



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för klinisk neurovetenskap**

Psykologprogrammet, termin 9-10

Huvudämne: Psykologi

Examensarbete i psykologi (2PS026), 30 poäng

Vårterminen 2015

---

# Vad kan föräldrar göra i väntan på barnpsykiatrisk vård?

En randomiserad studie av självhjälp i reguljär vård

Författare: Martin Persson

Handledare: Martin Forster, Institutionen för klinisk neurovetenskap

Examinator: Professor Bo Melin, Institutionen för klinisk neurovetenskap

## **Institutionen för klinisk neurovetenskap**

Psykologprogrammet, termin 9-10

Huvudämne: Psykologi

Examensarbete i psykologi (2PS026), 30 poäng

Vårterminen 2015

## **Vad kan föräldrar göra i väntan på barnpsykiatrisk vård?**

En randomiserad studie av självhjälp i reguljär vård.

### **Sammanfattning**

I dagsläget får många barn i behov av psykiatrisk hjälp inte tillgång till rätt vård och stöd, eller får hjälp alldeles för sent. Det finns flera förklaringar till detta, som exempelvis bristande tillgång på behandling eller problem med samverkan mellan verksamheter. Tidigare forskning har visat att självhjälpsinsatser, exempelvis i form av böcker, kan bidra till betydande symtomminskning. Det finns även god evidens för att effektiviteten av självhjälpsprogram förbättrar barns beteende, både på kort och lång sikt. I den aktuella studien var deltagarna 17 föräldrar till barn mellan 5 och 13 år ( $M = 8,9$ ) som väntade på sitt första besök inom barnpsykiatrisk specialistvård. De randomiserades till interventionsgrupp (föräldrarna fick en självhjälpsbok) eller väntelista. Resultaten påvisade signifikant och stor interventionseffekt på minskad hyperaktivitet, vilket också var det problemområde som från början var mest framträdande bland studiens deltagare. Dessutom gav resultaten en signifikant interventionseffekt på minskade kamratproblem. Dock visade resultaten inga effekter på barnens utagerande problem och föräldrarnas beteenden. Trots detta bidrar studien med ytterligare stöd för att självhjälpslitteratur, även utan något som helst stöd av behandlande personal, kan innebära en betydelsefull intervention för en klinisk population. I synnerhet om självhjälpen ska fungera som en insats i väntan på planerad vård och stödinsatser.

*Nyckelord:* biblioterapi, föräldraträning, hyperaktivitet, kognitiv beteendeterapi, självhjälp

### **Abstract**

In the current situation, many children in need of psychiatric help don't access proper care and support, or get help too late. There are several explanations for this, such as lack of access to treatment or problems with cooperation between different health care instances. Previous research have shown that self-help efforts, for example in the form of books, can contribute to significant symptom reduction. There is also good evidence for that the effectiveness of self-help programs improve children's behavior, both in the short and long term. In the current study, the participants were 17 parents of children between 5 and 13 years ( $M = 8.9$ ) who were waiting for their first visit within the child and adolescent psychiatry. They were randomized to the intervention group (parents received a self-help book), or waiting list. The results showed significant and large intervention effect on reduced hyperactivity, which was also the problem area which was initially the most prominent among the study participants. In addition, the

results show a significant intervention effect on reduced peer problems. However, the results showed no effects on children's externalizing problems and parental behavior. Despite this, the study can further support that a self-help book, even without any therapist support, can be a significant intervention for a clinical population. In particular if the self-help should serve as a contribution in anticipation of planned care and support efforts.

*Keywords:* bibliotherapy, cognitive behavioral therapy, hyperactivity, parent training, self-help

# Vad kan föräldrar göra i väntan på barnpsykiatrisk vård?

En randomiserad studie av självhjälp i reguljär vård.

Martin Persson

## Inledning

### *Problemöversikt*

Ett problem som har uppmärksammats i flera länder är att många barn som lider av psykisk ohälsa inte får tillgång till den behandling de behöver eller får del av insatser för sent (Kazdin, 2008; Dodge, 2009). En skrämmande siffra som framkommit i epidemiologiska studier är att enbart ett av fem barn får den psykologiska hjälp de behöver (Tolan & Dodge, 2005), (Offord et al., 1987). Det är därför viktigt att hitta alternativ för de som antingen undviker att söka hjälp eller för de som av andra skäl inte får det stöd de behöver (Farmer, Stangl, Burns, Costello, & Angold, 1999). Mental ohälsa är dessutom rent generellt oerhört kostsamt för samhället (Mains & Scogin, 2003) och är en stor och viktig nöt att knäcka. Uppskattningsvis har 15-24% av alla barn psykiatrisk problematik (Breton et al., 1999; Offord et al., 1987; Zubrick, Silburn, Burton, & Blair, 2000) och depression (Kessler, Zhao, Blazer, & Swartz, 1997) tillika diagnoser inom området utagerande beteende ökar bland yngre (Scott, Knapp, Henderson, & Maughan, 2001).

Man har idag robust kunskap av att det är viktigt att fånga upp psykisk ohälsa i tid. Ångestproblematik har ett negativt samband med skolprestationer och har betydande negativ inverkan på barns emotionella och sociala utveckling (Pine, 1997). Depression och ångest som barn kan utvecklas till bestående svårigheter senare i livet (Hofstra, Van Der Ende, & Verhulst, 2002). Dessutom kan barndomsdiagnoserna trotsyndrom, (ADHD) och uppförandestörning på sikt leda till missbruk, kriminalitet och sociala problem (Broidy & et al., 2003; Langley et al., 2010; Tarver, Daley, Lockwood, & Sayal, 2014).

De senaste åren har ett antal rapporter publicerats som redovisat att även barn i Sverige inte får tillräckligt med hjälp. Exempelvis visade en inventering av knappt 500 patientjournaler inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) att vårdplan och uppföljning hade dokumenterats endast i en minoritet av fallen (Socialstyrelsen, 2009). En slutsats som återkommer i flera rapporter är att samverkan mellan psykiatri och skola saknas eller fungerar dåligt (Socialstyrelsen, 2009; Karlsson & Lindberg, 2009; Berg, Marttila & Burström, 2012). En annan brist inom psykiatrisk vård av barn är att väntetider för utredning och behandling är för långa. Trots satsningar på att minska kötiden de senaste åren är det fortfarande alltför många barn som inte får hjälp inom ramen för vårdgarantin (Socialstyrelsen, 2013). Den tillgängliga statistiken utgår samtidigt bara från väntetider inom vården, vilket inte avslöjar något om hur länge barn har fått vänta innan de för första gången kommer i kontakt med någon vårdgivare (Forster, 2013). Med tanke på de brister i samverkan mellan skola och psykiatri som redovisas ovan finns det troligtvis många barn som inte slussas vidare till psykiatri eller specialistvården i tid.

### *Föräldraträning*

Den vanligaste orsaken till att föräldrar söker hjälp inom psykiatri är då barn har utagerande beteenden (Kazdin et al., 1990). Av alla angreppssätt av behandling för att

reducera utagerande beteenden såsom aggressivitet och störande beteenden hos barn har föräldraträningsprogram visat sig vara effektivast (Markie-Dadds & Sanders, 2006b). Föräldrainterventioner är vanligen beteendefokuserade och baseras på sociala inlärningsprinciper där föräldrarna får ta del av grundläggande strategier för att hantera barnets problembeteenden genom nya förhållningssätt (Morawska & Sanders, 2006). Ett föräldraprogram adresserar föräldrafärdigheter och regleringen i relationen mellan förälder och barn (De Rubeis & Granic, 2012) och föräldrarnas färdigheter utvecklas (McGrath et al., 2011; M. R. Sanders, Bor, & Morawska, 2007; Tarver et al., 2014). Programmen har visat sig minska konflikter och ge ökad värme i samspelet (Denissen, van Aken, & Dubas, 2009; Trentacosta et al., 2011). Ladd och Pettit (2002) fann att hög grad av värme i relationen mellan förälder och barn ledde till att barnen fick det lättare få kompisar. Kochanska (1997) föreslår att värmen hjälper barnet att internalisera regler och moral. Medierat av utökade färdigheter i barnuppfostran kan dessa program ur ett neurobiologiskt perspektiv påverka hjärnans utveckling hos barnet (Sanders, Bor, & Morawska, 2007). Utöver detta finns även evidens för att föräldraträning reducerar äktenskapsproblem och föräldrars depression (Sanders, Bor, & Morawska, 2007). Föräldraträningsprogram är effektiva och generaliseras till de olika miljöer barnet vistas i (McNeil et al., 1991) och har visat sig i sin förlängning ha positiv inverkan på andra familjemedlemmars beteende (Brestan, Eyberg, Boggs, & Algina, 1997).

Det finns ett flertal evidensbaserade föräldraträningsprogram. T.ex. Incredible years (Webster-stratton, 1998), PMT-O (Oregon model) (Patterson, 2005), Triple-P (M. Sanders, Turner, & Markie-Dadds, 2002) och i Sverige har vi KOMET (Kling & Sundell, 2006). Det finns substantiell evidens för att dessa föräldraträningsprogram ger omedelbar effekt (Reid, Webster-Stratton, & Baydar, 2004) och att effekten håller i sig över tid (M. R. Sanders et al., 2007; Webster-Stratton, 1990; Webster-Stratton & et al., 1989) och studier med föräldrainterventioner har vanligen stora effektstorlekar (Serketich & Dumas, 1996). Generellt sett är föräldrar nöjda med dessa interventioner och finner dem socialt acceptabla (R. Forehand, Wells, & Griest, 1980).

Föräldraträningsprogram har visat sig vara effektiva både som individuellt upplägg och i gruppformat. Dock finner många föräldrar det svårt att fullt ta del av programmen p.g.a. heltidsjobb, geografisk isolation som ger långa restider till mottagningarna samt finansiella begränsningar (Zubrick et al., 1995). Föräldraträningsprogram är dessutom väldigt kostsamma (Foster, Johnson-Shelton, & Taylor, 2007).

### *Självhjälpsbehandling*

Ett flertal föräldraprogram har uppgraderats och anpassats för att fungera som självhjälpsprogram. Självhjälpsbehandlingar kan levereras som skrivet material (biblioterapi (Bee et al., 2008)), multimedia (ljud, video, CD och internet) eller som en kombination av dem båda (Hahlweg, Heinrichs, Kuschel, & Feldmann, 2008). Jämfört med traditionell behandling har självhjälpsprogram ett flertal fördelar. De är billigare, behändigare, bekvämare (Starker, 1990) och kan nå ut till fler och öka tillgängligheten (Mains & Scogin, 2003; Lyneham & Rapee, 2006). Självhjälpsbehandlingar har även visat sig vara lätta att ta till sig och lätta att genomföra (R. L. Forehand, Merchant, Long, & Garai, 2010). En ytterligare fördel är att det enkelt går att variera en självhjälpsbehandlings omfattning (Davison, 2000; Elgar & McGrath, 2003). Ett flertal kan nämligen förbättras genom små interventioner (Morawska & Sanders, 2006). Lavigne et. al (2008) föreslår att biblioterapi kan vara lika effektivt som traditionell terapeutledd behandling då behandlingen består av ett fåtal sessioner. Självhjälpsbehandlingar kan även vara värdefulla som insats vid viss psykologisk problematik som t. ex. tvångssyndrom där stigmatisering förekommer och då patienten p.g.a. sin problematik har svårt att ta sig ur hemmet (Dèttore, Pozza, & Andersson, 2015).

Det finns vissa förbehåll för att en självhjälpsbehandling ska vara effektiv. Mottagaren behöver vara motiverad och engagerad för att avsätta den tid som krävs (Newman, Erickson, Przeworski, & Dzus, 2003). Det är även viktigt att mottagaren känner sig kompetent nog att förstå materialet och ha tillit till sin förmåga att kunna implementera den nya kunskapen (Cunningham & Wuthrich, 2008). Till skillnad från traditionell behandlarstyrd behandling kan även fler saker gå fel då mottagaren i högre grad kan missuppfatta instruktionerna (Rosen, 1987). Självhjälpsprogram tenderar dessutom att ha fler avhoppare, framförallt i de fall då mottagaren ska klara sig helt på egen hand utan stöd från behandlare (Rapee, Abbott, & Lyneham, 2006). Intressant att tillägga är att avhopp från självhjälpsbehandlingar verkar vara vanligare för klienter med grövre problematik (Rapee et al., 2006). Föräldrar som blir tilldelade en självhjälpsintervention kan även bli besvikna eftersom flertalet som söker hjälp förväntar sig en helt annan grad av professionell guidning (Furnham, Pereira, & Rawles, 2001). Som intervention har självhjälpsprogram den stora fördelen att vara mindre resurskrävande som sagt, men man behöver vidare utreda kostnadseffektiviteten (Elgar & McGrath, 2003).

Området självhjälp är komplext och detta gäller i synnerhet då det kommer till föräldraträningsprogram (Dell et al., 1982). Eftersom det är ett färskt och snabbt växande forskningsfält (Kierfeld, Ise, Hanisch, Görtz-Dorten, & Döpfner, 2013) är det viktigt att inte resultaten förenklas. Den forskning som finns inom området påvisar dock god evidens för att effektiviteten av självhjälpsprogram förbättrar barns beteende, både på kort och lång sikt (O'Brien & Daley, 2011). Effekterna har i studier upprepat visat sig hålla i sig vid tre, sex och tolv månaders uppföljning. En långtidsuppföljning av ett av föräldraprogrammen (Triple-P) (Sanders et al., 2002) visade att behandlingsresultaten stod sig upp till 3 år efter avslutad behandling.

Föräldraadministrerad självhjälpsbehandling har visat sig effektiv på ett flertal områden. För att nämna några: ångest (Newman et al., 2003), självskada (Evans et al., 1999), tvångssyndrom (Dèttore et al., 2015), depression (Ackerson, Scogin, McKendree-Smith, & Lyman, 1998), ADHD (Long, Rickert, & Ashcraft, 1993), aggression (Shechtman, 1999) och kronisk huvudvärk (Griffiths & Martin, 1996). Flera självhjälpsbehandlingar för vuxna har i studier visat sig vara lika effektiva som traditionella behandlingar (Mains & Scogin, 2003). Även självhjälpsbehandlingar för barn har påvisat detta förhållande (Kroener-Herwig & Denecke, 2002). I en studie med deprimerade vuxna föreslår McKendree-Smith, Floyd och Scogin (2003) att självhjälpsprogram rentav skulle kunna bli ett fördelaktigt förstahandsval för vissa.

#### *Faktorer som påverkar effekten av självhjälpsprogram*

En faktor man går miste om i självhjälpsprogram är den terapeutiska alliansen som i ett flertal studier visat sig vara central för behandlingseffekt inom psykoterapeutisk behandling (Horvath & Symonds, 1991). Dock kan denna faktor förekommas även i självhjälpsprogram då de vanligtvis kompletteras med olika grad av behandlares stöd (Elgar & McGrath, 2003).

Med reservation för att biblioterapi utan ytterligare stöd är mindre beforskat, har det visat sig att självhjälp med viss terapeutisk kontakt ofta ger bättre resultat (Mains & Scogin, 2003) även då kontakten varit minimal (O'Brien & Daley, 2011; Newman et al., 2003). Man har rent av funnit linjära samband mellan förbättring terapeuts involverande (Marrs, 1995). Behandlares stöd tycks även påverka hur tillfreds föräldrar är med behandlingen. I en studie med självhjälp av ångestproblematik för barn i ålder mellan fem och tolv var hela 80 % av föräldrarna nöjda med självhjälpsinterventionen som inkluderade behandlarsupport (Creswell et al., 2010). När föräldrar inte får stöd från behandlare tenderar nöjdheten att vara lägre, vilket tros vara kopplat till avsaknaden av personlig kontakt (Webster-stratton, Kolpacoff, &

Hollinsworth, 1988). Självhjälpsprogram som inkluderar stödjande telefonsamtal eller ytterligare vägledning via dator, ljud eller video har i studier visat sig fungera bättre än enbart skriftlig självhjälp (Mains & Scogin, 2003). Gould och Clum (1993) fann i sin metastudie nästan fördubblade effektstorlekar då litteratur kompletterades med inslag av ljud och media. Ett flertal studier har dessutom rapporterat fler avhoppare där enbart självhjälp ingår (Morawska & Sanders, 2006; Nicholson & Sanders, 1999; M. R. Sanders, Markie-dadds, Tully, & Bor, 2000; Webster-stratton, 1998).

Det finns lite olika teorier om varför telefonsupport förstärker behandlingen. T.ex kan det extra stödet öka föräldrarnas motivation och förstärker föräldrars självreglering likaså tillit till den egna förmågan i riktning mot förändring (Morawska & Sanders, 2006). Föräldrarna får även tillgång till hjälp med specifik problemlösning och kanske framförallt kan mänsklig support mediera ett bättre behandlingsutfall genom föräldrarnas ökade förtroende till behandlingen (O'Brien & Daley, 2011).

Behandlingsutfallet tycks i vissa studier även påverkas av socioekonomisk status (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006; Snell-johns, Mendez, & Smith, 2004). O'Dell, O'Quin, Alford, O'Briant, Bradlyn och Giebenhain (1982) kommer fram till hypotesen att de med hög socioekonomisk status kan klara sig bra på vilken träning som helst, medan de med lägre kan behöva mer praktiska inslag. Dock visade en studie av Lavigne et al. (2008) att olika sociala klasser klarade sig lika bra på samma interventionsgrad.

Trots att någon grad av terapeutkontakt har visat att självhjälpsinsatser fungerar bättre, så finns några studier med lovande resultat som har testat att låta föräldrar jobba helt på egen hand. Exempelvis har man prövat att enbart ge textbaserat material till föräldrar och funnit positiva effekter både på utagerande problem (Forehand, Merchant, Long & Garai, 2010; Markie-Dadds & Sanders, 2006a; Markie-Dadds & Sanders, 2006b) och på inåtvända problem (Rapee, Abbot & Lyneham, 2006). I en jämförelse mellan tre olika behandlingsinterventioner för att behandla trotssyndrom fann Lavigne et. al. (2008) liknande förbättring för de som enbart fått skrivet material utan det behandlarstöd deltagarna i de andra interventionerna fått.

### *Syfte*

Även om tidigare forskning tyder på att självhjälpsinsatser blir mer effektiva om de kombineras med någon slags stöd från behandlare (Salloum, 2010), är det angeläget att också undersöka effekterna av ren självhjälp. Det gäller i synnerhet om självhjälpen ska fungera som en insats i väntan på planerade vård och stödinsatser. I den reguljära vården är det organisatoriskt svårt att knyta upp behandlingspersonal för att ge stöd när en patient befinner sig mellan två olika vårdinstanser. Däremot är det praktiskt möjligt att erbjuda självhjälpsmaterial när ett barn remitteras för vidare bedömning eller behandling. Med tanke på att det är så få tidigare studier som har undersökt effekterna av självhjälp utan stöd från behandlare (O'Brien & Daley, 2011) ville vi i denna studie undersöka effekten av skriftlig självhjälp helt avskild från andra behandlingsinsatser.

Deltagarna i de flesta studier av självhjälpsbehandlingar har hört till icke-kliniska populationer och rekryterats enbart för att delta i studien (efficacy study). Därav bidrar den aktuella studien till att fylla denna lucka inom forskningen genom att implementera självhjälp inom reguljära verksamheter med faktiska patienter (effectiveness study).

Syftet med detta projekt var att undersöka effekten av att föräldrar får arbeta med en KBT-baserad självhjälpsbok med praktiska råd om föräldraskap medan deras barn på grund av psykisk ohälsa väntar på sitt första besök inom specialistvård (BUP eller Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning). Frågeställningarna i den aktuella studien var:

1. Primär frågeställning: Kommer arbetet med boken bidra till symtomminskning (utagerande och inåtvända symtom) under själva väntetiden?

2. Sekundära frågeställningar:
  - a. Vilken effekt kommer självhjälpsboken ha på föräldrafärdigheter och samspel i familjen (värme/konflikter)?
  - b. Hur användbar och hjälpsam kommer föräldrarna uppleva självhjälpsboken?

## Metod

### *Undersökningsdeltagare*

Deltagarna till studien rekryterades via läkare inom Skolhälsovården i Stockholms stad och Prima barnpsykiatri. I Tabell 1 redovisas bakgrundsvariablerna för deltagarna. Det var 15 mammor och 2 pappor som deltog i studien ( $N = 17$ ). Samtliga som var intresserade av att delta inkluderades i studien oavsett sökorsak/problematik eftersom en bra kommunikation mellan föräldrar och barn är gynnsamt för många olika slags problem. Boken som användes som intervention innehåller dessutom specifika kapitel som tar upp både utagerande och inåtvända problem. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och väntelistegruppen på vare sig kategoriska ( $0 < X^2 < 3,0, p > .05$ ) eller de kontinuerliga bakgrundsvariablerna ( $0,3 < t < 1,6, p > .05$ ). De flesta föräldrar tog upp hyperaktivitet, impulsivitet och koncentrationssvårigheter när de i ord fick beskriva problembeteendena hos sina barn. Denna problembild återkom även genom att föräldrarna skattade högt på itemen tillhörande delskalan hyperaktivitet på SDQ (Malmberg, Rydell & Smedje, 2003). Även när samtliga delskalor jämfördes med varandra var hyperaktivitet det som skattades högst. I jämförelse med en norsk normgrupp (Heiervang, Goodman & Goodman, 2008) var medelvärdet för hyperaktivitetsskalan drygt tre standardavvikelser högre än normgruppens (se tabell 1).



**Tabell 1** Bakgrundsvariabler

Mammor, <i>n</i> =15	88%		
Pojkar, <i>n</i> =12	71%		
Ålder barn, <i>M</i> ( <i>SD</i> )	8,9 år (2,3 år)		
Ensamstående förälder ( <i>n</i> =9)	53%		
Arbetar eller studerar ( <i>n</i> =13)	76%		
Sjukskrivna eller arbetslösa ( <i>n</i> =4)	24%		
Förälder med någon högskoleutbildning ( <i>n</i> =8)	47%		
Problemen märks i förskola/skola ( <i>n</i> =15)	88%		
Hur många år? <i>M</i> ( <i>SD</i> )	2,3 år (1,9 år)		
Problemen märks i hemmet ( <i>n</i> =12)	71%		
Hur många år? <i>M</i> ( <i>SD</i> )	4,4 år (3,5 år)		
		Normgrupp	Skillnad (Cohens <i>d</i> )
SDQ Hyperaktivitet, <i>M</i> ( <i>SD</i> )	9,5 (1,9)	2,7 (2,2)	3,31
SDQ Emotionella problem, <i>M</i> ( <i>SD</i> )	4,2 (2,7)	1,3 (1,7)	1,29
SDQ Uppförandeproblem, <i>M</i> ( <i>SD</i> )	4,8 (2,3)	1,0 (1,3)	2,03
SDQ Kamratproblem, <i>M</i> ( <i>SD</i> )	5,1 (2,3)	1,0 (1,5)	2,11
SDQ Totala problem, <i>M</i> ( <i>SD</i> )	23,5 (6,4)	5,9 (4,9)	3,09

*SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire (svensk översättning: Styrkor och svårigheter)*

I varje betingelse kom 4 av deltagarna från skolhälsovården och övriga från Prima barnpsykiatri. Läkarna gav kort information om projektet till föräldrar om följande kriterier var uppfyllda: (1) Patienten led av psykisk ohälsa eller psykiatrisk problematik som innebar att läkaren skickade en remiss till BUP eller barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM) respektive remittering för vidare kontakt inom PRIMA (2) Patienten var inte fyllda 14 år. (3) Väntetiden till att komma på ett första besök inom BUP, BUMM eller PRIMA bedömdes vara minst fyra veckor. (3) Elevens föräldrar kunde läsa svenska tillräckligt väl för att tillgodogöra sig en lättläst självhjälsbok. Om kriterierna var uppfyllda blev föräldrarna tillfrågade om de var intresserade att bli uppringda av Karolinska institutet för ytterligare information. Om föräldrarna vid det påföljande telefonsamtalet tackade ja fick de ett meddelande via e-post med utförligare information om projektet. Det bifogades dessutom inloggningsuppgifter för att komma igång med sitt deltagande i studien. De fick dessutom ett skriftligt samtyckesavtal postat för underteckning vilket deltagaren sedan postade till Karolinska institutet.

### *Procedur*

När föräldrarna valt att delta i studien loggade de in på en webbplattform, utvecklad för forskningsändamål på Karolinska institutet. Där fyllde de i enkäterna som hörde till första mättillfället. Direkt därefter randomiserades de till interventionsgrupp (som fick självhjälsboken direkt hem per post) eller till väntelista. Därefter ombads föräldrarna att logga in på plattformen och fylla i enkäter vid ytterligare två tillfällen: vid eftermätning en månad efter första mättillfället och vid uppföljningsmätningen ytterligare tre månader senare. Efter sista mättillfället som i skrivande stund ännu ej ägt rum kommer föräldrarna i väntelistegruppen få boken hemskickad per post; denna examensuppsats inbegriper därför enbart för- och eftermätningen.

Av de 19 deltagarna som deltog i studien var det 17 som genomförde eftermätningen (89

%). Utöver detta var det två deltagare som initialt tackat ja, men som inte fyllde i förmätningen och därav inte deltog i studien. I stort sett samtliga deltagare behövde påminnas via sms, e-post och telefonsamtal innan de fyllde i formulären på nätet och detta framförallt vid eftermätningen. P.g.a. detta varierar eftermätningstillfället från 28-62 dagar efter datumet då förmätningen ägde rum. Det var dock ingen signifikant skillnad mellan grupperna vad gäller mätperiod ( $M = 44$  dagar,  $SD = 10$  för interventionsgruppen och  $M = 44$  dagar,  $SD = 10$  för kontrollgruppen).

### *Självhjälpsboken*

Den självhjälpsbok som utvärderades i studien heter Fem gånger mer kärlek (Forster, 2009). Boken har använts mycket inom socialtjänst och barnpsykiatri som ett komplement till andra insatser. Den har också ingått som en av betingelserna i en stor nationell studie där olika typer av föräldrastöd har jämförts (Stattin, Enebrink, Öztemir, & Gianotta, 2014). Boken handlar primärt om vad föräldrar kan göra för att utveckla en bra relation till sina barn och tar upp förslag på hur föräldrar kan hjälpa barn både med utagerande och inåtvända problem. Råden som ges i boken är KBT-baserade och bygger på tillämpad forskning om föräldraskap. I detta projekt bifogades en läsanvisning där det framgick vilka delar av boken som var särskilt relevanta beroende på vilken problematik föräldrarna upplevde. För en övergripande beskrivning av bokens innehåll följer här kapitelnamnen: Umgänge och lek, Uppmuntran och tjat, Lyssna och fråga, Rutiner och ansvar, Konflikthantering, Hantera rädsla och stress, Flickor och pojkar. Boken innehåller även en bilaga där läsaren får tips på hur man kan lösa Tio vanliga problem såsom Mobbing, Vredesutbrott, Sömnproblem och Trots.

### *Statistiska analyser*

Om man utgår från tidigare studier av självhjälpsböcker var det rimligt att förvänta sig små till medelstora effekter på symtom av insatsen (O'Brien & Daley, 2011). Målet var därför att rekrytera totalt 40 deltagare till den aktuella studien, eftersom det innebär en statistisk power på drygt 80% för att finna statistiskt signifikanta effekter på  $d = .50$  med  $\alpha = .05$  (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). Dock lyckades enbart 19 försöksdeltagare rekryteras, varav 17 fullföljde både för- och eftermätning. För att analysera effekter av insatsen på kontinuerliga utfallsvariabler användes ANOVA upprepade mätningar. Eventuella skillnader i bakgrundsvariabler och utfallsmått vid förmätningen analyserades med en-vägs ANOVA för kontinuerliga mått och  $\chi^2$ -test för kategoriska variabler.

Vid beräkning av klinisk signifikans användes Jacobson och Truax (1991) modell. I modellen beräknar man för varje deltagare om de har gjort en *reliabel förändring*, vilket innebär att förändringen (positiv eller negativ) är tillräckligt stor för att vara betydande och tillförlitlig. Dessutom beräknar man *klinisk förändring*, som betyder att en deltagare a) hör till den kliniska populationen vid förmätningen och b) hör till normalpopulationen vid eftermätningen (dvs. har passerat ett bestämt cut-offvärde). Om en deltagare har gjort både en reliabel och en klinisk förändring klassificeras deltagaren som *återhämtad*. Som cut-off mellan klinisk/normalpopulation användes normer från en norsk studie (Heiervang, Goodman, & Goodman, 2008) och Jacobsson och Truax (1991) rekommenderade metod (cut-off C) för att få fram en cut-off mellan normgruppen och klinisk sampel.

### *Material*

Barnens symtom mättes med *Styrkor och svårigheter – Strengths and difficulties Questionnaire (SDQ)* (Malmberg, Rydell & Smedje, 2003). SDQ innehåller 25 påståenden som ger en delskala för prosociala färdigheter, en för hyperaktivitet, en för emotionella problem, en för uppförandeproblem och en för kamratproblem. Summan av de fyra sistnämnda delskalorna

bildar delskalan totala problem. Det finns ytterligare åtta frågor som mäter upplevd belastning som följd av problemen (impact). I formuläret skulle föräldrarna kryssa för det alternativ ("stämmer inte", "Stämmer delvis" eller "Stämmer helt") som passat bäst in de senaste sex månaderna. Itemen är av slaget "Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör", " Rädd för mycket, är lättskrämmd" och "Lättstörd, tappar lätt koncentrationen". Eftersom den primära frågeställningen i denna studie gällde utagerande och inåtvända symtom inkluderades inte delskalan för prosociala färdigheter i analyserna och resultaten.

I ett flertal studier har skalans reliabilitet och validitet undersöks och visats vara tillfredsställande (t.ex. Hagquist, 2007; Malmberg, Rydell, & Smedje, 2003). I Malmberg et al. (2003) var den interna konsistensen  $\alpha = 0.85$  hyperaktivitet,  $\alpha = 0.73$  gällande emotionella symptom,  $\alpha = 0.68$  för uppförandeproblem,  $\alpha = 0.69$  gällande problem i relationer med jämnåriga, impact-skalan på  $\alpha = .76$  och slutligen för totala problem  $\alpha = .80$  (Malmberg, Rydell, & Smedje, 2003). Test-retest reliabilitet är även beräknat på svenskt material där Spearman's koefficient = .96 (Dunerfeldt et al., 2010). I den aktuella studien var den interna konsistensen acceptabel för emotionella problem ( $\alpha = .66$ ). Den var god för uppförandeproblem ( $\alpha = .70$ ), hyperaktivitet ( $\alpha = .75$ ), kamratproblem ( $\alpha = .75$ ) samt för totala problem ( $\alpha = .82$ ) och impact-skalan ( $\alpha = .73$ ).

Kvaliteten på relationerna i familjen mättes med ett instrument som på svenska kallas "Värme och konflikter" vilket är en översättning av *Adult-Child Relationship Scale – ACRS* (Trentacosta m.fl., 2011). Det omfattar nio frågor som handlar om värme och konflikter i relationen mellan föräldrar och barn. I de första fem frågorna skulle föräldrarna uppskatta i vilken utsträckning påståenden som "Mitt barn vill gärna berätta för mig om sig själv" och "Det är lätt att sätta sig in i mitt barns känslor" stämde överens. Skalan är femgradig och går från "Definitivt inte" till "Definitivt". De resterande fyra frågorna behandlar hur ofta, den senaste månaden, företeelser som "Vi blev osams" och "Ena av oss blev så arg att den slog den andre" förekommit. Skalan är sjugradig och går från "Aldrig" till "Mer än sju gånger".

Cronbachs alfa för måttet låg mellan  $\alpha = 0.73$  och  $\alpha = 0.80$  för de respektive delskalorna i en studie av Weaver, Shaw, Crossan, Dishion och Wilson (2015). Validering för instrumentet går att finna genom att Trentacosta et al. (2011) fann korrelation mellan mödrars rapportering av värme/konflikter med förekomst och sociala färdigheter/antisocialt beteende hos barnet. Criss, Shaw och Ingoldsby (2003) fann vidare att ett observerat positivt samspel mellan förälder och barn korellerade positivt med värme, medan disciplinär uppfostran korellerade med konflikter. I den aktuella studien var den interna konsistensen på gränsen mellan svag och acceptabel för delskalan för värme ( $\alpha = .59$ ) och svag för konfliktskalan ( $\alpha = .51$ ).

Föräldrarnas sätt att samspela med sitt barn mättes med skalan *Parenting Young Children – PARYC* (McEachern et al., 2012). Skalan handlar om i vilken utsträckning föräldrar ägnar sig åt olika strategier och förhållningssätt och omfattar 21 frågor. Föräldern skulle i detta formulär gradera på en femgradig skala (med ändpunkterna "Aldrig" och "Väldigt ofta") hur ofta olika föräldrabetenden förekommit den senaste månaden. Frågorna behandlar bl.a. till vilken grad föräldern engagerade sitt barn i hushållsuppgifter eller hur ofta föräldern höll fast vid sina regler utan att ändra sig. Frågorna som helhet utgör färdighetsskalan PARYC total. För varje fråga skulle föräldern även svara på om de upplevt det som ett problem eller inte, vilket i sin tur utgör delskalan PARYC problem.

Cronbachs alfa för testet låg mellan  $\alpha = .78$  och  $\alpha = .85$  i en omfattande bedömning av McEachern et al. (2012). Samma författare kom även fram till i sin studie att det är ett valitt mått för att mäta föräldrabetende då det visade förväntade samband mot skalorna The Parenting Scale (Arnold et al. 1993) och Parenting Sense of Competence Scale (Johnston and Mash 1989). Det finns även starkt empiriskt stöd för att instrumentet omfattar områden som

predicerar hur det går för barn när de blivit lite äldre (Dishion and Patterson 1992; Gardner et al. 2007). I den aktuella studien var den interna konsistensen acceptabel för totalskalan ( $\alpha = .65$ ) och näst intill utmärkt för problemskalan ( $\alpha = .89$ ).

För de som randomiserades till interventionsgrupp tillkom vid andra mättillfället också ett formulär som handlade om hur användbar och hjälpsam föräldrarna upplevt att arbetet med självhjälpsboken varit. Skalan som användes för detta är *Therapy Attitude Inventory* (Brestan, Jacobs, Rayfield & Eyberg, 1999), vilken omfattar 10 frågor. Frågor och svarsalternativ för detta formulär framgår i tabell 3. I samband med detta fick föräldrarna också ange hur stor del av boken de hade läst och vilka övningar i boken de hade genomfört.

Cronbachs alfa har för detta instrument tidigare hamnat på  $\alpha = .91$  med en test-retest reliabilitet på  $\alpha = .85$  (Brestan, Jacobs, Rayfield, & Eyberg, 1999). Samma författare fann acceptabel validitet för måttet då det hade måttlig korrelation med barnets förändringar under behandlingen genom skattningsformuläret Eyberg Child Behavior Inventory (Reedtz et al., 2008) tillika beteendeobservationer av deltagarnas följsamhet i behandlingen (compliance).

## Resultat

### *Inledande analyser*

För att undersöka eventuella skillnader mellan grupperna vid förmätning genomfördes en envägs-ANOVA på förmätningens värdena för alla utfallsmått. Det fanns inga signifikanta skillnader ( $0 > F > 2.5$ ,  $p > .05$ ), vilket indikerar att randomiseringen skapade två liknande grupper.

### *Primär frågeställning: effekter på barnens symtom*

Alla interaktionseffekter mellan tid och grupp från de statistiska analyserna redovisas nedan, där en signifikant effekt innebär att interventions- och kontrollgruppen utvecklas olika över tid. I de fall en signifikant huvudeffekt av tid förelåg redovisas även den. Se även tabell 2 där resultaten för samtliga utfallsmått finns.

Interaktionseffekten mellan tid och grupp för SDQ totala problem var nästan signifikant ( $F(1, 15) = 4.3$ ,  $p = .06$ ). För SDQ-delskalan hyperaktivitet fanns en signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp ( $F(1, 15) = 4.9$ ,  $p = .04$ ). För SDQ-delskalan emotionella symptom fanns ingen signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp ( $F(1, 15) = 0.9$ ,  $p = .35$ ). För SDQ-delskalan uppförandeproblem fanns en huvudeffekt av tid ( $F(1, 15) = 4.6$ ,  $p = .05$ ). Det fanns dock ingen signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp för delskalan ( $F(1, 15) = 0.0$ ,  $p = .90$ ). För SDQ-delskalan kamratskap fanns en signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp för ( $F(1, 15) = 5.3$ ,  $p = .04$ ). För SDQ-delskalan impact fanns en huvudeffekt av tid ( $F(1, 15) = 8.6$ ,  $p = .01$ ). Dock fanns ingen signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp för delskalan ( $F(1, 15) = 1.4$ ,  $p = .26$ ).

### *Seukundär frågeställning: föräldrafärdigheter och samspel i familjen*

Interventionen gav ingen signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp på värme och relation mellan föräldrar och barn, mätt med delskalan ACRS ( $F(1, 15) = 2.2$ ,  $p = .16$ ), se tabell 2. Interventionen gav heller ingen signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp ( $F(1, 15) = 0.0$ ,  $p = .99$ ) för den andra delskalan på ACRS som mäter konflikter i relationen mellan förälder och barn. Interaktionseffekten mellan tid och grupp för PARYC totalt var inte signifikant ( $F(1, 15) = 0.02$ ,  $p = .93$ ). För PARYC-delskalan som mäter upplevda problem fanns heller ingen signifikant interaktionseffekt mellan tid och grupp ( $F(1, 15) = 1.0$ ,  $p = .32$ ).

**Tabell 2** Utfall på mätinstrument

Utfall		Bokgrupp		Kontroll		Tid	TidXGrupp	ES ( <i>d</i> )
		före	efter	före	efter	F(1, 15)	F(1, 15)	
<b>Primär frågeställning</b>								
SDQ - Hyperaktivitet	<i>M</i>	9,7	8,7	9,3	10	0,1	4,9*	.96
	<i>SD</i>	2,3	2	1,5	1,5			
SDQ - Emotioner	<i>M</i>	4,8	4,1	3,5	3,8	0,2	0,9	.32
	<i>SD</i>	2,8	3,1	2,5	2,8			
SDQ - Uppförande	<i>M</i>	4,8	4,1	4,9	4,1	4,6*	0,02	-.05
	<i>SD</i>	2,3	2,5	2,4	2,2			
SDQ - Kamratskap	<i>M</i>	5,8	5	4,3	5,1	0,02	5,4*	.78
	<i>SD</i>	2,6	2,6	1,6	2			
SDQ - Total	<i>M</i>	25,0	21,9	21,9	23,0	0,9	4,3 <sup>†</sup>	.61
	<i>SD</i>	7,0	7,6	5,7	6,7			
SDQ - Impact	<i>M</i>	6,9	4,6	6,0	5,0	8,6*	1,5	.42
	<i>SD</i>	3,1	3,3	3,3	3,2			
<b>Sekundär frågeställning</b>								
ACRS - Värme	<i>M</i>	20,8	19,7	19,9	20,1	0,9	2,2	-.61
	<i>SD</i>	1,5	2,5	3,5	3,8			
ACRS - Konflikter	<i>M</i>	11,6	10,3	12,1	10,9	1,5	0,0	.20
	<i>SD</i>	3,4	2,5	5,9	6,0			
PARYC - Total	<i>M</i>	70,0	69,4	70,4	70,3	0,0	0,0	-.07
	<i>SD</i>	5,9	8,0	7,6	10,6			
PARYC - Problem	<i>M</i>	6,7	4,7	6,1	5,8	2,2	1,0	.32
	<i>SD</i>	5,1	4,9	4,9	4,5			

\* =  $p < .05$

<sup>†</sup> =  $p < .10$

SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire (svensk översättning: Styrkor och svårigheter); ACRS = Adult-Child Relationship Scale; PARYC = Parenting Young Children

*Kommentar:* Positiva effektstorlekar innebär en fördel för bokgruppen, medan effektstorlekar med minustecken innebär att kontrollgruppen utvecklades bättre över tid.

*Sekundär frågeställning: Föräldrars upplevelse av interventionen*

Med skattningsformuläret *Therapy Attitude Inventory* undersöktes vad föräldrarna tyckte om boken. I tabell 4 nedan går det att se att föräldrarna på det stora hela var nöjda med boken som självhjälpsinsats.

**Tabell 4** Therapy Attitude Inventory

Item	Medel	Stdav	Anmärkning
1. Boken handlar bland annat om att lösa konflikter och bråk med barn. Om det har jag lärt mig...	3,1	0,4	3="En del", 4="Mycket"
2. Boken handlar bland annat om hur föräldrar kan lära och uppmuntra barn. Om det har jag lärt mig...	3,3	0,5	3="En del", 4="Mycket"
3. Under arbetet med boken tycker jag att relationen mellan mig och mitt barn har blivit...	3,6	0,5	3="Varken bättre eller sämre", 4="Något bättre"
4. Under arbetet med boken tycker jag att mitt självförtroende som förälder har blivit...	3,6	0,5	3="Varken bättre eller sämre", 4="Något bättre"
5. De huvudsakliga problem som jag upplevde med mitt barn innan jag läste boken har blivit...	3,3	0,7	3="Varken bättre eller sämre", 4="Något bättre"
6. Under arbetet med boken tycker jag att samarbetet med mitt barn har blivit...	3,6	0,7	3="Varken bättre eller sämre", 4="Något bättre"
7. Hur nöjd känner du dig med ditt barns allmänna utveckling under arbetet med boken...	3,9	0,8	3="Varken nöjd eller missnöjd", 4="Ganska nöjd"
8. I vilken utsträckning har arbetet med boken inneburit att egna problem eller familjeproblem som inte har direkt med ditt barn att göra har förvärrats eller förbättrats?	3,6	0,5	3="Varken eller", 4="Förbättrat något"
9. För att få hjälp med mitt barns problem tycker jag att en självhjälpsbok av det här slaget är...	4,4	0,5	4="Ganska meningsfull", 5="Mycket meningsfull"
10. Vad är ditt allmänna intryck av just den här självhjälpsboken?	4,6	0,5	4="Ganska bra", 5="Mycket bra"

### *Klinisk signifikans*

Nedan redovisas klinisk signifikans för de mått där det fanns statistiskt signifikanta interaktionseffekter. Se även tabell 3 nedan. För SDQ totala problem låg, med undantaget ett barn i kontrollgruppen, alla över cut-offvärdet för kliniska problem vid förmätningen. För ett barn i varje grupp hade de totala problemen förändrats reliabelt, men de hade inte gjort någon klinisk förändring. De låg fortfarande över cut-offvärdet vid eftermätningen (dvs. ingen klinisk förändring). För resterande barn hade ingen kliniskt signifikant förändring skett.

På SDQ-delskalan gällande relationer med jämnåriga låg alla barn över cut-offvärdet för kliniska problem vid förmätningen. I interventionsgruppen låg tre barn fortfarande över cut-offvärdet vid eftermätningen, men deras relationer med jämnåriga hade ändå minskat kliniskt signifikant. Ett barn låg under cut-off vid eftermätningen, men utan att problemen hade minskat kliniskt signifikant. Återstående tre barn var kliniskt oförändrade vid eftermätningen. I kontrollgruppen låg ett barn under cut-offvärdet vid eftermätningen, medan det hade ökat kliniskt signifikant för ett annat barn. För övriga barn i kontrollgruppen fanns ingen signifikant förändring på delskalan.

På SDQ-delskalan för hyperaktivitet låg alla barn över cut-offvärdet för kliniska problem vid förmätningen. I interventionsgruppen var det ett barn vars hyperaktivitet både hade minskat kliniskt signifikant och som låg under cut-off vid eftermätningen (återhämtat). Ett barn låg under cut-off vid eftermätningen, men utan att problemen hade minskat kliniskt signifikant. Tre barn låg fortfarande över cut-offvärdet vid eftermätningen, men deras hyperaktivitet hade ändå minskat kliniskt signifikant. Återstående fyra barn var kliniskt oförändrade vid eftermätningen. I kontrollgruppen låg fortfarande alla barn över cut-offvärdet vid eftermätningen. För ett barn hade dock hyperaktiviteten minskat kliniskt signifikant,

medan den hade ökat kliniskt signifikant för ett annat barn. För övriga barn i kontrollgruppen fanns ingen signifikant förändring av hyperaktivitet mellan för- och eftermätningen.

**Tabell 3** Klinisk signifikans

		Enbart klinisk förbättring	Enbart reliabel förbättring	Både klinisk och reliabel förbättring	Reliabel försämring	Oförändrad
SDQ-total	Bok (n=9)	0	1	0	0	8
	VL (n=8)	0	1	0	0	7
SDQ-hyp	Bok (n=9)	1	3	1	0	4
	VL (n=8)	0	1	0	1	6
SDQ-kamrat	Bok (n=9)	3	3	0	0	3
	VL (n=8)	0	1	0	1	6

SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire (svensk översättning: Styrkor och svårigheter)

### *Föräldrars följsamhet till interventionen*

Föräldrarna i interventionsgruppen fick vid eftermätningen också svara på hur stor del av varje kapitel i boken de hade läst. I snitt hade föräldrarna läst 63 % av boken. Eftersom det bara var 9 föräldrar i interventionsgruppen var det för låg power för att genomföra en meningsfull analys av samband mellan mängden läsning och symtomminskning. Explorativt genomfördes ändå en sådan analys för de tre delskalor av SDQ som visat signifikanta eller nästan signifikanta interaktionseffekter samt för delskalan för värme, eftersom det var ett oväntat om än icke-signifikant resultat på det måttet. För SDQ-totala problem och SDQ-hyperaktivitet var sambanden mellan mängden läsning och förändring av symtom svaga till medelstarka, men i förväntad riktning ( $r = 0.37$  respektive  $r = 0.48$ , *ns*). För SDQ-kamratproblem och delskalan för värme i relationen fanns inga meningsfulla samband ( $r < 0.20$ ).

## Diskussion

Studiens övergripande syfte var att undersöka effekten av föräldrars arbete med en självhjälpsbok medan deras barn på grund av psykisk ohälsa väntade på sitt första besök inom barnpsykiatrisk specialistvård.

Den primära frågeställningen var om arbetet med boken kunde bidra till symtomminskning (utagerande och inåtvända symtom) under själva väntetiden. Både hyperaktivitet och kamratproblem förbättrades signifikant i interventionsgruppen ställt mot kontrollgruppen. För övriga delskalor fanns inga signifikanta effekter. Effekten för totala problem (d.v.s. hyperaktivitet, uppförandeproblem, emotionella problem och kamratproblem tillsammans) hamnade precis över signifikansnivån ( $p = .06$ ). Analysen av klinisk signifikans visade att ett barn i interventionsgruppen kunde räknas som återhämtat gällande problem med hyperaktivitet. Ett par andra barn i interventionsgruppen visade betydligt mindre hyperaktivitet eller kamratproblem över tid, men låg fortfarande över cut-offvärdet för

kliniska problem. Till skillnad från resultaten gällande symtom hos barnen fanns det inte några signifikanta effekter gällande den sekundära frågeställningen som handlade om föräldrafärdigheter samt värme och konflikter i relationen.

Att patienter och deltagare i studier finner interventioner acceptabla är alltid viktigt, men kanske särskilt så när det handlar om självhjälp. Om ett material inte uppfattas som lättillgängligt och meningsfullt finns det stor risk att det inte används. Därför var resultatet på den andra sekundära frågeställningen som handlade om föräldrarnas upplevelse av den aktuella självhjälpsboken positivt. Inställningen var på det stora hela god och det allmänna intrycket skattades så högt som 4,6 på en 5-gradig skala, vilket med avrundning betyder att de fann den mycket bra. Det bekräftas också av att följsamheten i interventionen var relativt god, då föräldrarna i snitt läste 63 % av boken.

Den aktuella studien går i linje med tidigare studier då man enbart gett textbaserat material till föräldrar och funnit positiva effekter på utagerande problem (Forehand, Merchant, Long & Garai, 2010; Markie-Dadds & Sanders, 2006a; Markie-Dadds & Sanders, 2006b). I dessa studier fann man generellt positiva effekter både på barns utagerande beteenden och föräldrabetenden, vilket inte var fallet i den aktuella studien. Man har i tidigare studier även funnit positiva effekter på inåtvända problem (Rapee, Abbot & Lyneham, 2006), vilket denna studie ej uppvisar. Detta faktum kan rimligen förklaras till stor del av att barnen i denna studie inte uppvisade denna symtombild och att boken som använts främst handlar om relationer och konflikter. Materialet som användes av Rapee, Abbot & Lyneham (2006) var specifikt inriktat på ångest.

Det är värt att notera att effekterna på utagerande problem i denna studie begränsas till just hyperaktivitet, medan uppförandeproblem inte påverkades alls. En möjlig tolkning av resultaten är att boken i första hand är effektiv mot just hyperaktivitet och inte uppförande. Det motsägs dock av tidigare erfarenheter och preliminära resultat där boken har använts i en stor nationell studie av föräldrastöd (Stattin et al., 2014). Samtidigt kan man konstatera att det var en signifikant huvudeffekt av tid för denna delskala, vilket innebär att både interventionsgruppen och väntelistegruppen förbättrades över tid. En annan möjlig förklaring till brist på effekter är att delskalan som mäter uppförandeproblem rör relativt allvarliga sådana; endast två frågor handlar om icke våldsamma eller allvarliga problem. Det är kanske inte rimligt att en begränsad insats under en kort period skulle kunna ha effekter på exempelvis att stjäla saker. I andra studier av självhjälpsinsatser har man använt bredare och mer omfattande skattningar av uppförandeproblem (Forehand et al., 2010; Markie-Dadds & Sanders, 2006a; Markie-Dadds & Sanders, 2006b).

Att det inte fanns några effekter på föräldrabetenden eller samspel i familjen i denna studie skiljer sig alltså från flera tidigare studier (Forehand et al., 2010; Markie-Dadds & Sanders, 2006a; Markie-Dadds & Sanders, 2006b). I en studie av Daley & O'Brien (2013) fann man dock samma sak som i denna studie; effekter på barnens beteenden trots få effekter på föräldrarnas beteenden. Utebliven effekt i den aktuella studien kan även handla om att det endast var en dryg månad mellan för- och eftermätning. Dessutom mäter formuläret PARYC hur det sett ut den senaste månaden och läsandet av boken har antagligen som regel skett gradvis under interventionstiden. Rent spekulativt kan det vara svårt för föräldrarna att inom denna korta tidsram korrekt kunnat återge en generell förändring i föräldraskapet. Möjligtvis har föräldrarna förändrat vissa delar av föräldraskapet som inte fångas upp av de aktuella mätinstrumenten. Något som eventuellt stödjer detta är att föräldrarna angav förändringar och utveckling på flera områden när de skattade sin subjektiva upplevelse av arbetet med boken. I läsanvisningarna som följde med boken i denna studie uppmanades dessutom föräldrar att selektivt läsa de delar av boken som var mest relevanta för just deras upplevda problem. Att denna studie fick svaga resultat på värme och konflikter kan möjligtvis förklaras av den låga



tillförlitligheten som kan riktas till mätinstrumentet i denna studie. Den interna konsistensen var så låg som  $\alpha = .59$  för värme och  $\alpha = .51$  för konflikter. Weaver, Shaw, Crossan, Dishion, & Wilson (2015) redovisade betydligt högre värden som låg mellan  $\alpha = .73$  och  $\alpha = .80$  för de respektive delskalorna.

En annan förklaring till avsaknaden av effekter på föräldrafärdigheter och samspel i familjen är förstås att interventionen inte hade någon effekt på dessa variabler och att effekterna på barnens beteenden beror på något annat än föräldraskap, som exempelvis mätfel eller slump. Att föräldrarna trots allt upplevde förändringar i barnens beteenden kan även ha handlat om att de som varit i interventionsgruppen har blivit mer observanta på barnets problematik från en annan infallsvinkel vilket kan ha gett lägre skattningar vid eftermätningstillfället.

Gällande klinisk signifikans framgår det av Forster, Kling och Sundell (2012) att det var ungefär lika få återhämtade i andra studier av självhjälpsinsatser, med den betydande skillnaden att de självhjälpsinsatserna ofta innehöll support av något slag och ofta var på icke-kliniska populationer. Därav indikerar denna studie att enbart skriftlig självhjälp är jämförbart med självhjälp som inkluderat ytterligare insatser.

### *Studiens svagheter*

Resultatets tillförlitlighet begränsas främst av det fåtal deltagare som ingick i studien. I studier med små sampel är resultaten alltid osäkrare, trots att statistiska analyser kan visa på signifikanta effekter. Eftersom ett flertal statistiska test utfördes ökar risken för TYP-I fel.

Det bör även ses som en begränsning att både för- och eftermätningen skedde väldigt utspritt utifrån datumet då de sökte hjälp. Dock kan detta backas upp med att det inte var någon skillnad mellan de två grupperna, vilket delvis eliminerar dessa frågetecken.

En begränsning utöver detta är det heterogena samplet, eftersom det försvårar analyser och begränsar möjlighet till generalisering av resultaten. Samtidigt kan det heterogena samplet i studien även betraktas som en styrka, eftersom tillämpning av snävare inklusions- och exklusionskriterier också bidrar till sämre möjlighet att generalisera resultat till klinisk verklighet. Tack vare att denna studie inkluderade alla som var intresserade att delta i studien är resultaten möjliga att tolka och tillämpa för kliniker utan att behöva göra särskilda bedömningar och undantag.

Ytterligare en svaghet är att resultatet inte gav några indikationer på möjliga mediatorer såsom föräldrabetenden eller värme i relationen till sitt barn. För att optimera behandlingar inom det komplexa området självhjälp är det viktigt inför framtiden att förstå sambandet mellan intervention och behandlingsresultat.

Slutligen omfattas inte denna uppsats av uppföljningsmätningen, då den i skrivande stund ej ägt rum, vilket såklart varit önskvärt att ha data på. Framförallt är det av intresse eftersom det i tidigare studier visat att effekten av föräldraträningsprogram håller i sig över tid (t.ex. Forster et al., 2012; Sanders et al., 2007).

### *Framtida studier*

Det skulle huvudsakligen vara av intresse att replikera denna studie med fler försöksdeltagare. Rekryteringen till den aktuella studien pågår dock fortfarande, varför resultaten som rapporteras i denna uppsats kan betraktas som preliminära. Då denna studie undersökte effekten av skriftlig självhjälp helt avskild från andra behandlingsinsatser skulle det fortsatt vara intressant om studiens omfattning inkluderade jämförelse mellan olika interventionsgrader. Exempelvis: en grupp där deltagarna enbart skulle få boken; En grupp där även ett eller två stödjande telefonsamtal skulle ingå; Kompletterande självhjälp via dator, mobilapp, ljud och/eller video; En betingelse där även stöd genom ett eller två möten med

behandlare kompletterade den skriftliga självhjälpen. Vidare hade det ultimata varit önskvärt att som tidigare nämnts förstå sambandet mellan självhjälp och behandlingsresultat. Detta är av stor vikt inför framtida forskning. En tänkbar framtida studie skulle vara att undersöka hur väl självhjälpsslitteratur för föräldrar kan komplettera den psykologiska behandlingen då behandlingen väl är igång. Ett utstickande uppslag till framtida projekt skulle kunna vara att låta föräldrar till elever i en skolklass ta del av självhjälpsslitteratur för att genom lärar- och föräldraskattningar undersöka hur utfallet skulle kunna se ut i en normalpopulation. Det skulle möjligen utgöra en intressant kontrollgrupp och kanske bidra med värdefull kunskap om mediatorer.

### *Slutsats*

Sammanfattningsvis visar resultaten från denna studie att föräldrar till barn i väntan på psykiatrisk hjälp förbättrades åtminstone på ett av de mest framträdande problemområdena. Med förbehåll för att resultaten måste replikeras ger studien ytterligare stöd för att forskningsbaserad självhjälpsslitteratur, även utan något som helst stöd av behandlande personal, med fördel kan användas som intervention på en klinisk population. I synnerhet om självhjälpen ska fungera som en insats i väntan på planerad vård och stödinsatser. Eftersom den aktuella studien har låg power bör dock resultaten tolkas med försiktighet.

Studien fyller en viktig lucka inom forskningen framförallt eftersom självhjälpssystem är begränsat utvärderat (Kierfeld, Ise, Hanisch, Görtz-Dorten, & Döpfner, 2013). Man har även i ett flertal tidigare studier kommit fram till att självhjälpssystem blir som effektivast då de kompletteras med stöd från behandlare (Salloum, 2010), eller då ytterligare vägledning via dator, ljud eller video kompletterar skriftlig självhjälp (Mains & Scogin, 2003). Den aktuella studien tillför därför stöd i linje med de fåtal studier som undersökt effekterna av självhjälp utan stöd utöver skriftlig självhjälp (O'Brien & Daley, 2011). Det kanske viktigaste bidraget som denna studie ger är att den genomfördes i reguljära verksamheter. Tidigare studier som undersökt effekterna av skriftlig självhjälp utan ytterligare stöd från behandlare har samtliga genomförts i universitetsmiljöer och rekryterat deltagare via annonser (Forehand et al., 2010; Markie-Dadds & Sanders, 2006a; Markie-Dadds & Sanders, 2006b). Denna studie visar därmed att skriftlig självhjälp kan ha stor betydelse även för patienter inom reguljär vård.

Att interventionen hade effekt på just hyperaktivitet är också ett viktigt resultat med tanke på att det var detta problem som föräldrarna i huvudsak sökte hjälp för inom vården. De vårdverksamheter som deltog i studien meddelade också inledningsvis att de flesta barn som väntar på vård inom BUP har just den problematiken.

## Referenser

- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N., & Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(4), 685.
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The parenting scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5(2), 137–144.
- Bee, P. E., Bower, P., Lovell, K., Gilbody, S., Richards, D., Gask, L., & Roach, P. (2008). Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry*, 8, 60-60.
- Berg, G., Marttila, A., & Burström, B. (2012). *Hälsan bland barn med socialtjänstinsatser – behov av ökad samordning mellan kommun och landsting. Exemplet Rinkeby-Kista i Stockholm*. Karolinska institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap.
- Brestan, E., Eyberg, S., Boggs, S., & Algina, J. (1997). Parent-child interaction therapy: Parents' perceptions of untreated siblings. *Child & Family Behavior Therapy*, 19(3), 13-28.
- Brestan, E. V., Jacobs, J. R., Rayfield, A. D., & Eyberg, S. (1999). A consumer satisfaction measure for parent-child treatments and its relation to measures of child behavior change. *Behavior Therapy*, 30, 17–30.
- Breton, J. j., Bergeron, L., Valla, J. p., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., . . . Lépine, S. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM - III - R Mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.
- Broidy, L. M., & et al. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39(2), 222-245.
- Creswell, C., Hentges, F., Parkinson, M., Sheffield, P., Willetts, L., & Cooper, P. (2010). Feasibility of guided cognitive behaviour therapy (CBT) self- help for childhood anxiety disorders in primary care. *Mental health in family medicine*, 7(1), 49.
- Criss, M. M., Shaw, D. S., & Ingoldsby, E. M. (2003). Mother–Son Positive Synchrony in Middle Childhood: Relation to Antisocial Behavior. *Social Development*, 12(3), 379-400.
- Cunningham, M. J., & Wuthrich, V. (2008). Examination of barriers to treatment and user preferences with computer-based therapy using the cool teens CD for adolescent anxiety. *E-Journal of Applied Psychology*, 4(2), pp. 12-17.
- Daley, D., & O'Brien, M. (2013). A small-scale randomized controlled trial of the self-help version of the New Forest Parent Training Programme for children with ADHD symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 22(9), 543-552.
- Davison, G. C. (2000). Stepped care: Doing more with less? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 580-585.
- De Rubeis, S., & Granic, I. (2012). Understanding treatment effectiveness for aggressive youth: The importance of regulation in mother–child interactions. *Journal of Family Psychology*, 26(1), 66-75.
- Dell, S. L., Quin, J. A., Alford, B. A., Briant, A. L., Bradlyn, A. S., & Giebenhain, J. E. (1982). Predicting the acquisition of parenting skills via four training methods. *Behavior Therapy*, 13(2), 194-208.
- Denissen, J. J. A., van Aken, M. A. G., & Dubas, J. S. (2009). It takes two to tango: How parents' and adolescents' personalities link to the quality of their mutual relationship. *Developmental Psychology*, 45(4), 928-941.

- Dèttore, D., Pozza, A., & Andersson, G. (2015). Efficacy of technology-delivered cognitive behavioural therapy for ocd versus control conditions, and in comparison with therapist-administered CBT: Meta-analysis of randomized controlled trials (pp. 1-22): Routledge.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (1992). Age effects in parent training outcome. *Behavior Therapy*, 23, 719–729.
- Dodge, K. A. (2009). Community intervention and public policy in the prevention of antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 194-200.
- Dunerfeldt, M., Elmund, A., Söderström, B. (2010). *Bedömningsinstrument inom BUP i Stockholm*. Utvecklings- och utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.
- Eisenstadt, T. H., Eyberg, S. M., McNeil, C. B., Newcomb, K., & Funderburk, B. (1993). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Relative effectiveness of two stages and overall treatment outcome. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22, 42–51.
- Elgar, F. J., & McGrath, P. J. (2003). Self-administered psychosocial treatments for children and families. *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 321-339.
- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., . . . Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy ( MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self- harm. *Psychol. Med.*, 29(1), 19-25.
- Farmer, E., Stangl, D., Burns, B., Costello, E., & Angold, A. (1999). Use, persistence, and intensity: Patterns of care for children's mental health across one year. *Community Mental Health Journal*, 35(1), 31-46.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191.
- Forehand, R., Wells, K. C., & Griest, D. L. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. *Behavior Therapy*, 11(4), 488-502.
- Forehand, R. L., Merchant, M. J., Long, N., & Garai, E. (2010). An examination of parenting the strong-willed child as bibliotherapy for parents. *Behavior Modification*, 34(1), 57-76.
- Forster (2009). *Fem gånger mer kärlek. Forskning och praktiska råd kring föräldrar och barn*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Forster, M., Ekroth, E., & Mahdi, S. (2014, oktober 14). *Ingen hjälp utan utredning och utredningen kommer för sent*. Hämtad från <http://www.forster.se/rapport-om-neuropsykiatriska-utredningar>
- Forster, M., Kling, Å., & Sundell, K. (2012). Clinical significance of parent training for children with conduct problems. *International Journal of Conflict and Violence*, 6(2), 187-200.
- Foster, E., Johnson-Shelton, D., & Taylor, T. (2007). Measuring time costs in interventions designed to reduce behavior problems among children and youth. *American Journal of Community Psychology*, 40(1), 64-81.
- Furnham, A., Pereira, E., & Rawles, R. (2001). Lay theories of psychotherapy: Perceptions of the efficacy of different 'cures' for specific disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 6(1), 77-84.
- Gardner, F., Shaw, D. S., Dishion, T. J., Burton, J., & Supplee, L. (2007). Randomized prevention trial for early conduct problems: Effects on proactive parenting and links to toddler disruptive behavior. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 398–406.
- Griffiths, J. D., & Martin, P. R. (1996). Clinical versus home - based treatment formats for children with chronic headache. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 151-166.

- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Kuschel, A., & Feldmann, M. (2008). Therapist-assisted, self-administered bibliotherapy to enhance parental competence: Short- and long-term effects. *Behavior Modification*, 32(5), 659-681.
- Hagquist, C. (2007). The psychometric properties of the self-reported SDQ – An analysis of Swedish data based on the Rasch model. *Personality and Individual Differences*, 43, 1289-1301.
- Heiervang, E., Goodman, A., & Goodman, R. (2008). The nordic advantage in child mental health: Separating health differences from reporting style in a cross-cultural comparison of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 678-685.
- Hofstra, M. B., Van Der Ende, J. A. N., & Verhulst, F. C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(2), 182-189.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Jacobson, Neil S., and Paula Truax. 1991. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59:12–19.
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167–175.
- Karlsson, J., & Lindberg, L. (2009). *Utvärdering av barn och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholms län*. Karolinska institutets folkhälsoakademi, 2009:15.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatments and delivery of psychological services: Shifting our emphases to increase impact. *Psychological Services*, 5, 201-215.
- Kazdin, A. E., & et al. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 729-740.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D. G., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 45(1), 19-30.
- Kierfeld, F., Ise, E., Hanisch, C., Görtz-Dorten, A., & Döpfner, M. (2013). Effectiveness of telephone-assisted parent-administered behavioural family intervention for preschool children with externalizing problem behaviour: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(9), 553-565.
- Kling, Å, & Sundell, K. (2006). *Komet för föräldrar. En verksamhetsutvärdering av föräldrars deltagande och upplevelse av programmet Komet (FoU-rapport 2006:13) [Komet for parents. A program evaluation of parent participation and impression of the Komet program]*. Stockholms stadsledningskontor: FoU-enheten.
- Kochanska, G. (1997). Mutually responsive orientation between mothers and their young children: Implications for early socialization. *Child Development*, 68(1), 94-112.
- Kroener-Herwig, B., & Denecke, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy of pediatric headache: Are there differences in efficacy between a therapist-administered group training and a self-help format? *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1107-1114.
- Ladd, G. W., & Pettit, G. S. (2002). Parenting and the development of children's peer relationships. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 5. Practical issues of parenting* (2nd ed., pp. 269–309). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Langley, K., & et al. (2010). Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 196(3), 235.

- Lavigne, J. V., & et al. (2008). Treating oppositional defiant disorder in primary care: A comparison of three models. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(5), 449-461.
- Long, N., Rickert, V. I., & Ashcraft, E. W. (1993). Bibliotherapy as an adjunct to stimulant medication in the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, 7(2), 82-88.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104.
- Lyneham, H. J., & Rapee, R. M. (2006). Evaluation of therapist-supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1287-1300.
- Mains, J. A., & Scogin, F. R. (2003). The effectiveness of self administered treatments: A practice friendly review of the research. *Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 237-246.
- 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, 357-63.
- Markie-Dadds, C. & Sanders, M. R. (2006a) A controlled evaluation of an enhanced self-directed behavioural family intervention for parents of children with conduct problems in rural and remote areas. *Behaviour Change*, 23, 55–72.
- Markie-Dadds, C., & Sanders, M. R. (2006b). Self- Directed Triple P ( Positive Parenting Program) for Mothers with Children at- Risk of Developing Conduct Problems. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 259-275.
- Marrs, R. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23(6), 843-870.
- McEachern, A. D., Dishion, T. J., Weaver, C. M., Shaw, D. S., Wilson, M. N., & Gardner, F. (2012). Parenting Young Children (PARYC): Validation of a self-report parenting measure. *Journal of Child and Family Studies*, 21(3), 498-511.
- McGrath, P. J., & et al. (2011). Telephone-Based Mental Health Interventions for Child Disruptive behavior or anxiety disorders: Randomized trials and overall analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(11), 1162-1172.
- McNeil, C. B., Eyberg, S., Eisenstadt, T. H., & Newcomb, K. (1991). Parent-child interaction therapy with behavior problem children: Generalization of treatment effects to the school setting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 140–151.
- Morawska, A., & Sanders, M. R. (2006). Self- Administered Behavioral Family Intervention for Parents of Toddlers: Part 1. Efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 10-19.
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 251-274.
- Nicholson, J., & Sanders, M. (1999). Randomized controlled trial of behavioral family intervention for the treatment of child behavior problems in stepfamilies. *Journal of Divorce & Remarriage*, 30(3-4), 1-23.
- O'Brien, M., & Daley, D. (2011). Self-help parenting interventions for childhood behaviour disorders: A review of the evidence (Vol. 37, pp. 623-637). Oxford, UK.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., . . . Byrne, C. (1987). Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44(9), 832.
- Patterson, G. R. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist*, 35, 27–33.
- Pine, D. S. (1997). Childhood anxiety disorders. *Current Opinion in Pediatrics*, 9, 329–338.

- Rapee, R. M., Abbott, M. J., & Lyneham, H. J. (2006). Bibliotherapy for children with anxiety disorders using written materials for parents: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 436-444.
- Reedtz, C., Bertelsen, B., Lurie, J., Handegård, B. H., Clifford, G., & Mørch, W. t. (2008). Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI): Norwegian norms to identify conduct problems in children. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*(1), 31-38.
- Reid, M. J., Webster-Stratton, C., & Baydar, N. (2004). Halting the development of conduct problems in head start children: The effects of parent training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(2), 279-291.
- Rosen, G. M. (1987). Self-help treatment books and the commercialization of psychotherapy. *The American Psychologist, 42*, 46.
- Salloum, A. (2010). Minimal Therapist-assisted cognitive-behavioral therapy interventions in stepped care for childhood anxiety. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*, 41-47.
- Sanders, M., Turner, K., & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the triple p—positive parenting program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science, 3*(3), 173-189.
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple p- positive parenting program. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(6), 983-998.
- Sanders, M. R., Markie-dadds, C., Tully, L. A., & Bor, W. (2000). The Triple p- positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self- directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 624-640.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal, 323*(7306), 191.
- 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*(2), 171-186.
- Shechtman, Z. (1999). Bibliotherapy: An indirect approach to treatment of childhood aggression. *Child Psychiatry Human Development, 30*(1), 39-53.
- Snell-johns, J., Mendez, J. L., & Smith, B. H. (2004). Evidence-based solutions for overcoming access barriers, decreasing attrition, and promoting change with underserved families. *Journal of Family Psychology, 18*(1), 19-35.
- Socialstyrelsen (2009). *Barn och ungdomspsykiatri – vård på olika villkor. Rapport från nationell tillsyn*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014, oktober 14). *Väntetider till BUP har inte förbättrats*. Hämtat från <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2013september/vantetidertillbupharinteforbattrats>
- Starker, S. (1990). Self-help books: ubiquitous agents of health care. *Medical Psychotherapy: An International Journal, 3*, 187-194.
- Stattin, H., Enebrink, P., Öztemir, M., & Gianotta, F. (2014). *A national evaluation of parenting programs in Sweden: The short-term effects using a rct effectiveness design*. Submitted manuscript.
- Tarver, J., Daley, D., Lockwood, J., & Sayal, K. (2014). Are self- directed parenting interventions sufficient for externalising behaviour problems in childhood? A systematic review and meta- analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 23*(12), 1123-1137.
- Tolan, P. H., & Dodge, K. A. (2005). Children's mental health as a primary care and concern: a system for comprehensive support and service. *American Psychologist, 60*(6), 601-614.

- Trentacosta, C. J., Criss, M. M., Shaw, D. S., Lacourse, E., Hyde, L. W., & Dishion, T. J. (2011). Antecedents and outcomes of joint trajectories of mother-son conflict and warmth during middle childhood and adolescence. *Child Development, 82*(5), 1676-1690.
- Weaver, C., Shaw, D., Crossan, J., Dishion, T., & Wilson, M. (2015). Parent-child conflict and early childhood adjustment in two-parent low-income families: Parallel developmental processes. *Child Psychiatry Human Development, 46*(1), 94-107.
- Webster-Stratton, C. (1990). Enhancing the effectiveness of self-administered videotape parent training for families with conduct-problem children. *An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology, 18*(5), 479-492.
- 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., & et al. (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*(4), 550-553.
- Webster-stratton, C., Kolpacoff, M., & Hollinsworth, T. (1988). Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 558-566.
- Zubrick, S. R., Silburn, S. R., Burton, P., & Blair, E. (2000). Mental health disorders in children and young people: scope, cause and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*(4), 570-578.
- Zubrick, S. R., & et al. (1995). *Western australia child health survey: Developing health and well being inthe nineties*. Perth, WA: Australian bureau of statistics and the institute for child health research.



## Etisk reflektion

Den etiska ansökan för projektet godkändes av Stockholms regionala forskningskommitté 2014-11-06 (Dnr:2014/1785-31/5). Den huvudsakliga risken med självhjälpsinsatser är att deltagarna kan använda råden på fel sätt. Den empiriska litteraturen tyder dock inte på att detta är en betydande risk, då självhjälpsinsatser har visat sig ge positiva effekter både på föräldrarnas sätt att samspela med barn och på barnens symtom. Råden och övningarna i självhjälpsboken som använts i studien är grundade i forskning och stämmer väl överens med råd eller insatser som används inom reguljära verksamheter som möter föräldrar. En annan möjlig risk med detta projekt har varit att självhjälpsinsatsen på något sätt skulle ha påverkat föräldrarnas inställning eller motivation till den kommande insatsen inom specialistvården. Samtidigt är boken redan tillgänglig för allmänheten och innehållet skiljer sig inte från råd eller stöd som föräldrar vanligtvis kan få inom vården.

Datainsamling via enkäter innebär alltid en risk för deltagare i studier. Frågorna som ställs kan upplevas negativa eller integritetskränkande eftersom de bland annat handlar om personliga förhållanden och problem. Enkäterna i denna studie utgjordes dock av väl etablerade skalor som har använts i tidigare studier i Sverige. Frågorna är breda och handlar om beteenden och förhållanden som de flesta kan relatera till. En annan risk med datainsamling är förstås att integritetskränkande uppgifter kan spridas till obehöriga. Denna risk kan också upplevas vara större när datainsamlingen sker via internet. För att hantera denna risk tillämpas Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering via internet (2 kap. 5 § SOSFS 2008:14), som i korthet innebär att data ska vara krypterad och att åtkomst ska skyddas av stark autentisering. Deltagarnas integritet skyddas genom att alla resultat presenterats på gruppnivå utan några detaljer som gör det möjligt att identifiera enskilda deltagare. Databearbetning och presentation omöjliggör identifiering av enskilda personer som medverkat i projektet.