblem hos barn är vanligare i familjer med låg socioekonomisk status, i familjer där familjebildning skett tidigt och i familjer där föräldrarna är separerade (Gillberg & Hellgren, 2000). De familjer som deltog i Kometstudien stämde inte med den bilden. Kometstudiens föräldrar hade en medelålder av ca 38 år. Då barnen i studien i genomsnitt var drygt 6 år gamla var föräldrarna i genomsnitt över trettio år då barnet föddes. Detta kan knappast anses vara en låg ålder, även om det naturligtvis är möjligt att barnet har syskon som är betydligt äldre. Av de deltagande föräldrarna angav ca hälften gymnasium som högsta utbildningsnivå medan lika många angav mer än tre års högskolestudier. Av de 32 familjer som svarade på frågan angav 19 att barnet bodde hos båda sina biologiska föräldrar. Sammantaget talar detta för att den grupp som deltog i studien var en föräldragrupp som är välutbildad och som kan antas vara relativt

väl fungerande. Det var en grupp föräldrar som har tillgång till dator och som själva hittar och anmäler sig till behandling. Det har tidigare visat sig att föräldraträning har bättre resultat i väl fungerande familjer (Ogden, 2000), varför man kan tänka sig att resultatet i den här studien skulle ha sett annorlunda ut med en annan föräldragrupp.

Ett generellt problem med studien var det stora bortfallet, vilket ledde till små grupper. Av de 17 föräldrar som hoppade av var 10 st placerade i Kometgruppen och 7 st i Kortkometgruppen. Bortfallsanalysen visade att de deltagare som hoppade av hade rapporterat högre svårighetsgrad och fler miljöer där barnets beteende var ett problem, än de föräldrar som fortsatte i studien. Detta måste ses som en svaghet i studien och det kan tänkas att resultatet påverkats av dessa avhopp. Utifrån de orsaker som föräldrarna angav till avhoppet är det möjligt att avhoppet skulle ha kunnat minskas genom att t ex informera om datum för Kortkomet längre i förväg (för föräldrar som var bortresta vid kurstillfället) och ordna hjälp med barnvakt. Till denna studie gavs två Kortkometkurser, varav den ena lyses ut med relativt kort varsel. Ett antal föräldrar var sjuka vid Kortkometkursen och hade möjligen kunnat delta om fler än två kurstillfällen hade ordnats.

### Mätinstrument

En invändning mot självrapportering som mätinstrument kan vara att de är mindre objektiva och därmed mindre tillförlitliga än t ex observationer. Å ena sidan kan det finnas en risk att de föräldrar som har genomgått behandling kan rapportera så som de tror att resultatet borde se ut efter behandling och därmed överdriva effekterna. Å andra sidan har traditionella föräldraskattningar visat sig vara relativt obenägra till förändring, därför att föräldrarna ofta har en bestämd uppfattning av hur barnet "är" och därmed underskattar effekten (Chamberlain & Reid, 1987).

En fördel med mätinstrumentet PDR i det här sammanhanget är dess upplägg, där föräldrarna blir uppringda eller svarar på hemsidan fem dagar i rad och svarar utifrån hur barnets beteende sett ut just den dagen. Denna typ av rapportering har visat sig vara mer förändringsbenägen över kort tid än traditionella föräldraskattningar (Chamberlain & Reid, 1987). Det faktum att föräldrarna i denna studie hade möjlighet att gå in på projektets hemsida och besvara frågorna där, kan ha inneburit en försämring av PDRs egenskaper. Ett par föräldrar i studien svarade mycket sporadiskt på PDR via Internet och en risk finns att dessa föräldrar kom ihåg att svara på frågor de dagar då det var lugnt, då barnet kanske uppvisade färre beteendeproblem. Det fanns emellertid föräldrar i studien som svarade mycket sporadiskt även via telefon. Icke desto mindre bör användandet av Internet vid PDR-rapportering diskuteras och analyseras inför kommande studier.

Utifrån de barn som deltog i studien och de mätinstrument som användes bör resultaten vara tillförlitliga. Utseendet på föräldragruppen gör emellertid att resultatet inte bör generaliseras till grupper som skiljer sig alltför mycket från denna och det lilla antalet deltagare gör att resultaten generellt måste tolkas med viss försiktighet.

### Sammanfattande diskussion

Att Komet uppvisade goda resultat även då grupperna leddes av personer som inte var involverade i projektet talar för att Komet är en metod som har god effectiveness. Den är relativt enkel att lära ut och fungerar bra även då grupperna är en del av gruppledarnas övriga arbete. Detta är ett mycket viktigt resultat då Komet är utarbetat för att vara en metod som ska användas "ute i verkligheten" och inte enbart som ett forskningsprojekt.

Vid en direkt jämförelse fanns inga skillnader i effekt mellan Kometgruppen och Kortkometgruppen. Detta talar för att Kortkomet är en metod som förtjänar fortsatt utvärdering. Ett problem i jämförelsen mellan Komet och Kortkomet i den här studien, är att Kortkometgrupperna leddes av personer som var direkt involverade i forskningsprojektet och som hade en väldigt varierande erfarenhet av att leda föräldragrupper. I framtida utvärderingar av Komet och Kortkomet är det viktigt att gruppledarnas kompetens och anknytning till projektet är likvärdiga. För att kunna ge en rättvisande bild av Kortkomets effekter utanför forskningsprojektet måste naturligtvis även denna modell utvärderas "på fältet".

Framtida forskning bör framförallt göras på större och mer varierat sampel. Som tidigare nämnts var den grupp föräldrar som deltog i den här studien dels äldre, dels mer välutbildade än vad man tidigare ansett vara typiskt för familjer med den här typen av problem. En kritik som kan riktas mot den här typen av föräldraträning är att den ställer höga krav på engagemang, tålamod och struktur hos föräldrarna. Det är därför mycket viktigt att se hur den fungerar i familjer med yngre föräldrar och familjer med lägre socioekonomisk status.

Föreliggande studie har visat att föräldrarnas deltagande i Komet minskade barnens utåtriktade beteendeproblem, ökade barnens sociala kompetens och till viss del förbättrade föräldrarnas uppfostringsmetoder. Detta gällde i viss utsträckning även då föräldrarna deltagit i Kortkomet. Komet är ett relativt snabbt och kostnadseffektivt sätt att bryta den onda cirkel (*the coercive family process*) som ofta ligger bakom uppkomsten av beteendeproblem. Genom att göra föräldrarna uppmärksamma på hur utåtriktade beteendeproblem vidmakthålls och träna dem i alternativa sätt att förhålla sig till barnet, kan föräldrarna, som tidigare ofta upplevt sig som dåliga föräldrar och känt skuld inför sin situation (Mash & Johnston, 1983), själva åstadkomma en positiv förändring i hemmet. På längre sikt kan risken för allvarliga konsekvenser så som brottslighet och social utsatthet minskas. På ännu längre sikt kan resultatet bli att den stabilitet över generationer som ofta sett vid den här typen av problem bryts (Farrington 1987; Robins & Earls, 1985; Robins & Ratcliff, 1979).

## Referenser

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnositcal and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>h</sup> ed. Text Revision. DSM-IV-TR.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bennet, D.S. & Gibbons T.A. (2000). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: a meta-analysis. *Child and Family Behavior Therapy*, 22, 1-15.
- Borkovec, T.D. & Nau, S.D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260.
- Bremberg, S. (red) (2004). *Nya verktyg för föräldrar - förslag till nya former av föräldrastöd.* Rapport från Statens folkhälsoinstitut. 2004:49
- Caspi, A. & Moffitt, T.E. (1991). Individual differences are accentuated during periods of social change: The sample case of girls at puberty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 157-168.
- Caspi, A., Lynam, D., Moffitt, T.E. & Silva, P.A. (1993). Unraveling girls' delinquency: Biological, dispositional, and contextual contributions to adolescent misbehaviour. *Developmental Psychology*, 29, 19-30.
- Chamberlain, P., Patterson, G., Reid, J., Kavanagh, K., Forgatch, M. (1984). Observation of client resistance. *Behavior Therapy*. 15(2), 144-155.
- Chamberlain, P. & Reid, J.B. (1987). Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment*, 9, 97-109.
- Chambless, D.L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66,7-18
- Clarizio, H.F. (1997). Conduct Disorder: Developmental considerations. *Psychology in the Schools*, 34 (3), 253-265.
- Clark-Carter, D. (2001). *Doing Quantitative Psychological Research: From Design to Report. Revised ed.* Hove, London, UK: Psychology Press Ltd.
- Crick, N.R. & Grotpeter, J.K. (1995). Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66(3), 710-722.
- Crona Nordmark, A.-S. (2004). *Mätinstrumentet Parent Daily Reports psykometriska egenskaper för en normalgrupp barn.* Opublicerad uppsats, Psykologiska institutionen, Stockholms universitet, Stockholm.
- Cunningham, C.E. & Barkley, R.A. (1979). The Interaction of Normal and Hyperactive Children with Their Mothers in Free Play and Structured Tasks. *Child Development*, 50, 217-224.
- Cunningham, C.E., Bremner, R., Boyle, M. (1995) Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 36(7),1141-1159.
- Curtis, N.M., Ronan, K.R., & Borduin, C.M. (2004) Multisystemic Treatment: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Journal of Family Psychology*, 18 (3), 411-419.
- Deptula, D.P. & Cohen, R. (2004). Aggressive, rejected and delinquent children and adolescents: a comparison of their friendships. *Aggression and Violent Behavior*, 9(1), 75-104.
- Devilly, G.J. & Borkovec, T.D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73-86.
- Dishion, T.J. & Patterson, G.R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719-29.

- Dishion, T.J., Patterson, G.R., Stoolmiller, M. & Skinner, M.L. (1991). Family, School, and Behavioral Antecedents to Early Adolescent Involvement With Antisocial Peers. *Developmental Psychology*, 27(1), 172-180.
- 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 & Practice*, 5, 544-554.
- Farrington, D.P. (1987). Early precursors of frequent offending. I Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, 44(2), 329-335.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J. & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom?*, (ss.193-227), New York: The Guilford Press.
- Forehand, R. & Long, N. (1988). Outpatient treatment of the acting out child: Procedures, long-term follow-up data, and clinical problems. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 10(3), 129-177.
- Forgatch, M.S., & Martinez Jr., C.R. (1999). Parent management training. A program linking basic research and practical application. *Tidskrift for Norsk Psykologforening* 36, 923-937.
- Forskning förbättrar praktiken. En kunskapsöversikt från Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) vid Socialstyrelsen, juni 2003.*  
[www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1750/2003-117-7.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1750/2003-117-7.htm)
- Forster, M. (2003). *Prevention av missbruk och kriminalitet - Vad kan skolan göra?* Rapport från FoU-enheten, Stockholms socialtjänstförvaltning.  
[www.Stockholm.se/files/62100-62199/file\\_62168.pdf](http://www.Stockholm.se/files/62100-62199/file_62168.pdf).
- Forster, M., Hassler, M., Nilsson, K. & Schwan, H. (2004). *Manual till Komet*. Opublicerat material. FoU-enheten, Socialtjänstförvaltningen, Stockholms stad.
- Frazier, T.W., Demaree, H.A., Youngstrom, E.A. (2004). Meta-Analysis of Intellectual and Neuropsychological Test Performance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 18(3), 543-555.
- Gillberg, C., & Hellgren, L. (2000). *Barn- och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Griest, D.L., Forehand, R., Wells, K.C. & McMahon, R.J. (1980). An Examination of Differences Between Nonclinic and Behavior-Problem Clinic Referred Children and their Mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 89(3), 497-500.
- Goodman, R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 40(5), 791-799.
- Gorman-Smith, D. (2003) Prevention of antisocial behaviour in females. I D.P Farrington & J.W. Coid. (Red.) *Early prevention of adult antisocial behaviour*. (ss. 292-317) Cambridge: University press.
- Hartman, R.R., Stage, S.A., & Webster-Stratton, C. (2003). A growth curve analysis of parent training outcomes: examining the influence of child risk factors (inattention, impulsivity, and hyperactivity problems), parental and family risk factors. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 44(3), 388-398.
- Hassler, M. & Havbring, L. (2003). *Föräldrakirklar - en metod för att utveckla sitt föräldraskap*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Hodges, K. & Plow, J. (1990). Intellectual Ability and Achievement in Psychiatrically Hospitalized Children with Conduct, Anxiety and Affective Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 589-595.

- Howell, D.C. (1997). *Statistical methods for psychology*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company.
- Hoza, B., Pelham, W.E., Waschbush, D.A., Kipp, H., & Owens, J.S. (2001). Academic Task Persistence of Normally Achieving ADHD and Control Boys: Performance, Self-Evaluation and Attributions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(2), 271-283.
- Hugosson, S. (2003). *Parent Management Training och Behandlingsintegritet*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Kazdin, A.E. (1987). Treatment of Antisocial Behavior in Children: Current Status and Future Directions. *Psychological Bulletin, 102*(2), 187-207.
- 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.
- Lipsey, M., & Derzon, J. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: A synthesis of longitudinal research. I R. Loeber & D. Farrington (Eds.). *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Loeber, R. (1990). Development and Risk Factors of Juvenile Antisocial Behavior and Delinquency. *Clinical Psychology Review, 10*, 1-41.
- Long, P., Forehand, R., Wierson, M., Morgan, A. (1994) Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behavior research and therapy, 32*, 101-107.
- Malmberg, M., & Ingstedt Jarl, B. (2000) *Att mäta barns psykiska hälsa: en psykometrisk studie av det kortfattade formuläret SDQ med kompletteringsfrågor*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, Uppsala.
- Malmberg, M., Rydell, A.-M., Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry, 57*, 357-363.
- Martinez Jr, C.R. & Forgatch, M.S. (2001) Preventing Problems With Boys' Noncompliance: Effects of a Parent Training Intervention for Divorcing Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 416-428.
- Mash, E.J. & Johnston, C. (1983) Parental Perceptions of Child Behavior Problems, Parenting Self-Esteem and Mothers' Reported Stress in Younger and Older Hyperactive and Normal Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(1), 86-99.
- McMahon, R.J. & Wells, K.C. (1998). *Conduct Problems*. (3<sup>rd</sup> ed.) New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E. & Silva, P.A. (1988). IQ and Delinquency: A Direct Test of the Differential Detection Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychiatry, 97*(3), 330-333.
- O'Donnell, J., Hawkins, J.D. & Abbott, R.D. (1995). Predicting Serious Delinquency and Substance Use Among Aggressive Boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 529-537.
- Ogden, T. (1999). Antisocial atferd og barneopdragelse: "Parent management training" som foreldreopplæring. *Spesialpedagogikk, 6*, 3-17.
- Ogden, T. (2000) Alvorlige atferdsproblemer hos barn og unge - på jakt etter nye løsninger. *Tidskriftet Norges Barnevern, 1*, 4-14.
- Patterson, G.R. (1982). *A social learning approach: Coercive family process*. I Martinez Jr, C.R. & Forgatch, M.S. (2001) Preventing Problems With Boys' Noncompliance: Effects of a Parent Training Intervention for Divorcing Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(3), 416-428.

- Patterson, G.R. (1986). Performance models for antisocial boys. *American Psychologist*, *41*, 432-444.
- Patterson, G.R. (1997). Performance models for parenting: A social interactional perspective. In J. Grusec & L. Kuczynski (Eds.) *Parenting and the socialization of values: A handbook of contemporary theory* (ss. 193-235). New York: Wiley.
- Martinez Jr, C.R. & Forgatch, M.S. (2001) Preventing Problems With Boys' Noncompliance: Effects of a Parent Training Intervention for Divorcing Mothers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*(3), 416-428.
- Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, *44*(2), 329-335.
- Patterson, G.R., Dishion, T.J., & Chamberlain, P. (1993) Outcomes and methodological issues relating to treatment of antisocial children. I (ed) Giles, T.R. (1993) *Handbook of effective psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Patterson, G.R. & Fleischman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects: some considerations concerning family systems and follow-up data. *Behavior Therapy*, *10*, 168-185.
- Psykologtidningen (2004). *Nu föreslås föräldrastöd till alla*, *12*, 10-11.
- Robins, L.N. & Earls, F. (1985). A program for preventing antisocial behavior for high-risk infants and preschoolers: A research prospectus. I Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, *44*(2), 329-335.
- Robins, L.N. & Ratcliff, K.S. (1979). Risk factors in the continuation of childhood antisocial behavior into adulthood. I Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D. & Ramsey, E. (1989). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, *44*(2), 329-335.
- Robinson, E.A., Eyberg, S.M. och Ross, A.W. (1980). The Standardization of an Inventory of Child Conduct Problem Behaviors. *Journal of Clinical Child Psychology*, *9*(1), 22-29.
- Seligman, E.P. (1996) Science as an ally of practice. *American Psychologist*, *51*, 1072-1079.
- 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.
- Taylor, T.K., Schmidt F., Pepler, D. & Hodgins, C. (1998). A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's parents and children series in a children's mental health center: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, *29*, 221-240.
- Tolan, P.H., Guerra, N.G., & Kendall, P.C. (1995). A Developmental-Ecological Perspective on Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Toward a Unified Risk and Intervention Framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(4), 579-584.
- Webster-Stratton, C. (1984). Randomized trial of two parent-training programs for families with conduct-disordered children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 666-678.
- Webster-Stratton, C. (1989). Systematic Comparison of Consumer Satisfaction of Three Cost-Effective Parent Training Programs for Conduct Problem Children. *Behavior therapy*, *20*, 103-115
- Webster-Stratton, C. (1993). *Strategies for Helping Early School-aged Children with Oppositional Defiant and Conduct Disorder: the Importance of Home-School Partnership*. *School Psychology Review*, *22*(3), 437-457.
- Webster-Stratton, C. (1998) Preventing Conduct Problems in Head Start Children: Strengthening Parenting Competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*(5), 715-730.

- Webster-Stratton, C. & Hammond, M. (1998). Conduct Problems and Level of Social Competence in Head Start Children: Prevalence, Pervasiveness, and Associated Risk Factors. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2), 101-124.
- Webster-Stratton, C. Hollinsworth, T., Kolpacoff, M. (1989). The Long-Term Effectiveness and Clinical Significance of Three Cost-Effective Training Programs for Families with Conduct-Problem Children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57, 550-553.
- Webster-Stratton, C., & Reid, M.J. (2003) The incredible years parents, teachers, and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. I A.E. Kazdin & J.R. Weisz (Red.). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 224-240). New York: The Guilford Press.
- Webster-Stratton, C., Reid, M.J., Hammond, M. (2001). Preventing Conduct Problems, Promoting Social Competence: A Parent and Teacher Training Partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 283-302.
- Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between lab and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(5), 688-701.
- White, J.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., Bartusch, D.J., Needles D.J. & Stouthamer-Loeber, M. (1994). Measuring Impulsivity and Examining Its Relationship to Delinquency. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(2), 192-205
- Wrangsjö, B. (red) (1998). *Barn som märks – utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter*. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.

#### Övriga referenser:

[www.infomedica.se/artikel.asp?CategoryID=10598](http://www.infomedica.se/artikel.asp?CategoryID=10598)

[www.prevention.se](http://www.prevention.se), Lisa-projektet, Lärarbaserade Insatser för Social gemenskap och Arbetsro

[www.stad.org](http://www.stad.org), Stockholm förebygger Alkohol- och Drogetproblem

Uppsala universitet

Institutionen för psykologi

Psykologexamensuppsats, 20 p

Höstterminen 2004