

# **Föräldrars upplevda tillfredsställelse av PMTO - har den någon betydelse?**

**Ragna Bugge Askeland**

**PSYKOLOGI D  
Luleå Tekniska Universitet  
Institution för Arbetsvetenskap  
Avdelningen för Teknisk psykologi**

**Abstract**

In this thesis parents' experience with the treatment program Parent Management Training - the Oregon model (PMTO) is in focus. PMTO is a clinical treatment program for parents who have children with behavior problems. The aim was to investigate parents' satisfaction with PMTO and work alliance with therapist and, further, to investigate the relationship between treatment satisfaction and outcome and the relationship between treatment outcome and satisfaction with work alliance. Three questionnaires were used and answered by the parents. Two questionnaires measured the child's externalizing and internalizing behavior (Child Behavior Checklist, CBCL), and social competence (Social Skills Rating System, SSRS). The third questionnaire measured parental satisfaction with treatment and work alliance with therapist (Family Satisfaction Survey, FSS). The results indicate a correlation between treatment satisfaction and treatment outcomes in the child's externalizing behavior and social competence, but not in internalizing behavior. The results yielded no relationship between satisfaction with the therapeutic work alliance and treatment outcome.

**Keywords: Treatment satisfaction, treatment outcome, PMTO, child behaviour problems**

### **Sammanfattning**

Detta examensarbete behandlar föräldrars erfarenhet av behandlingsprogrammet Parent Management Training - Oregonmodellen (PMTO). PMTO är ett kliniskt behandlingsprogram för föräldrar som har barn med beteendesvårigheter. Syftet var att utreda föräldrars tillfredsställelse med PMTO och samarbetet med terapeuten, samt att undersöka sambandet mellan tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt, och sambandet mellan behandlingsresultat och föräldrars tillfredsställelse med det terapeutiska samarbetet. Tre enkäter besvarades av föräldrarna. Två enkäter mätte ändring i barnets externaliserande och internaliserande beteende (Child Behavior Checklist, CBCL), samt social förmåga (Social Skills Rating System, SSRS). Den tredje enkäten mätte föräldrars tillfredsställelse med behandlingsresultatet och samarbetet med terapeuten (Family Satisfaction Survey, FSS). Resultaten indikerar ett samband mellan tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt när det gäller ändringar i barnets externaliserande beteende och sociala förmåga, men inte när det gäller internaliserande beteende. Inga signifikanta resultat erhöles när det gäller sambanden mellan tillfredsställelse med det terapeutiska samarbete och behandlingseffekt.

**Nyckelord: Behandlingstillfredsställelse, behandlingseffekt, PMTO, barns beteendeproblem**

## Innehållsförteckning

1	Inledning .....	1
1.1	Barns beteendeproblem och forskningsbaserade behandlingsmetoder.....	1
1.2	Tidigare studier av tillfredsställelse och utfall av behandling .....	2
1.2.1	Brestan's studie av tillfredsställelse med behandling .....	2
1.2.2	Plante's studie av tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt.....	3
1.2.3	Tillfredsställelse med behandling och upplevd behandlingseffekt.....	3
1.2.4	Behandlingseffekt och terapeutiskt samarbete.....	4
1.2.5	Samarbete mellan terapeut och föräldrar .....	5
1.3	Syfte och frågeställningar .....	5
2.	Teoretiskt ramverk .....	6
2.1	Tvingande samspelsmekanismer .....	6
2.2	Parent Management Training - Oregon-modellen. ....	7
2.3.	Principer för behandling .....	7
2.3.1	Utsträckning och intensitet .....	7
2.3.2	Mål med behandlingen.....	8
2.3.3	Terapeutens roll .....	9
2.4	Effekten av Parent management training.....	9
2.5	Uppmärksamhet och förändring av beteende .....	10
3.	Metod .....	11
3.1	Deltagare.....	11
3.2	Material .....	11
3.2.1	Child Behavior Check List (CBCL) .....	11
3.2.2	Social Skills Rating System (SSRS).....	11
3.2.3	Family Satisfaction Survey (FSS).....	11
3.3	Procedur .....	12
3.4	Avgränsningar.....	12
3.5	Databehandling .....	12
4.	Resultat .....	14
4.1	Ändring från före till efter behandling.....	14
4.2	Föräldrars tillfredsställelse med behandling och samarbete .....	14
4.3	Tillfredsställelse hos föräldrar .....	15
4.4	Samband behandlingsresultat och tillfredsställelse med behandling.....	17
4.5	Samband mellan behandlingsresultat och tillfredsställelse med terapeutisk samarbete .....	17
5	Diskussion.....	18
5.1	Samband behandlingsresultat och tillfredsställelse med behandling.....	18
5.2	Samband behandlingsresultat och tillfredsställelse med terapeutiskt samarbete.....	19
5.3	Styrkor och svagheter i undersökningen.....	21
5.4	Reliabilitet och validitet.....	21
5.5	Framtida forskning.....	21
6.	Referenser .....	23
7.	Bilaga 1 .....	

# 1 Inledning

## *1.1 Barns beteendeproblem och forskningsbaserade behandlingsmetoder*

Barn och unga med beteendeproblem utsätts för lidande och är en stor utmaning för föräldrar, anställda i skola och förskola, anställda i hälso- och socialsektorn och för samhället som helhet (Barne- og likestillingsdepartementet, 2001).

I Norge uppskattas omkring 5% av barn och unga lida av en beteendestörning. För en formell diagnos krävs uppvisande av vissa symptom över en längre period enligt diagnosschema ICD-10 eller DSM-IV (Solholm, Askeland, Christiansen, & Duckert, 2005). Många barn och unga har symptom på beteendestörningar, men inte i sådan omfattning att de uppfyller de diagnostiska kraven. Problemen kan ändå upplevas som svåra både för barnet själv och personer i barnets omgivning, vilket skapar behov av professionell hjälp (Solholm et al., 2005).

Beteendestörningar har definierats olika av olika forskare och fenomenet har därför fått flera olika beteckningar som exempelvis beteendestörningar, externaliserande beteendeproblem och antisocialt beteende (Kjøbli, 2009). Beteendeproblem, till skillnad från beteendestörningar, är inte fastställt som en diagnos, men innefattar aggressivitet, utagerande beteenden mot andra människor och djur och om icke-aggressiva beteenden som att bryta mot föräldrars regler och att stjåla (Andershed & Andershed, 2005).

Prognosen för barn som tidigt, före tolv års ålder, börjar med brott och annat normbrytande beteende är dyster (Andershed & Andershed, 2005). Det är därför viktigt att hjälpa familjer som har barn med beteendeproblem att få en effektiv behandling, som skapar förändring i beteendemönstret på ett tidigt stadium i barnets utveckling av beteendeproblem.

Parent Management Training – Oregonmodellen (PMTO) är ett behandlingsprogram för föräldrar som har barn med beteendeproblem. Denna behandlingsmetod är implementerad i Norge och används av utbildade PMTO-terapeuter (Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson, & Bullock, 2005). Det finns också andra behandlingsprogram för barn med beteendeproblem, som till exempel beteendeterapi, marte meo, humanistisk terapi och familjeterapi (Ogden & Hagen, 2008). Några av dessa behandlingsmetoder kan sägas ha ett mer eklektisk förhållningssätt, medan PMTO är mer specifikt riktat mot beteendeproblem och följer en mer principstyrd stegvis intervention.

De barn som får PMTO-behandling kan uppvisa olika typer av beteende, vilket ställer krav på terapeuten när det gäller flexibilitet och anpassning av behandlingen för varje familj, samtidigt som terapeuten ska följa behandlingsprogrammet PMTO:s grundläggande principer för hur behandlingen ska gå till (Aartun & Tisløv, 2009).

Alla familjer som erbjuds PMTO har barn med beteendeproblem och i vissa fall kan barnen vara diagnostiserade med beteendestörning (Solholm et al., 2005). Vid implementering av interventioner i familjer är det viktigt att evaluera om programmet har

fungerat för familjerna som erbjudits behandling och om programmet har praktiserats som det skulle (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005).

En randomiserad, kontrollerad studie utförd av Ogden & Hagen (2008) vid Atferdssenteret i Oslo visar att behandlingsmetoden PMTO ger effekt. Vid behandling måste PMTO-terapeuterna kunna göra individuella anpassningar för varje familj, men utan att avvika från metodens principer och ändamål (Aartun & Tisløv, 2009, Forgatch et al., 2005). En utmaning för terapeuterna är att bibehålla ett gott samarbete med föräldrarna och samtidigt hålla sig till en bestämd agenda och bestämda principer (Aartun & Tisløv, 2009).

Ett bra samarbete mellan terapeut och föräldrar kan, förutom att vara positivt för föräldrarnas upplevelse av behandlingen, också påverka effekten av behandlingen menar föräldrar som mottagit PMTO-behandling (Aartun & Tisløv, 2009). Genom samarbete med terapeuten utvecklar föräldrarna förmågor att förbättra familjelivet, vilket de menar påverkar behandlingseffekten.

Tillfredsställelse med behandling har definierats som den utsträckning i vilken hjälpen som erbjuds tillfredsställer det klienten behöver, önskar och begär av behandlingen (Tetzlaff, Kahn, Diamond, Godley, & Funk, 2005).

Tidigare studier visar på svaga till moderata samband mellan tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt (Tetzlaff et al., 2005; Plante, Couchman, & Hoffman, 1998; Brestan, Jacobs, Rayfield, & Eyberg, 1999). Flera studier har använt sig av Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8) som är ett standardiserat test av tillfredsställelse (Plante et al., 1998; Granello, Granello, & Lee, 1999).

Andra test för att mäta tillfredsställelse med behandling är Treatment Satisfaction Index (TSI), Therapy Attitude Inventory (TAI) och Consumer Reports (CR) (Tetzlaff et al., 2005; Lambert, Salzer, & Bickman, 1998; Brestan et al., 1999). Dessa mätinstrument har visat på låga samband mellan tillfredsställelse och behandlingseffekt. I några studier kan detta ha berott på att behandlingen inte hade haft effekt, vilket gör att korrelationsmått inte kan påvisa samband. Ogden & Hagen (2008) har redan påvisat att PMTO har en signifikant behandlingseffekt, vilket gör att ett samband mellan tillfredsställelse och behandlingseffekt borde kunna påvisas om ett samband existerar.

## ***1.2 Tidigare studier av tillfredsställelse och utfall av behandling***

### **1.2.1 Brestan's studie av tillfredsställelse med behandling**

Tillfredsställelse med behandling anses numera vara en viktig faktor som påverkar effekten av psykologisk behandling och då även vid föräldraträning (Brestan et al., 1999).

Brestan et al. (1999) prövade hypotesen att korrelationen mellan tillfredsställelse med behandling (mätt med TAI) och mödrars gradering av sitt barns beteendeproblem borde vara negativ och att korrelationen med barns observerade föglighet vid interaktion mellan mor och barn borde vara positiv. Alla barnen hade antingen diagnosen Oppositional Defiant Disorder (ODD), Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) eller

Conduct Disorder (CD) och i vissa fall en kombination av dessa. Behandlingsprogrammet som användes var föräldra-barn-interaktionsterapi, en terapiform som har fått empiriskt stöd (Brestan et al., 1999) och som bygger på samma principer som PMTO.

Resultaten gav stöd för hypotesen att mödrars tillfredsställelse med behandlingen har ett positivt samband med både föräldrarnas rapporter och observerade effekter av föräldra-barnbehandlingen. Resultaten visade att TAI hade en moderat korrelation med mödrarnas uppfattning av att deras barn hade förändrat sitt beteende (Brestan et al., 1999).

Föräldrarnas tillfredsställelse med behandlingsprocessen var signifikant korrelerad med observerad förändring. Sambandet mellan tillfredsställelse med behandling och förbättringar genom föräldraträning tyder på att föräldrarna kan uppfatta de förändringar som sker hos barnet och att detta syns i deras attityd till behandlingen. Hur mycket barnet förändras sig avgör hur tillfredsställd föräldern är med behandlingen (Brestan et al., 1999).

Svagheten med denna typ av forskning är att mätning av tillfredsställelse görs efter behandlingens slut. Detta gör det omöjligt att se om föräldrarna är tillfredsställda med behandlingen för att den fungerade eller om en framgångsrik behandling beror på att föräldrarna var tillfredsställda.

### **1.2.2 Plante's studie av tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt**

Plante et al. (1998) gjorde ett försök att utveckla och implementera en metod för att mäta behandlingseffekt och tillfredsställelse hos barn och familjer som går i behandling.

Metoden är ett multiinformant-system där fyra olika enkäter används. Två av dessa är Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8) och The Child and Adolescent Adjustment Profile (CAAP). CSQ-8 användes för att mäta barnens tillfredsställelse med behandlingen och fylldes i av föräldrar eller andra anhöriga som jobbade eller bodde med barnet (Plante et al., 1998).

Ett problem med denna studie var att forskarna hade fasta tider för mätningarna. Genom att ha tre månader mellan varje mätning gick de miste om de deltagare som avslutade sin behandling mellan mätningarna. Ett alternativ hade varit att göra en mätning vid behandlingens slut, som i PMTO.

CAAP visade på liten förändring i barnens symptom under behandling, medan CSQ-8 visade på hög tillfredsställelse med behandlingen (Plante et al., 1998). Det är resultat som detta som visar hur viktigt det är att inte bara mäta tillfredsställelse. Hade bara behandlingseffekt observerats hade kanske slutsatsen dragits att behandling är onödig, vilket inte hade varit helt rätt då barnen uttryckte hög tillfredsställelse med behandlingen.

### **1.2.3 Tillfredsställelse med behandling och upplevd behandlingseffekt**

Det är vanligt att i undersökningar om tillfredsställelse fråga om individens upplevda förbättring genom behandlingen. Denna typ av frågor visar vad det är som är viktigt för

klienten att förbättra, vilket är information som är mer användbar för den fortsatta behandlingen än mått på förändring i patologisk beteende (Lambert et al., 1998).

Lambert et al. (1998) tar upp hur det i andra studier har hittats samband mellan tillfredsställelse med behandling och självrapporteringar av effekter, men inga samband mellan behandlingseffekter och terapeuternas rapporter (Attkisson & Zwick, 1982).

Syftet med studien var att mäta behandlingseffekt med rapporter från klienten, klientens föräldrar och tränade intervjuare och att mäta klientens tillfredsställelse rapporterad av klienten och klientens föräldrar samt att mäta föräldrarnas upplevelse av förbättring hos barnet (Lambert et al., 1998).

De test som användes var Child Behavior Checklist (CBCL) och Satisfaction Scales (SS). SS mäter global tillfredsställelse, om behandlingen var värdefull och om barnet blivit bättre (Lambert et al., 1998). CBCL användes för att mäta förändring i barnets patologiska beteende och administrerades när behandlingen påbörjades och vid behandlingens avslut (Lambert et al., 1998).

Lambert et al. (1998) drar slutsatsen att utvärderingar av tillfredsställelse kan ha svag begreppsvaliditet, och att det krävs mer arbete för att undersöka vad som faktiskt mäts med test av tillfredsställelse innan dess begreppsvaliditet kan fastställas.

Det fanns inga signifikanta korrelationer mellan förändring i symptombilden hos barnen och föräldrars tillfredsställelse med behandling. Föräldrars rapporterade förändring i barnets beteende hade högre samband med tillfredsställelse med behandlingen än med ändring i patologiskt beteende enligt CBCL och SS (Lambert et al., 1998).

#### **1.2.4 Behandlingseffekt och terapeutiskt samarbete**

I tidigare studier (Tetzlaff et al., 2005) har förhållandet mellan behandlingseffekt och terapeutiskt samarbete undersökts. Tetzlaff et al. (2005) undersökte om tillfredsställelse med behandling och samarbetet med terapeut hade samband med longitudinella förändringsmönster hos ungdomar som behandlades för sitt cannabismissbruk.

Mätningen av terapeutiskt samarbete avsåg bara relationen mellan terapeut och klient. Tetzlaff et al. (2005) menade att vid mätning av tillfredsställelse med behandlingen efter behandlingens slut erhöles också andra aspekter på behandlingsprocessen som kostnad, plats, bekvämlighet och behandlingens effektivitet.

För att mäta tillfredsställelse med behandlingen genomfördes en intervju baserad på Treatment Satisfaction Index (TSI), som är utformad för att utvärdera tillfredsställelse med personal och behandlingshjälp som mottagits de senaste 90 dagarna (Tetzlaff et al., 2005).

Svagheten med dessa studier är att samarbetet ofta mäts i början på behandlingen, medan tillfredsställelse mäts efter behandlingens slut (Tetzlaff et al., 2005). Det hade varit önskvärt att samarbetet undersökts under tiden familjen gick i terapi.



Tetzlaff et al. (2005) kom fram till att varken terapeutiskt samarbete eller tillfredsställelse med behandling hade samband med longitudinellt förändringsmönster hos ungdomarna.

### **1.2.5 Samarbete mellan terapeut och föräldrar**

En kvalitativ studie av föräldrars upplevelse av PMTO genomfördes av två psykologistuderanter vid Universitetet i Oslo. Syftet med studien var att, genom intervjuer, undersöka föräldrars uppfattning om PMTO samt hur de upplevde terapeutiskt samarbete och deras tillfredsställelse med resultatet av behandlingen (Aartun & Tisløv, 2009).

Alla familjerna upplevde att PMTO ändrade familjesituationen till det bättre genom att föräldrarna hade fått ett bättre förhållande till sitt barn och att samspelet mellan föräldrarna fungerade bättre i de familjer där båda föräldrarna deltagit i PMTO (Aartun & Tisløv, 2009).

Resultaten visar att nästan alla familjer uttryckte att relationen till terapeuten hade betydelse för behandlingen. Det var viktigt att terapeuten framstod som trygg och gav tillit samt förmedlade förhoppningar om att situationen kommer att förbättras (Aartun & Tisløv, 2009).

### **1.3 Syfte och frågeställningar**

I olika studier har olika resultat med avseende på hur relationen mellan effekt av behandling och tillfredsställelse med behandling och terapeutiskt samarbete erhållits. Det är därför viktigt att undersöka om terapeutiskt samarbete har ett samband med effekten av behandling, och om det föreligger ett samband mellan behandlingseffekt och tillfredsställelse med behandling. Om sambanden är starka kan information om tillfredsställelse vara betydelsefullt, för då betyder hög tillfredsställelse stor behandlingseffekt.

Vid behandlingens början skapas en relation mellan föräldrar och terapeut, vilket kan ha betydelse för det fortsatta samarbetet. Hur bra föräldrar och terapeut samarbetar kan påverka föräldrarnas sätt att ta emot vägledning från terapeuten, vilket igen påverkar föräldrarnas förmåga att relatera sig till barnet, som i sin tur, bör ha betydelse för behandlingseffekten.

Syftet med detta arbete är att undersöka föräldrars tillfredsställelse med PMTO-behandling och sambandet mellan behandlingseffekt och tillfredsställelse. Vidare, om tillfredsställelse med det terapeutiska samarbetet påverkar behandlingseffekten. Följande frågeställningar avses besvaras:

- Är föräldrarna tillfredsställda med behandlingen och det terapeutiska samarbetet?
- Finns det ett samband mellan föräldrars tillfredsställelse med behandlingen och påvisat behandlingsresultat?
- Finns det ett samband mellan föräldrars tillfredsställelse med det terapeutiska samarbetet och påvisat behandlingsresultat?

## 2. Teoretiskt ramverk

### 2.1 Tvingande samspelsmekanismer

För att utveckla ett program som kan hjälpa familjer med barn som uppvisar problembeteende måste bakomliggande faktorer som får problembeteendet att uppstå klargöras. Patterson (1982) hävdar att interaktionen mellan familjemedlemmar påverkar barns utveckling av beteendeproblem. Kontextuella faktorer är orsaken till att vissa barn utvecklar problembeteende och andra inte. Föräldra-barn-interaktion har inflytande på barns utveckling av beteendeproblem (Forgatch & Martinez, 1999).

Gerald Patterson (1982) tar upp tvingande samspelsmekanismer, aversiva händelser och kognitiv bearbetning, vilket han kallar för coercive theory. Tvingande samspelsmekanismer anses spela en central roll för hur familjer påverkar barn i att utveckla beteendeproblem. I vissa familjer utvecklas det tvingande samspelet till att bli ömsesidigt negativt, vilket skapar tvång och press i familjlivet och hindrar normal utveckling hos barnet (Patterson, 1982).

Tvingande samspel, förklarar Patterson (1982), som användning av aversiva stimulus i en dyad som är villkorad utifrån den andra personens beteende. Öppet antisocialt beteenden som gnällande, mobbning och aggressivt beteende kan för den antisociala personen ge positiva resultat genom positiv förstärkning eller genom att den andra parten flyr situationen.

Att undvika aversiva händelser ser ut att vara mekanismen som driver antisocialt beteende i teorier om tvingande samspel. Positiv förstärkning är en stark faktor både för öppet och dolt antisocialt beteende (Patterson, 1982). Familjesamspelet domineras av fientlighet eller undvikande, vilket leder till att prosocialt beteende inte blir uppskattat och som över tid hindrar utveckling av positiva färdigheter hos barnet. Genom att inte få uppmärksamhet när positiva beteenden uppvisas, men respons ges vid negativa beteenden, lär sig inte barnet adekvata beteendefärdigheter. Forgatch & Martinez (1999) föreslår att föräldrars förmåga att fostra och föräldra-barn interaktionen har en kausal påverkan på barns beteende.

Det ser ut som att de flesta reaktioner som uppstår i socialt samspel är inlärd och automatiserade. Patterson (1982) menar att hur föräldrar praktiserar sin uppfostran bidrar till barns problembeteende, men genom PMTO-behandling kan föräldrar lära sig nya föräldraverktyg att använda i uppfostran som kan skapa ett bättre samspel i hemmet. Föräldraverktygen kan vara att ge goda och effektiva besked.

PMTO är ett sätt att försöka minska, och förhoppningsvis eliminera, problembeteenden genom att föräldrarna får hjälp och träning i hur tvingande samspel kan elimineras, eller ändras, och genom att skapa nya rutiner i hemmet.

## ***2.2 Parent Management Training - Oregon-modellen.***

Parent Management Training - Oregon-modellen (PMTO) är en behandlingsmetod för barn med beteendeproblem (Solholm et al., 2005). Föräldrarna är de som är huvudmottagare av interventionen då föräldrarna anses vara de som är bäst på att påverka sina barn, vara en förebild och som har ansvar för det mesta av sina barns sociala omgivning (Forgatch & Martinez, 1999).

PMTO är utvecklad av Gerald Patterson och hans kollegor vid Oregon Social Learning Center i Eugene, USA, och baseras på Pattersons Social Interaction Learningmodel (SIL) om hur människans beteende påverkas av omgivningen. SIL:s teoretiska perspektiv är en kombination av social inlärningsteori och social interaktionsteori. Modellen anger att barn och vuxna påverkar varandra när de utvecklar sina beteendemönster, men de påverkas också av sin omgivning. Barnens beteende påverkas direkt av uppfostran och indirekt av kontextuella faktorer (Forgatch & Martinez, 1999).

PMTO är en behandlingsmetod som utvecklades genom både forskning och klinisk erfarenhet (Solholm et al., 2005). PMTO är ett systematiskt föräldraträningsprogram som vänder sig till föräldrar med barn i åldern 4-12 år som har beteendeproblem. Fokus ligger på att bryta negativa beteendemönster genom att lära föräldrarna olika föräldraverktyg, som till exempel positiv förstärkning när barnet gör något bra (Atferdssenteret, 2009). I Norge administreras implementeringen av PMTO av Atferdssenteret i Oslo. Atferdssenteret har ansvar för att utbilda och handleda PMTO-terapeuter och för att undersöka hur metoden ska användas under norska förhållanden, då metoden ursprungligen är utvecklad för amerikanska förhållanden (Barne- og likestillingsdepartementet, 2001).

Föräldrarna lär sig hur positiv återkoppling till barns prosociala beteende kan ha positiv effekt på hur barnet kommer att bete sig i framtiden och hur föräldrarna kan försöka undvika att förstärka barnens negativa beteende (Pearl, 2009). Föräldrarna får lära sig olika åtgärder som ska hjälpa dem att ändra den negativa familjesituationen, som till exempel hur föräldrarna ska ge goda och effektiva besked och hur de ska uppmuntra barnen till prestationer som är anpassade till deras ålder (Aartun & Tisløv, 2009).

Målet med PMTO är att ändra barns beteende genom de ändringar i föräldrarnas beteende och familjerutiner som behandlingen skapar. För att kunna genomföra detta krävs att föräldrarna lär sig några enkla och tydliga föräldrafärdigheter som de kan använda i vardagen (Solholm et al., 2005).

En effektstudie genomförd av Terje Ogden & Kristine Amlund Hagen (2008) visade på positiva resultat av PMTO-behandling. Studien hade multiinformant- och multimetod-design med upprepad mätningar.

## ***2.3. Principer för behandling***

### ***2.3.1 Utsträckning och intensitet***

PMTO ses som ett kort och intensivt behandlingsprogram med möjlighet för terapeut

att göra individuella anpassningar till den specifika familjen. Längden på behandlingen varierar, men i Norge är genomsnittet på 20-30 timmar fördelade på sex till åtta månader, med ett möte per vecka (Askeland, Christiansen, & Solholm, 2005; Ogden & Hagen, 2008).

Behandlingen börjar med en strukturerad kartläggning där föräldrarna får information om PMTO och barnets samt familjens problem och resurser kartläggs (Solholm et al., 2005). Föräldrar och terapeut samarbetar med att komma fram till vilka mål de önskar uppnå genom behandlingen. Alla möten följer en fast struktur där föräldrarna får lära sig verktyg som de kan använda i samspel med sitt barn. Terapeuten lär ut dessa tekniker och verktyg genom interaktiv förmedling, frågeprocesser, rollspel och gemensam problemlösning. Föräldrarna får hemuppgifter, som följas upp av terapeuten genom telefonsamtal mellan mötena för att motivera till genomförandet av hemuppgiften (Aartun & Tisløv, 2009).

Vid varje möte görs en utvärdering av hemuppgiften där terapeuten framhäver det föräldrarna lyckats med, visar förståelse för det som har varit svårt och hjälper dem att öva sig i de färdigheter som de ännu inte lyckats med. Vidare presenteras ett nytt tema vid varje möte om föräldrarna är redo att gå vidare. Teman presenteras på ett sätt som skapar förståelse och motivation hos föräldrarna att använda de alternativa föräldraverktygen hemma i mötet med sitt barn (Solholm et al., 2005).

### **2.3.2 Mål med behandlingen**

Målet med behandlingen är att barnets problembeteende ska ändras i positiv riktning genom att föräldrarna ändrar sitt beteendemönster i umgänget med sitt barn (Askeland et al., 2005).

Föräldrarna lär sig att bli bättre på att samarbeta och att skapa en god relation mellan sig och barnet. Samtidigt lär föräldrarna sig att sätta gränser för sitt barn genom milda sanktioner när oönskat beteende uppkommer. I början av behandlingen är det fokus på positivt samspel mellan barn och föräldrar, vilket är viktigt att tydliggöra för föräldrarna så att det inte bara fokuseras på barnets negativa beteende (Aartun & Tisløv, 2009).

Genom behandlingen hjälps familjerna att komma ur ett tvingande beteendemönster, föräldrarna får lära sig strategier för gränssättande. Ofta har inte gränssättningarna tidigare varit konsekventa, vilket är viktigt för att skapa förutsägbarhet. Genom att vara konsekvent och förutsägbar blir det enklare för barnet att uppfatta vilket beteende som är acceptabelt (Aartun & Tisløv, 2009).

Det är viktigt att lära föräldrarna att deras sätt att kommunicera med barnet har inflytande på barnets beteende. Genom att lära sig ett nytt sätt att hantera problembeteende, och kommunicera med sitt barn, kan barnet förändras. Detta kan skapa en känsla av kontroll hos föräldrar genom att de ser hur deras beteende påverkar deras barn i positiv riktning (Aartun & Tisløv, 2009).

För de flesta föräldrar som får erbjudande om PMTO innebär detta att sluta med inlärd

och automatiserade reaktionsmönster och ersätta dem med nya, strategiska responser, vilket ibland kan uppfattas som onaturligt och konstgjort. För vissa kan det strida mot personliga värden och attityder (Solholm et al., 2005).

Det är viktigt att skapa förståelse för betydelsen av samarbete och att motivera föräldrarna att lära sitt barn att samarbeta (Solholm et al., 2005). Fokus ligger i att öka det positiva samspelet mellan föräldrar och barn genom att föräldrarna lär sig positiv involvering, ge uppmuntran, belöning, effektiva besked och förutsägbara gränser till sina barn (Aartun et al., 2009).

### **2.3.3 Terapeutens roll**

Mycket av terapeutens arbete handlar om att förändra sättet som föräldrarna uttrycker och hanterar sina reaktioner och känslor på. Terapeuter som använder PMTO ska inte bara lära ut nya färdigheter till föräldrarna, utan också ge dem stöd under denna förändringsprocess (Solholm et al., 2005, Forgatch & Martinez, 1999).

Behandlingen är principstyrd, och terapeuten ska följa ett bestämt mönster för genomförandet av behandlingen. Behandlingen består av flera element som terapeuten ska använda på ett flexibelt sätt, samtidigt som det ska hållas innanför ramen för PMTO:s struktur (Solholm et al., 2005).

Terapeutrollen i PMTO skiljer sig från många andra terapeutroller genom sina förmedlingstekniker, rollspel, användning av tavla och blädderblock, vilket skapar rörelse och aktivitet i rummet och ställer krav på föräldrarna att vara aktiva i sin egen förändringsprocess (Solholm et al., 2005).

Terapeuten måste kunna hålla strukturen i behandlingen och förmedla PMTO-principerna korrekt och systematiskt, men ändå vara flexibel och kunna anpassa behandlingen till varje enskild familj. Det är avgörande att terapeuten klarar av att skapa aktivt deltagande från föräldrarnas sida för att behandlingen ska ha möjlighet att fungera och skapa förändring i samspelet med barnet (Solholm et al., 2005).

## **2.4 Effekten av *Parent management training***

Syftet med behandlingseffektstudien av PMTO var att värdera om barn med beteendeproblem och deras familjer hade något utbyte av PMTO-behandlingen. Studien var en randomiserad experimentell effektstudie med kontrollgrupp (Ogden & Hagen, 2008).

PMTO visade sig vara effektiv när det gällde att reducera barnets externaliserande beteende rapporterad från föräldrarna. Lärarna uttryckte ökad social kompetens hos barnen och föräldrarnas disciplin förbättrades (Ogden & Hagen, 2008). Andra forskare har också kommit fram till att PMTO har en positiv effekt på olydighet (Martinez & Forgatch, 2001) och Forgatch & DeGarmo (2002) kom fram till att PMTO hade effekt på skolprestation.

Resultaten visade på en positiv förändring i barns beteende. De föräldrar som mottog

PMTO utvecklade bättre förmågor när det gällde att sätta gränser för sina barn och därigenom förbättrades behandlingsgruppens sociala förmåga mer än kontrollgruppens (Ogden & Hagen, 2008).

PMTO som behandlingsmetod har visat sig ha effekt. Att undersöka om föräldrarna också är nöjda med behandlingen kan visa om det finns ett samband mellan resultat av behandling och föräldrars upplevelse av vad som skett.

### ***2.5 Uppmärksamhet och förändring av beteende***

En studie som tar upp teorin om hur uppmärksamhet kan påverka resultat genomfördes vid Western Electric Company's Hawthorne Works i Chicago på 1920-talet. Hawthorne-studien bestod av en rad experiment genomförda på fabriksarbetare vid Western Electric under en femårsperiod och resulterade i begreppet Hawthorne-effekten. Oberoende av vilken typ av förändring som introducerades för arbetarna resulterade det i ökad produktivitet. Att förbättra eller försämrade belysningen i fabrikslokalen gav liknande effekter (Leonard, 2007). När föräldrar mottar behandling introduceras en förändring, vilket kan resultera i förbättrat beteende i likhet med Hawthorne-effekten.

Hawthorne-effekten kan definieras som en ökning i arbetarens produktivitet som beror på att arbetaren känner sig utvald. Definitionen har vidgats till att gälla för respons på behandling och inte bara när det gäller produktivitet. Leonard (2007) använder begreppet för att mäta förändring i läkares behandling av patienter när läkarna vet att behandlingen observeras. Resultaten visar att läkarna förbättrade sin behandling under observation, men förbättringen försvann kort tid efter att studien hade avslutats (Leonard, 2007). Att bli uppmärksam av någon gör att man gör bättre ifrån sig, vilket kan användas i behandlingssyfte genom att ge klienter uppmärksamhet. Föräldrarnas beteende förändras genom att de upplever sig som speciella, att omgivningen bryr sig om dem. Ett problem kan vara att föräldrarna inte längre försöker göra bra ifrån sig efter avslutad behandling när de inte längre får uppmärksamhet och känner sig speciella. Vid utvärderingar efter avslutad behandling ges fortfarande uppmärksamhet till föräldrarna, vilket kan bidra till fortsatt motivation att göra bra ifrån sig.

## 3. Metod

### 3.1 Deltagare

Deltagarna var 355 familjer i Norge som behandlades enligt PMTO och som hade blivit remitterade från kommunala hjälptjänster för barn och unga, polikliniker för psykiskt hälsovård för barn och unga eller från barn-, ungdom- och familjestaten för behandling. Familjerna hade minst ett barn i åldern 3-12 år och medelåldern för barnet var 8,3 år ( $SD = 2,1$  år). Av barnen var 73,7% pojkar och 26,3% var flickor.

Urvalet representerade alla fem hälsoregionerna i Norge och baserades på klinisk bedömning. Fördelningen av familjerna mellan de olika hälsoregionerna var 31,4% från öst, 25,7% från väst, 21,3% från syd, 12,4% från mitt och 9,2% från nord.

### 3.2 Material

Alla mätinstrument i denna studie hade använts i tidigare norska studier utförda vid Atferdssenteret i Oslo (Ogden & Hagen, 2008; Kjøbli, 2009). Alla analyser i denna uppsats är utförda av författaren, men datamaterialet har tidigare samlats in i norska studier utförda vid Atferdssenteret i Oslo (Ogden & Hagen, 2008; Kjøbli, 2009).

#### 3.2.1 Child Behavior Check List (CBCL)

CBCL mäter externaliserande och internaliserande problembeteenden. Föräldern anger sin grad av instämmande i påståenden om barnets beteende på en 3-gradig Likert-skala där svarsalternativen är ”stämmer inte/sällan”, ”stämmer i viss mån” och ”stämmer ofta/alltid”. En hög poängsumma indikerar problembeteende. Instrumentet har validerats och standardiserats i norska studier (Nøvik, 1999). CBCL administrerades vid behandlingens början (pre) och vid behandlingens slut (post).

#### 3.2.2 Social Skills Rating System (SSRS)

SSRS är en multiinformant-instrument som ifylls av föräldrar, lärare och barn och som mäter barnens sociala färdigheter. I denna studie har föräldrarnas svar använts och analyserats. Mätinstrumentet har visat sig ha hög reliabilitet och god validitet i de tidigare norska studierna och har standardiserats till norska förhållanden. Likert-skalan har ändrats från en 3-gradig skala till en 4-gradig skala (Kjøbli, 2009; Ogden & Hagen, 2008).

Hög poängsumma indikerar hög social kompetens. Den SSRS-enkät som föräldrarna fyllde i bestod av 38 olika påståenden (exempel: ”kan ta kritik på ett bra sätt”) och mäter samarbete, självhävdande, ansvarsfullhet och självkontroll.

#### 3.2.3 Family Satisfaction Survey (FSS)

FSS (Lubrect, 1992 refererad av Ogden & Hagen, 2008) är ett mätinstrument som ifylls av föräldrar efter behandlingens slut och har använts vid norska studier (Ogden & Hagen, 2008; Ogden & Halliday-Boykin, 2004). Enkäten har utvecklats för att undersöka om föräldrarna är nöjda med erbjuden behandling, i detta fall PMTO. Instrumentet består

av tolv olika påståenden som besvaras på 4-gradiga skalor, en hög poängsumma indikerar tillfredsställelse (Bilaga 1).

### **3.3 Procedur**

Data för studien har samlats in vid två samordnade studier vid Atferdssenteret i Oslo. De deltagande familjerna fick fylla i enkäterna CBCL och SSRS innan behandlingen började och efter behandlingen var avslutad. Förmätningarna gjordes för att få ett mått på allvarlighetsgraden av barnets problembeteende och för att senare ha möjlighet att mäta eventuell förändring i problembeteendet.

Föräldrarna informerades om studien, tillfrågades om de önskade delta och signerade informerat samtycke där de tillät att uppgifterna användes för forskning. Familjerna randomiserades antingen till PMTO eller en kontrollgrupp som fick konventionell behandling. Endast resultaten från de som genomgick PMTO behandlas i detta arbete. Detta för att syftet var att undersöka sambandet mellan behandlingseffekt av PMTO och föräldrars tillfredsställelse med behandlingen och samarbete med terapeuten oberoende av PMTO:s effektivitet i förhållande till andra behandlingsmetoder.

Efter behandlingen fyllde föräldrarna i FSS varvid de olika måtten på tillfredsställelse erhöles.

### **3.4 Avgränsningar**

De mätinstrument som har använts i detta arbete täcker fler områden, som depression och ekonomi, men avgränsningar gjordes för att få fram föräldraperspektivet. Det är bara föräldrarnas svar som har analyserats.

Ingen kontrollgrupp presenteras då fokus var på hur föräldrarna upplevde PMTO behandlingen och inte om den var bättre än någon annan behandling. För en närmare redovisning av effektskillnader mellan PMTO och annan behandling hänvisas till artikeln av Terje Ogden och Kristine Amlund Hagen (2008).

### **3.5 Databehandling**

Analyserna baserades på svar från tre olika enkäter. Statistiska analyser utfördes med hjälp av PASW. Då både CBCL och SSRS är standardiserade mätinstrument genomfördes ingen faktoranalys på dessa enkäter. Faktoranalys genomfördes på FSS i syfte att särskilja frågor om tillfredsställelse med behandlingsresultatet och frågor om tillfredsställelse med samarbetet med terapeuten och har redogjorts för under presentation av mätinstrument. Två frågor uteslöts därvid från den ursprungliga enkäten.

Databehandling av materialet från CBCL genomfördes för att fastställa enkätens reliabilitet mätt med intern konsisten ( $\alpha$ ). Reliabiliteten för externaliserande beteende var hög,  $\alpha = .877$  (pre) och  $\alpha = .909$  (post). Även reliabiliteten för internaliserande beteende var hög,  $\alpha = .856$  (pre) och  $\alpha = .886$  (post). Mellan för- och eftermätningarna (pre respektive post) föll 27% av klienterna bort ur materialet.

Reliabiliteten hos SSRS beräknades och Cronbach's Alpha för social förmåga var  $\alpha =$



.868 (pre) och  $\alpha = .894$  (post), vilket tyder på hög reliabilitet. Arton procent av föräldrarna som deltog vid förmätningen (pre) med SSRS deltog inte i eftermätningen (post).

En principal komponentanalys med Varimax-rotering genomfördes på de 12 påståendena i FSS. Tre faktorer bildades, som tillsammans förklarade 61,1% av variansen. En av dessa faktorer bestod av en fråga som inte ansågs relevant varför den uteslöts. Enkäten delades därmed in i två faktorer. Två frågor uteslöts då de hade låga faktorladdningar. Resultatet blev att frågorna kunde kopplas till två faktorer där sju frågor hörde samman med en faktor som avspeglade föräldrars tillfredsställelse med behandlingsresultatet och tre frågor som hörde samman med faktorn föräldrars tillfredsställelse med samarbetet med terapeuten (Bilaga 1).

Cronbach's Alpha för faktorn tillfredsställelse med behandlingsresultatet var  $\alpha = .883$ , vilket tyder på hög reliabilitet. Cronbach's Alpha för tillfredsställelse med samarbete var  $\alpha = .591$ , vilket är acceptabelt. Enkäten fylldes i av 94,7% av deltagarna.

## 4. Resultat

Av de 355 familjer som deltog vid förmätningen av CBCL-externaliserande beteende (pre) deltog 156 familjer även vid eftermätningen (post). En analys av bortfallet visade att de som bara deltog i förmätningen hade signifikant lägre grad av externaliserande beteende jämfört med de som deltog i både för- och eftermätning,  $t_{(255)} = 2,252, p = .025$ . Motsvarande analyser med måtten på internaliserande beteende och social kompetens gav inga signifikanta skillnader mellan de som föll bort och de som deltog i både för- och eftermätningarna.

### 4.1 Ändring från före till efter behandling

Tabell 1 visar barnens beteende före och efter behandling och antal deltagare vid för- och eftermätningarna. Externaliserande beteende minskade till följd av behandlingen,  $t_{(155)} = 10,97, p < .001$ ., vilket betyder att barnen i genomsnitt hade förbättrat sitt beteende. Även graden av internaliserande beteende minskade, vilket innebär en förbättring,  $t_{(148)} = 5,96, p < .001$ , medan den sociala förmågan ökade till följd av behandlingen,  $t_{(138)} = -6,01, p < .001$ . Det urval som har använts i denna studie uppvisar således samma behandlingseffekter som tidigare redovisats av Ogden & Hagen (2008).

**Tabell 1. Antal observationer (n), medelvärden (M) och standardavvikelser (SD) vid förmätning (Pre) och eftermätning (Post) för de tre måtten på beteendeproblem**

Mått	n Pre (Post)	M Pre (SD)	M Post (SD)
Achenbach CBCL externaliserande	257 (188)	23,77 (9,40)	17,19 (9,74)
Achenbach CBCL internaliserande	248 (181)	12,63 (8,05)	9,85 (8,08)
Gresham & Elliot SSRS sociala förmåga	224 (183)	89,36 (11,93)	93,66 (13,04)

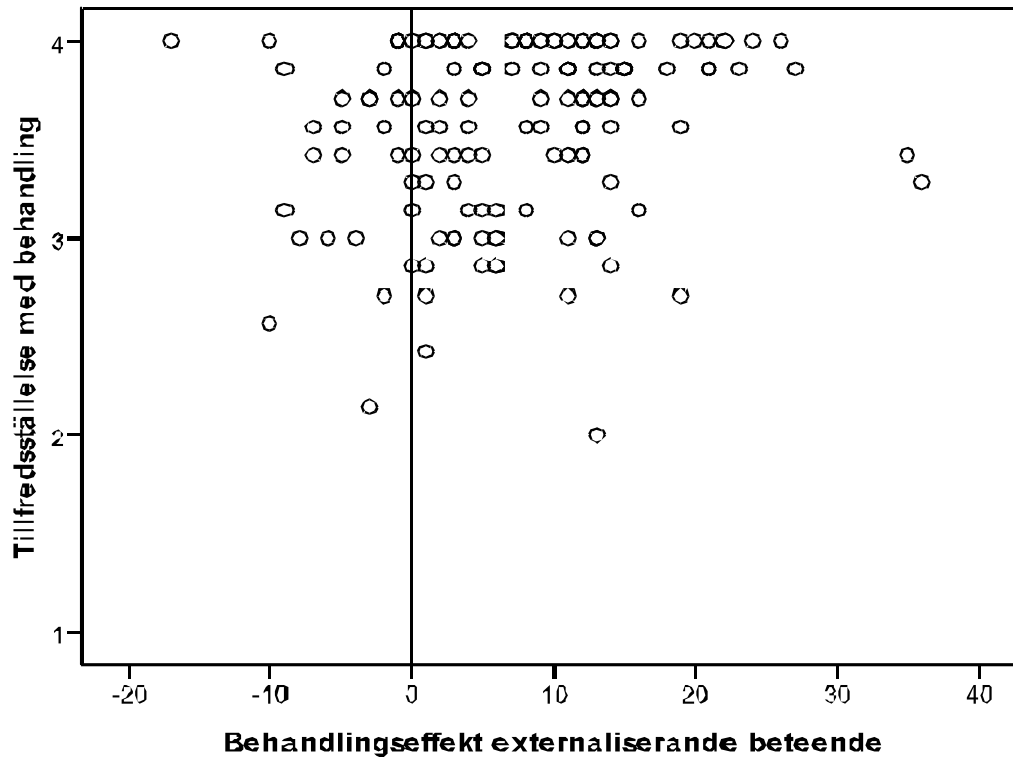
Notering: CBCL = Child Behavior Checklist, SSRS = Social Skills Rating System

### 4.2 Föräldrars tillfredsställelse med behandling och samarbete

Frågorna om föräldrarna var tillfredsställda med behandlingen visade att de flesta var nöjda. Den maximala poängsumman för föräldrars tillfredsställelse med behandlingen var 28 och den lägsta möjliga summan var 7, medelvärdet var 24,5 ( $SD = 3,4$ ). Den genomsnittliga skattningen på de 4-gradiga skalorna var 3,5 ( $SD = 0,5$ ).

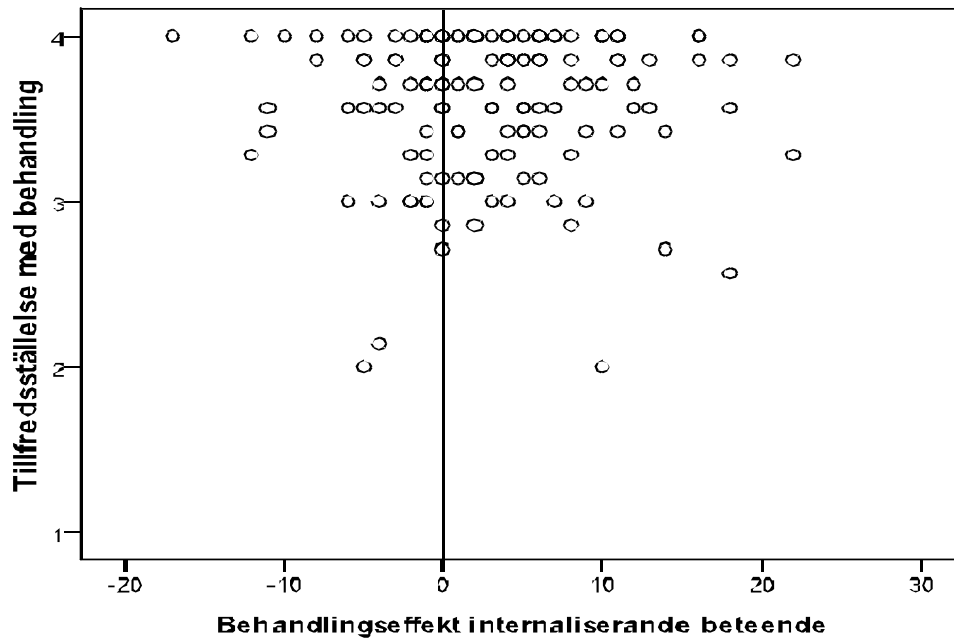
När det gällde frågor om tillfredsställelse med samarbetet med terapeuten var högsta sammanlagda poängsumma 12 och lägsta 3 ( $M = 11,3$  och  $SD = 1,0$ ). Genomsnittlig poäng på frågorna var 3,7 ( $SD = 0,3$ ) på de 4-gradiga skalorna.

### 4.3 Tillfredsställelse hos föräldrar



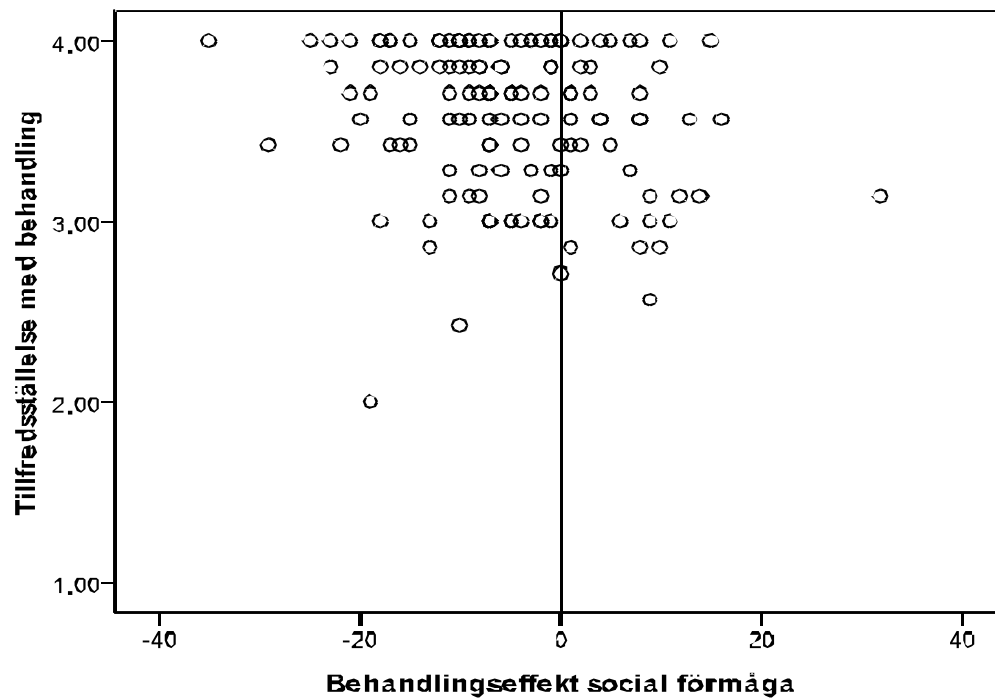
**Figur 1.** Föräldrars tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt på externaliserande beteende (Förmätning (pre) minus eftermätning (post)). Behandlingseffekt under 0 indikerar försämrat beteende.

Figur 1 visar att föräldrar överlag var tillfredsställda med behandlingen. Det var en skillnad mellan de föräldrar som har barn med försämrat externaliserande beteende och föräldrar som har barn med förbättrat externaliserande beteende, men alla föräldrar var tillfredsställda med behandlingen. De föräldrar som hade barn med förbättrat externaliserande beteende var dock lite mer tillfredsställda än de föräldrar som hade barn med försämrat externaliserande beteende.



**Figur 2.** Föräldrars tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt på internaliserande beteende. Behandlingseffekt under 0 indikerar försämrat beteende.

Figur 2 visar att oberoende av behandlingseffekt när det gällde internaliserande beteende var föräldrarna tillfredsställda med behandlingen. Barnen behövde inte bli bättre för att föräldrarna skulle vara nöjda med behandlingen.



**Figur 3.** Föräldrars tillfredsställelse med behandling och behandlingseffekt på social förmåga. Behandlingseffekt med ett värde under 0 tyder på förbättrad social förmåga.

Figur 3 visar resultaten av föräldrarnas tillfredsställelse med behandlingen och barnens förändrade sociala förmåga. Resultaten visar att föräldrarna var tillfredsställda med behandlingen oberoende av om barnet uppvisade en förbättrad eller försämrad social förmåga, men dock var föräldrarna till barn med ökad social förmåga lite mer tillfredsställda än de med minskad social förmåga.

#### ***4.4 Samband behandlingsresultat och tillfredsställelse med behandling***

En enkel korrelation indikerade en signifikant negativ korrelation mellan barns externaliserande beteende efter behandlingen och föräldrars tillfredsställelse med behandlingen  $r(144) = -.180, p < .05$ . Den partiella korrelationen mellan externaliserande beteende efter behandlingen och föräldrars tillfredsställelse med behandlingen, med kontroll för externaliserande beteende före behandlingen, var  $r_{xy.z}(144) = -.221, p < .01$  ( $x$  = externaliserande beteende, post;  $y$  = tillfredsställelse med behandlingen;  $z$  = externaliserande beteende, pre).

Korrelationsanalysen visade inga signifikanta resultat när det gällde barns internaliserande beteende efter behandlingen och föräldrars tillfredsställelse med behandling.

Den enkla korrelationen mellan social förmåga efter behandlingen och föräldrars tillfredsställelse var signifikant,  $r(132) = .185, p < .05$ . Den partiella korrelationen mellan social förmåga efter behandlingen och föräldrars tillfredsställelse med behandlingen, med kontroll för social förmåga före behandlingen, var signifikant,  $r_{xy.z}(131) = .209, p < .01$  ( $x$  = social förmåga, post;  $y$  = tillfredsställelse med behandlingen;  $z$  = social förmåga, pre).

Korrelationsanalyserna visar att ju mindre barnet uppvisade externaliserande beteende efter behandlingen och ju bättre barnets sociala förmåga var, desto mer tillfredsställda var föräldrarna med behandlingen.

#### ***4.5 Samband mellan behandlingsresultat och tillfredsställelse med terapeutisk samarbete***

Korrelationsanalysen visade inga signifikanta samband mellan barns externaliserande beteende efter behandling och föräldrars tillfredsställelse med terapeuten vid enkel eller partiell korrelation.

Den enkla korrelationen mellan barns internaliserande beteende efter behandlingen och föräldrars tillfredsställelse med terapeuten var signifikant,  $r(138) = -.200, p < .05$ . När variabeln internaliserande beteende med kontroll för internaliserande beteende före behandlingen partialiserades ut erhöles ingen signifikant korrelation.

Korrelationsanalysen visade inga signifikanta samband mellan barns sociala förmåga och föräldrars tillfredsställelse med terapeuten, varken vid enkel eller vid partiell korrelation.

## 5 Diskussion

### *5.1 Samband behandlingsresultat och tillfredsställelse med behandling*

Resultaten visade på en negativ korrelation mellan barns ändring i externaliserande beteende och föräldrars tillfredsställelse med behandling. Detta betyder att en förbättring av barnens externaliserande beteende har ett samband med grad av tillfredsställelse hos föräldrarna. I och med att tillfredsställelse med behandling har mätts efter att behandlingen avslutats är det svårt att säga om föräldrarna är tillfredsställda för att de upplever att behandlingen var bra eller om det är för att barnet har ändrat sig i positiv riktning.

Det kan vara så att barnen upplever föräldrarna som mer positiva och att detta påverkar barnens vilja att samarbeta. Med tanke på Pattersons (1982) teori om coercive processing där ömsesidig påverkan mellan föräldrar och barn är fundamentalt för hur samspelet kan ändras från något negativt till att bli positivt allteftersom föräldrarna beter sig mer positivt i interaktionen med sina barn. Föräldrarna har möjlighet att påverka sina barns vilja att samarbeta.

Ogden & Hagen (2008) tar upp hur det negativa samspelet i familjen kan komma in i en negativ cirkel. Föräldrar som förväntar att barnet ska bete sig på ett negativt sätt kan påverka barnet att bete sig negativt genom att exempelvis prata i ett argt tonläge. Om föräldrarna däremot känner att PMTO behandlingen hjälper kan detta påverka deras motivation i positiv riktning, vilket påverkar deras sätt att bete sig i positiv riktning. Genom att vara tillfredsställd med behandlingen kan föräldrarna bli optimistiska i tron på att barnet kan ändra sig och ha lättare för att jobba för att skapa en positiv atmosfär i hemmet, vilket kan ha effekt på barnet och även på behandlingseffekten. Tron på att jag själv kan vara den som skapar förändring i hemmet kan skapa en positiv cirkel. Att tro att situationen kommer att förbättras kan göra att föräldrarna har en mer positiv attityd gentemot sina barn, vilket barnen känner av och detta kanske gör att barnet inte känner behov av att bete sig negativt för att bli hörd.

Inga signifikanta resultat erhöles när det gällde korrelationen mellan föräldrars tillfredsställelse med behandlingen och barns internaliserande beteende. Detta kan bero på att internaliserande beteenden är svårare att upptäcka än externaliserande beteenden, vilket gör att föräldrarna inte fokuserar lika mycket på det internaliserande beteendet.

Däremot visade resultaten på en positiv korrelation mellan föräldrars tillfredsställelse med behandlingen och barnens ökade sociala förmåga. Social förmåga har mycket med barns utåtriktade beteende att göra som kan vara enklare för omgivningen att upptäcka. Dessutom kan barnet påverkas av att föräldrarna använder nya föräldratekniker som att ge goda och effektiva besked. Om barnet vet vad som förväntas, genom att föräldrarna ger tydliga besked, blir det enklare för barnet att göra det som förväntas och bete sig som föräldrarna önskar. Detta förstärks när föräldrarna uppmuntrar barnet när barnet följer föräldrarnas besked, en positiv cirkel är under utveckling.

Som tidigare nämnts så har PMTO visat sig ha effekt som behandlingsprogram i Norge (Ogden & Hagen, 2008). Orsaker till varför den har effekt kan vara att föräldrarna känner att de får det stöd de behöver. Föräldrarna upptäcker att barnet ändrar sig allt eftersom de själva har blivit mer positiva i samvaron med barnet. Genom att få stöd från terapeuten för sitt nya beteende i samvaro med barnet kan föräldrarna bygga upp tron på att egen investering ger vinst när det gäller att vända på barnets negativa utveckling. På detta sätt ökas motivationen hos föräldrarna att fortsätta att använda de nya alternativa föräldrarverktygen.

Att vara tillfredsställd med behandlingen och ange en förbättring hos barnet kan bero på att föräldrarna är nöjda med PMTO som behandlingsprogram och vill visa detta genom att ta i lite extra för att uppnå resultat, vilket då gör att en positiv effekt uppnås och det tvingande samspelet minskas. Korrelationen mellan tillfredsställelse med behandlingen och behandlingseffekt var inte så hög, så kanske är det andra komponenter som spelar in? Kanske är det föräldrarverktygen, i sig, som spelar roll som leder till förändring hos barn även om samarbetet inte är så bra som föräldrarna önskat.

Korrelationsstudier utesluter inte att det kan vara en tredje faktor som påverkar resultaten och denna kan utgöras av en önskan om att visa tacksamhet för hjälp till behandling, eller något annat. Kanske är det barnet som känner av att han/hon får mer positiv uppmärksamhet när han/hon gör något positivt och att detta uppskattas av barnet. Underliggande variabler kan göra att ett tvingande samspel fortsätter, att föräldrarna redan har bestämt sig för hur barnet är och relaterar det till andra familjemedlemmar eller annat som ger föräldrar en förklaring på varför barnet beter sig som det gör.

Det behövs mer forskning för att undersöka vilka faktorer som ligger bakom det tvingande samspelet. Om man vet hur och varför tvingande samspel uppstår kommer det att finnas möjlighet att hitta bästa möjliga metod för att undvika att tvingande samspel uppstår.

Eftersom de enkla korrelationerna tenderade att vara lägre än de partiella indikerar detta att förmätningarna agerar som suppressor-variabler. En tolkning är att tillfredsställelse beror mer av hur stor behandlingseffekten har varit än av nivån hos barnens beteendeproblem efter behandlingen

## ***5.2 Samband behandlingsresultat och tillfredsställelse med terapeutiskt samarbete***

Att resultaten inte visade några signifikanta samband mellan behandlingseffekt och tillfredsställelse med samarbetet kan bero på att undersökningen gjordes efter avslutad behandling. Det kan vara så att föräldrar inte längre kommer ihåg hur samarbetet med terapeuten var under behandlingen. En annan möjlighet är att terapeuten och föräldrarna får en god relation, och att detta är vad som speglas i föräldrarnas svar på tillfredsställelse med terapeutisk samarbete.

Mätning av tillfredsställelse medan behandlingen fortfarande pågår skulle kunna ge ett annat resultat. Samarbete mellan terapeut och föräldrar är ett viktigt element i PMTO och

det är därför viktigt att undersöka hur föräldrar upplever samarbetet. Resultaten från FSS visade att föräldrarna var mycket tillfredsställda med samarbetet, men då detta inte visade sig vara signifikant korrelerat med behandlingseffekt är det svårt att förklara vad som gjorde föräldrarna så tillfredsställda. Kanske är det så att det är viktigt för föräldrar i kris att ha någon som lyssnar på deras problem och att terapeuten tar hand om sina klienter oberoende av vad slutresultatet visar.

Hawthorne-effekten (Leonard, 2007) kan spela roll, vilket betyder att föräldrarna tycker samarbetet har varit bra för att de har fått uppmärksamhet. Terapeuten har lyssnat på deras problem och satt sig in i deras situation. Känslan av att vara betydelsefull kan göra att föräldrarna svarar positivt på frågor om samarbete med terapeuten, utan att samarbetet egentligen har gett den önskade effekten att förbättra barnens beteende och sociala förmåga.

Eftersom föräldrarna fyllde i enkäten om tillfredsställelse efter avslutat behandling kan Hawthorne-effekten ha hunnit gå över. De får inte längre uppmärksamhet från terapeuten och detta kan betyda att de faktiskt är nöjda med samarbetet i sig och inte påverkas av Hawthorne-effekten. Genom att mäta föräldrarnas tillfredsställelse med samarbetet med terapeut under och efter behandling hade det funnits en möjlighet att se om uppmärksamhet från terapeut påverkar deras tillfredsställelse.

Aartun et al. (2009) visade i sin studie att föräldrar tyckte terapeuten hade betydelse för behandlingen på grund av att terapeuten förmedlade förhoppningar om att familjesituationen kommer att ändra sig. Att skapa ett hopp om förbättring kanske är av stor betydelse oberoende av faktisk förbättring och detta kan vara en orsak till varför korrelationen mellan behandlingseffekt och tillfredsställelse med samarbetet mellan terapeut och föräldrar inte var så starkt.

Om föräldrarna inte var nöjda, ville de då fullfölja behandlingen? Behandlingseffekt kan komma vid en senare tidpunkt eftersom ändringar i personliga relationer tar lång tid. Vilken betydelse kan tillfredsställelse med behandling och terapeutisk samarbete ha för att föräldrar ska söka hjälp vid en senare tidpunkt om de skulle behöva det? Det är betydelsefullt att föräldrar är nöjda, då detta kan ge dem tilltro på att behandlingen har effekt och att de vid behov kan söka hjälp igen. Inte alla problem kan lösas på en gång och vissa familjer kan ha behov av flera behandlingsomgångar. Då är det viktigt att familjen tror på att behandlingen hjälper och känner sig bekväm med terapeuten för att våga ta kontakt igen.

Att gå i PMTO-terapi ger träning och hjälp till något som är praktiskt och inte bara prat utan en struktur. Att ha en struktur på behandlingen gör att föräldrarna känner att varje möte ger mening. De som är missnöjda med ett bra behandlingsresultat kan ha haft andra förväntningar på terapin, vilket hade kunnat fastställas om ett frågeformulär om förväntningar innan behandlingen börjar hade distribuerats.

### ***5.3 Styrkor och svagheter i undersökningen***

FSS är ett mått på hur nöjda föräldrarna är med behandlingen i form av frågor som ”har



tilbudet vært til hjelp for barnet ditt?” eller ”har tilbudet ført til forandringer i familiens måte å være på?”. Denna typ av frågor ger svar på vad föräldrarna var nöjda med. Kanske hade det även varit bra med ett frågeformulär som föräldrarna fyller i innan behandlingen startar som mäter deras förväntningar på behandlingen.

Det är inte svårt att tänka sig att olika familjer har olika förväntningar på behandlingen, så att först undersöka vad de förväntar sig och senare om behandlingen har levt upp till dessa förväntningar skulle kanske ge ett bättre mått på tillfredsställelse. Med en multiinformant-metod hade det varit möjligt att undersöka till exempel vad barnet tycker eller vad andra i barnets omgivning som lärare eller andra tycker.

#### ***5.4 Reliabilitet och validitet***

När sociala fenomen eller människors beteende undersöks är det svårt att undvika mätfel. Dessa kan utgöras av att de personer som ska svara på en enkät inte alla uppfattar frågan på samma sätt. För att undvika mätfel är det viktigt att göra testen reliabla. Mätinstrument som CBCL och SSRS fylls i av föräldrar innan och efter behandlingens slut och det är då viktigt att när dessa test indikerar att en förändring har skett att detta verkligen betyder att barnet har ändrat sig och att det inte är ett mätfel. Beräkning av intern konsistens med Cronbach's Alpha är ett sätt att testa mätinstrumentens reliabilitet. CBCL och SSRS är standardiserade test, vilket betyder att de har visat på acceptabla resultat vid flera reliabilitetstest och detta stämmer också med de resultat som kommit fram i detta arbete. Detta innebär att CBCL och SSRS indikerar förändring hos barnet när förändring faktiskt har skett.

Något som kan påverka validiteten ligger i att FSS har uppdelats genom en faktoranalys för att få ett separat mått på tillfredsställelse med behandling och samarbete med terapeut. Svaren som handlar om samarbete kan vara påverkade av svaren på andra frågor i FSS som handlar om effekten på familjen.

Skattningar som görs efter avslutad behandling kan visa på svag validitet, då det kan ha gått för lång tid mellan avslutad behandling och besvarande av enkäten. Genom att göra flera mätningar av tillfredsställelse, både under och efter behandling, hade det varit möjligt att öka validiteten.

#### ***5.5 Framtida forskning***

Genomförandet av FSS gjordes efter avslutad behandling, vilket betyder att föräldrarna svarade på hur tillfredsställda de var med både samarbetet med terapeut och behandling efter att de hade uppnått någon form av resultat. Detta kan ha påverkat hur de svarade. Genom att undersöka samarbetet under tiden familjen behandlas kan andra resultat uppnås som, eventuellt, visar på ett större samband mellan samarbete och effekt av behandling.

Det skulle vara intressant att dela upp FSS i två undersökningar, en för föräldrars tillfredsställelse med samarbetet med terapeuten under behandlingens gång och en för föräldrars tillfredsställelse med behandlingen när den avslutats. Detta för att se om sambandet mellan att vara tillfredsställd med samarbete och behandlingsresultat stärks

över tid. Genom att föräldrarna får svara på hur nöjda de är med samarbetet under tiden de går i terapi har också terapeuten möjlighet att försöka förbättra samarbetet, vilket i sig kanske kan leda till bättre behandlingsresultat.

Att mäta föräldrars förväntningar på att gå i behandling kan också säga något om inställningen till, och förväntningar på, effekten av behandlingen. Med ett sådant test hade sambandet mellan förväntning, samarbete och behandlingseffekt kunnat studeras. Kanske är det så att föräldrarnas inställning till behandling förändras över behandlingstiden och attitydförändring kan ha betydelse för förväntad effekt, vilket igen kan påverka slutgiltigt resultat. Det skulle vara intressant att undersöka detta vidare.

I och med att det är barnens beteendeproblem som terapeut och föräldrar har försökt förändra kan det antas att barnen påverkades av att föräldrarna gick i behandling. Barnens egen upplevelse av behandlingseffekt har inte undersökts. Det skulle vara intressant att höra barnens åsikter om PMTO som behandlingsprogram och om de tycker att det har skapat förändringar i hemmet. Barnens upplevda effekt hade varit betydelsefullt att undersöka, då det är dessa man försöker hjälpa.

Är tillfredsställelse med behandling och terapeut något som borde mätas i fortsättningen? Det kan diskuteras om det är kliniskt betydelsefullt då svaga korrelationer inte ger ett tydligt argument för detta. Nästan alla föräldrar var nöjda med både behandling och samarbete med terapeut, kanske borde själva frågorna som nu använts istället diskuteras. Kanske tillfredsställelse är viktigt för att föräldrarna ska kunna tro på att de själva kan hjälpa sina barn i positiv riktning.

Positiva behandlingsresultat kan tänkas påverkas av föräldrarnas upplevelse av terapeuten och inte bara av behandlingen i sig. Även om studier visar på positiva resultat när det gäller förändring av barns problembeteende är det troligen viktigt att föräldrarna också är nöjda med samarbetet då detta kan visa sig vara av betydelse för behandlingseffekten.

## 6. Referenser

- Aartun, K. R., & Tisløv, I. S. (2009). *Fra kaos til samarbeid. En kvalitativ studie av foreldres opplevelse av Parent Management Training – Oregonmodellen.* (Hovedoppgave). Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Andershed, H., & Andershed, A-K. (2005). *Normbrytande beteende i barndomen. Vad säger forskningen?* Stockholm: Gothia AB.
- Askeland, E., Christiansen, T., & Solholm, R. (2005). *Norwegian handbook of Parent Management Training.* Oslo: The Norwegian Center for Child Behavior Development.
- Atferdssenteret (2009). Homepage. Hämtad från:  
<http://www.atferdssenteret.no/historie/category137.html>
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5, 233-237.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2001). *Om implementering av metoden Parent Management Training (PMT) i Norge.* (Rundskriv Q-16/01.) Hämtad från:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/rundskriv/2001/rundskriv-om-implementering-av-metoden-p.html?id=108821>
- Brestan, E., Jacobs, J., Rayfield, A., & Eyberg, S. (1999). A Consumer Satisfaction Measure for Parent-Child Treatments and Its Relation to Measures of Child Behavior Change. *Behavior therapy*, 03, 17-30.
- Forgatch, M., & Martinez, C. R. (1999). Parent management training. A program linking basic research and practical application. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 36, 923-937.
- Forgatch, M., & DeGarmo, D. S. (2002). Extending and testing the social interaction learning model with divorce samples. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp. 235-256). Washington: American Psychological Association.
- Forgatch, M., Patterson, G. R., & Degarmo, D. S. (2005). Evaluating fidelity: Predictive validity for a measure of competent adherence to the oregon model of parent management training. *Behavior Therapy*, 36:1, pp 3-13.
- Granella, D. H., Granello, P. F., & Lee, F. (1999). Measuring Treatment Outcomes and

- Client Satisfaction in a Partial Hospitalization Program. *The Journal of Behavioral Health Services and Research*, 26:1.
- Kjøbli, J. (2009). *Theory- and evidence based intervention for children with conduct problems: Exploring applicability and underlying assumptions in real world settings*. (Doctoral dissertation). Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Oslo.
- Kjøbli, J., & Ogden, T. (2009). Gender Differences in Intake Characteristics and Behavior Change among Children in Families Receiving Parent Management Training (PMTO). *Children and Youth Services Review*. Submitted.
- Lambert, W., Salzer, M. S., & Bickman, L. (1998). Clinical Outcome, Consumer Satisfaction, and Ad Hoc Ratings of Improvement in Children's Mental Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 270-279.
- Leonard, K. (2007). Is patient satisfaction sensitive to changes in the quality of care? An exploitation of the Hawthorne effect. *Journal of Health Economics*, 27, 444-459.
- Martinez, 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, 416-428.
- Nøvik, T. S. (1999). *Validity and use of the child behavior checklist in Norwegian children and adolescents: An epidemiological and clinical study*. Centre for Child and Adolescent Psychiatry, Department Group of Psychiatry, University of Oslo.
- Ogden, T., Forgatch, M., Askeland, E., Patterson, G. R., & Bullock, B. M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway. *Journal of Special Education*, 19, 317-329.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 607-621.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the U.S. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 72-82.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach*. Eugene, OR: Costalia.
- Pearl, E. (2009). Parent management training for reducing oppositional and aggressive behavior in preschoolers. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 295-305.
- Plante, T. G., Couchman, C. E., & Hoffman, C. A. (1998). Measuring Treatment Outcome and Client Satisfaction Among Children and Families: A Case Report.

*Professional Psychology; Research and Practice, 29, 52-55.*

Solholm, R., Askeland, E., Christiansen, T., & Duckert, M. (2005). Parent Management Training - Oregon-modellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening, 42, 587-597.*

Tetzlaff, B., Kahn, J., Godley, S., Godley, M., Diamond, G., & Funk, R. (2005). Working Alliance, Treatment Satisfaction, and Patterns of Posttreatment Use Among Adolescent Substance Users. *Psychology of Addictive Behaviors, 19, 199-207.*

## Bilaga 1

**Family Satisfaction Survey (FSS)**  
 (Familiens vurdering av tilbudet)

1. Hvordan vil du bedømme kvaliteten av det tilbudet familien og barnet har mottatt?

Utmerket                       God                       Rimelig bra                       Dårlig

2. Ble dere godt nok informert om dette tilbudet på forhånd?

Ja, meget informert godt informert                       Ja, ganske godt informert                       Nei, dårlig informert                       Ikke

3. Fikk du god nok anledning til å stille spørsmål?

Nei, absolutt ikke                       Nei, egentlig ikke                       Ja, i rimelig grad                       Ja, i høy grad

4. Hvor gode muligheter fikk du til å fortelle om barnet ditt og familien?

Meget gode                       Gode                       Rimelig gode                       Dårlige

5. Hva syns du om holdningene til den fagpersonen du hade kontakt med?

Åpen og omtenkssom                       Omtenkssom, men reservert                       Nedlatende                       Anklagende og uhøflig

6. I hvilken grad ble hele familien involvert?

Bare barnet var involvert                       Begge foreldre eller en                       Barnet og foreldrene                       Hele familien

7. Hvor effektivt var dette tilbudet for familien din?

Meget effektivt                       Ganske effektivt                       Noe effektivt                       Ikke effektivt

8. Har tilbudet vært til hjelp for barnet ditt?

- |                        |                        |                       |                       |
|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/>  | <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nei, ting<br>ble verre | Nei, det<br>hjalp ikke | Ja, det hjalp noe     | Ja, det hjalp mye     |

9. Har tilbudet ført til forandringer i familiens måte å være på?

- |                          |                              |                       |                       |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/>    | <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nei, ingen<br>forandring | Litt forandring<br>av og til | Noe forandring        | En god del forandring |

10. Var arbeidsmetoden nyttig for familien i det daglige?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja, absolutt          | Ja, i noe grad        | I liten grad          | Ikke i det hele tatt  |

11. Ble tilbudet gitt på tidspunkt og sted som passet godt for familien?

- |                              |                       |                             |                       |
|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/>        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/>       | <input type="radio"/> |
| Nei, ikke i<br>det hele tatt | I noen grad           | Ja, passet for<br>det meste | Ja, passet meget godt |

12. Vil du anbefale dette tilbudet for andre, eller bruke det igjen i din egen familie?

- |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ja, absolutt<br>ikke  | Ja, antageligvis      | Jeg tror ikke det     | Nei, absolutt         |

### Uppdelning av spørsmål:

#### **Föräldrars tillfredsställelse med behandling**

Fråga 1, 7, 8, 9 10, 11 & 12

#### **Föräldrars tillfredsställelse med samarbeide**

Fråga 3, 4 & 5

#### **Strukna spørsmål:**

Fråga 2 & 6