

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Insatser för barn med problemskapande beteende
– Marte Meo med eller utan samordningssamtal, en randomi-
serad kontrollerad studie**

Terese Ewaldsson och Sierra de Goldsmith

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM2519
Hösttermin 2018

Handledare: Ulf Axberg
Elin Alfredsson

Insatser för barn med problemskapande beteende – Marte Meo med eller utan samordningssamtal, en randomiserad kontrollerad studie

Terese Ewaldsson och Sierra de Goldsmith

Sammanfattning. Syftet med föreliggande studie var att undersöka effekten av Marte Meo på graden av problemskapande beteende hos barn mellan 3–12 år. Vidare fanns en målsättning om att jämföra interventionerna Marte Meo med samordningssamtal (MOS) och utan samordningssamtal (MUS). Effekten uppmättes genom lärar- och föräldraskattningar av barnets beteende i skolan och hemmet. Resultaten visade att barnens problembeteende minskade signifikant i båda interventionsgrupper med medelhöga till höga effektstorlekar. Skillnaderna mellan interventionsgrupperna var inte statistiskt signifikanta, men det fanns en tendens till större effekt till MOS fördel. Begränsningar med studien var ett litet stickprov, vilket ökar risken för typ II-fel. I diskussionen föreslås att framtida studier även undersöker Marte Meo i relation till föräldrarnas psykiska hälsa.

Ett frekvent replikerat fynd inom utvecklingspsykologisk forskning är att barn som uppvisar problemskapande beteenden (*eng: disruptive behaviour problems, DBP*) tidigt i livet löper förhöjd risk att drabbas av antisocial problematik som vuxna (Moffitt, 2003; Loeber & Farrington, 2000). DBP kan definieras som beteenden som omgivningen har svårt att förstå och hantera och därför skapar problem i samspel med andra (Hejlskov Jörgensen, Veje & Stolt, u.å.). Det kan exempelvis handla om våld, trots, skolk eller självskadande beteende. DBP kan vara påfrestande för de vuxna i barnets närhet, som lärare och föräldrar, då det ofta medför känslor av maktlöshet, otillräcklighet och frustration (Hejlskov Jörgensen et al., u.å.). I förlängningen skapar DBP ofta negativa förväntningar från omgivningen, som i sin tur påverkar barnets självbild ogynnsamt och förorsakar en destruktiv spiral (Reid & Eddy, 2002). På så vis skapas och vidmakthålls problemskapande beteende i ett samspel och är inte isolerat till det enskilda barnet (Wirtberg, Petitt & Axberg, 2012). Ju yngre barnet är när DBP debuterar, desto större är riskerna för att barnet drabbas av en svår och långvarig problematik senare i livet (Franken et al., 2016). Det finns starka indikationer på att det därför är viktigt med tidiga insatser för att motverka en sådan negativ utveckling när barn uppvisar DBP (Webster-Stratton & Taylor, 2001).

Eftersom ett barns utveckling sker utifrån en interaktion med omgivningen, är det ofta just genom sitt sätt att samspela med andra, som barn uppvisar att de har ett behov av extra stöd (Wirtberg et al., 2012). Ett systemiskt perspektiv innebär att se personers svårigheter i ett större sammanhang och inte något som är isolerat till den enskilda individen (Wirtberg et al., 2012). Baserat på ett systemiskt perspektiv på barns utveckling, lär sig barn primärt att socialisera i två huvudsakliga arenor: hem och skola (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997). Dessa kontexter kan därför sägas vara viktiga både för att identifiera barn som uppvisar DBP och för att de utgör möjliga arenor för intervention. Skolan har i ett flertal internationella studier visat sig vara en effektiv plats för att genomföra insatser som minskar graden av utagerande beteende hos barn (Wilson & Lipsey, 2007; Londen, Dekovic, Castro & Prinzie, 2012). Eftersom det råder skolplikt i Sverige

och ungefär 90 % av alla barn går i förskola är det även i Sverige vanligt att ge insatser där (Balldin et al., 2018). Med skola menas i denna uppsats både förskola och skola, där barn mellan 1-5 år går i förskola.

Det finns evidens för att interventioner för barn med DBP som innehåller en föräldrakomponent, ensamt eller i kombination med andra komponenter, är effektiva (Burkey et al., 2018; Epstein et al., 2015). Ett bekymmer med sådana interventioner är att de är associerade med höga nivåer av avhopp (Chacko et al., 2016). Därutöver finns stöd för att interventioner riktade enbart till en av barnets kontexter endast har visat sig vara effektiva på kort sikt (Dodge m.fl., 2008) och att generaliseringseffekter från en arena till en annan är låga (Balldin et al., 2018). Interventioner riktade till flera instanser i barnets liv, såsom i både hem och skola, har istället visat sig ha varaktiga signifikanta resultat med avseende på bland annat aggressivt beteende (Webster-Stratton & Taylor, 2001).

Ett gott samarbete mellan hem och skola verkar dessutom vara centralt för att en behandlingsinsats ska ha effekt (Webster-Stratton & Taylor, 2001). Skola och hem utgör båda viktiga områden i barnens liv och det är troligen viktigt att samarbetet mellan dessa dubbla socialiseringsarenor fungerar väl, i synnerhet när det uppstått svårigheter för barnet (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997; Christensen & Sheridan, 2001; Wirtberg et al., 2012).

En intervention som är skolbaserad, men även inkluderar ett samarbete med föräldrar och erbjudande om insatser i hemmet, och som visat sig effektiv för att minska DBP, är Marte Meo och Samordningssamtal (MOS) (Wirtberg et al., 2012; Balldin et al., 2018). Det är denna interventionsmodell som undersökts i föreliggande studie.

Marte Meo och Samordningssamtal (MOS) - en interventionsmodell

MOS är en systemiskt baserad samspelsintervention, bestående av tre separata delar som tillsammans bildar en modell som syftar till att stödja och hjälpa barn med DBP i skolan (Wirtberg et al., 2012; Balldin et al., 2018). Del ett och två: Samordningssamtal och Marte Meo-stöd i skolan, är de två huvudkomponenterna i modellen som alltid ingår vid en MOS-intervention. Del tre: Marte Meo-stöd för föräldrarna i hemmet, är en valfri komponent som läggs till vid ett eventuellt önskemål från familjen (Wirtberg et al., 2012; Balldin et al., 2018).

Marte Meo. Marte Meo, "av egen kraft" (Aarts, 2008), är en samspelsbehandling som används bland annat vid DBP hos barn mellan 4-12 år (Axberg, Hansson, Broberg & Wirtberg, 2006). Metoden har använts i Sverige sedan 1980-talet och användes initialt för att hjälpa föräldrar och yrkesgrupper som arbetar med barn med neurologiska, kognitiva eller psykologiska svårigheter. Idag används Marte Meo i både skola, vård och omsorg med syfte till ett förbättrat samspel (Socialstyrelsen, u.å.).

Syftet med Marte Meo är att pedagogen/föräldern ska lära sig att kommunicera med barnet på ett sätt som är stödjande och som främjar dess utveckling (Hedenbro & Wirtberg, 2000). Metoden har 3 kärnprinciper: (1) identifiera barnets utvecklingsbehov som visar sig i samspel med andra, (2) identifiera och stärka de färdigheter som redan finns i den vuxnas samspel med barnet och (3) hjälpa den vuxna utveckla de nya färdigheter som kan vara nödvändiga för att främja barnets utveckling. En förutsättning i Marte Meo är inställningen att barnet inte *är* problemet utan *har* ett problem och fokus ligger på hur den vuxna bäst kan möta barnet där denne befinner sig (Wirtberg et al., 2012).

Metoden är en praktisk kommunikations- och relationsorienterad metod som baseras på affektteori, anknytningsteori och social inlärningsteori (Wirtberg et al., 2012). Samspelet mellan barn och pedagog/förälder filmas i ett par situationer av en Marte Meo-vägledare/terapeut i skolan och ibland även i hemmet (Wirtberg et al., 2012). Den person som filmar i skolan kallas Marte Meo-vägledare och har en bakgrund inom specialpedagogiken. Den person som filmar i hemmet kallas Marte Meo-terapeut och är en utbildad och erfaren familjebehandlare (Wirtberg et al., 2012).

Marte Meo-terapeuten/vägledaren deltar i hemmet/skolan och filmar där korta sekvenser (ca 4-10 minuter) av specifika samspelssituationer mellan barnet och den vuxna. Filmerna redigeras sedan till kortare klipp (ca 1-4 minuter) för att det ska bli en avgränsad mängd information att arbeta med (Wirtberg et al., 2012). När Marte Meo-terapeut/vägledare väljer ut vilka klipp som ska visas för den vuxna, används ofta först en filmsekvens där den vuxne och barnet visar ett välfungerande samspel. Detta görs för att stärka känslan av att det finns ett samspel att bygga vidare på och för att belysa att både barnet och den vuxna har förmåga till ett välfungerande samspel (Wirtberg et al., 2012). Genom att tydliggöra vilka beteenden som fungerade stödjande och främjande för samspelet kan man sedan titta på filmklipp där samspelet inte fungerar lika väl och prata om alternativa sätt för den vuxne att möta barnet på. Det kan exempelvis handla om en situation där barnet tar initiativ till samspel, men inte får en adekvat respons från den vuxne (Wirtberg et al., 2012).

Samordningssamtal. Denna komponent skapades utifrån teorin om att samarbetet mellan skola och hem är viktigt för barns psykosociala utveckling (Wirtberg et al., 2012). När föräldrar och lärare samarbetar har detta visat sig korrelera positivt med elevers skolresultat, sociala beteende och beteendemässiga utveckling (Christensen & Sheridan, 2001).

Inför att Marte Meo-interventionen ska starta bjuder samordnaren in till ett första samordningssamtal (Wirtberg et al., 2012). De som bjuds in är pedagogen (eller pedagogerna), barnets föräldrar, Marte Meo-vägledaren och eventuellt Marte Meo-terapeuten om föräldrarna har tackat ja till att få stöd i hemmet. Mötena leds av samordnaren, vars uppgift är att vara en neutral part som skapar en god allians med var och en av de andra deltagarna. Det finns en strikt struktur för det första samtalet, som bland annat syftar till att alla deltagare ska välkomnas och presenteras, deltagarnas roller och samordningssamtalets struktur och syfte ska klargöras och pedagogens önskan om hjälp ska gås igenom (Wirtberg et al., 2012). Samtalsstrukturen ser ungefär likadan ut vid de senare samtalen, med den skillnaden att fokus då mer riktas mot hur interventionen framskrider, bland annat genom att se på videoinspelningar av hur samspelet i skolan fungerar (Wirtberg et al., 2012).

Samordningssamtalen har fyra primära syften (Wirtberg et al., 2012). Först och främst ska kontexten och ramarna för interventionen klargöras, bland annat i form av interventionens innehåll och mål, formulering av problemet och de olika parternas roller och arbetsuppgifter (Wirtberg et al., 2012). För det andra syftar mötena till att koordinera skolinterventionerna med eventuella interventioner i hemmet (Wirtberg et al., 2012). Vidare är syftet att utforska föräldrarnas och lärarnas olika berättelser om barnet och att tillsammans skapa nya, gemensamma berättelser (Axberg et al., 2006). Slutligen syftar samordningssamtalen till att skapa ett sammanhang där deltagarna tillsammans engagerar sig i att främja barnets utveckling (Wirtberg et al., 2012). Genom detta gemensamma engagemang minskar risken för att ett problemskapande system kring barnet skapas och

således motverkas den destruktiva spiral som lätt bildas när ett barn uppvisar DBP (Reid & Eddy, 2002).

Barnet är inte med på mötena. Tanken med detta är övertygelsen om att det är de vuxna i barnets närhet som bär ansvaret för att anpassa sin kommunikation så att det på bästa sätt gynnar barnets psykosociala och pedagogiska utveckling (Wirtberg & Axberg, 2006). Däremot diskuteras under mötet hur barnet ska bli informerat om själva arbetet och här ligger det huvudsakliga ansvaret på föräldrarna (Wirtberg & Axberg, 2006).

Forskning på Marte Meo

Marte Meo är en behandlingsinsats med begränsat forskningsunderlag. De få studier som genomförts i en svensk kontext har emellertid visat att Marte Meo är en effektiv intervention för att minska DBP hos barn i skola (Axberg et al., 2006; Balldin et al., 2018).

Axberg et al. (2006) genomförde en kontrollerad, ickerandomiserad kohortstudie där interventionsgruppen erbjöds Marte Meo med samordningssamtal (MOS) och kontrollgruppen erbjöds sedvanlig behandling, som i detta fall innebar de insatser som vanligtvis erbjöds i kommunen. Kohortstudien visade att behandlingsgruppen, men inte jämförelsegruppen, erhöll en signifikant minskning i graden av DBP hos barnen i både hem- och skolmiljö. Ytterligare ett intressant fynd var att det förekom få avhopp, något som är ovanligt vid behandling av denna målgrupp (Axberg et al., 2006). De informanter som uppgav sig vara som mest nöjda med interventionen var de som upplevde högst grad av samarbete mellan föräldrar och pedagoger, något som gav stöd till att samordningssamtalen skulle kunna vara en värdefull komponent i MOS som intervention (Tarnow Håkansson & Hansson, 2015).

Balldin et al. (2018) genomförde en randomiserad kontrollerad studie (RCT) på MOS. I detta upplägg randomiserades deltagare till antingen MOS eller sedvanlig behandling (Balldin et al., 2018). Sedvanlig behandling kunde i Balldin et al. (2018) innebära att familjen och lärarna till barnen i kontrollgruppen inte fick något stöd alls, eller fick erbjudande om allt från klassrumsobservationer, lärarhandledning, familjebehandling eller insats från socialtjänst eller primärvård. Resultaten visade på en signifikant minskning av DBP i interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen, på samtliga utfallsmått utifrån lärarskattningarna. Effekten var inte lika stor i kontrollgruppen (Balldin et al., 2018). Även denna studie påvisade således att Marte Meo är en effektiv behandlingsmetod vid förekomst av DBP.

Ingen av ovan nämnda studier kunde dock säga om samordningssamtalen hade en bidragande roll, eller om det enbart var Marte Meo som hade effekt. Det är ett vanligt bekymmer inom psykologisk forskning att avgöra vilka delar i en behandlingsmodell som utgör de verksamma komponenterna. Så kallade *dismantling studies* är ett sätt att studera detta (Bell et al., 2013). För att undersöka huruvida komponenten samordningssamtal inom MOS påverkar modellens effektivitet, användes i denna uppsats data från den publicerade RCT-studien av Hanson, Wirtberg & Axberg (2012) som undersökte just detta.

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka effekten av Marte Meo som intervention när barn uppvisar DBP i skolmiljö, för att bidra till att öka forskningsunderlaget för Marte Meo. Med effekt avses förändringar i DBP enligt föräldrars och lärares skattningar av de barn som deltog i interventionen. Ytterligare en målsättning var att jämföra hur effekten påverkas av komponenten samordningssamtal.

Frågeställningar

Frågeställningarna som ämnas besvaras är följande:

1. Ger Marte Meo effekter i form av minskade DBP-symtom?
2. Skiljer sig effekten på DBP-symtom beroende på om interventionen getts med (MOS) eller utan (MUS) samordningssamtal?

Metod

Tillvägagångssätt

Datan i föreliggande uppsats hämtades från studien av Hansson et al. (2012) som var del i ett statligt hälsoprojekt med syfte att främja barns psykiska hälsa. Socialhögskolan i Lund och fyra västsvenska kommuner samarbetade med projektet (Balldin et al., 2018). Alla förskolor och skolor från dessa fyra kommuner bjöds in att delta och målgruppen var barn mellan 3-12 år som uppvisade DBP eller samspelssvårigheter. Barnen och deras familjer rekryterades genom att barnets lärare observerat och känt oro inför minst ett av följande kriterier hos barnet: 1) social uteslutning; såsom att inte få vara med i de andra barnens aktiviteter, 2) beteendeproblem; exempelvis saknad kompetens gällande prosociala aktiviteter, uppförandeproblem eller aggressivt beteende, eller 3) barnets egna välmående, såsom låg självkänsla, nedstämdhet, koncentrationssvårigheter eller svårigheter i att slutföra skoluppgifter.

De rekryterade barnen screenades sedan en första gång med skattningsformuläret Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI) där individerna i >75 percentilen inkluderades. De barn som redan hade en pågående behandling exkluderades från studien. Deltagarna lottades sedan till de två interventionsgrupperna genom en blindad randomisering där ingen av forskningsledarna deltog. Data samlades in från lärare och föräldrar vid två mättillfällen: innan interventionen påbörjades och 8 månader senare, efter avslutad behandling. Datan bestod av nio skattningsformulär för föräldrar och tre för lärare. Formulären mätte allt från föräldrarnas psykiska hälsa, upplevd föräldraförmåga och barnets beteende i hemmiljö och skola. Att delta i studien var frivilligt och det gick att när som helst avsluta sin medverkan i forskningsprojektet, och samtidigt slutföra interventionen. Informerat samtycke samlades in från föräldrarna och de erbjöds möjligheten att genomföra Marte Meo i hemmet. Marte Meo-interventionen i skolan utformades utifrån barnets behov och var ej tidsbegränsad på förhand, men ingen intervention varade längre

än sex månader. För gruppen som även fick samordningssamtal så genomfördes dessa ungefär varannan vecka. Studien har prövats och godkänts i etisk nämnd med diarienummer 2012/131.

Deltagare

I följande studie användes föräldra- och lärarskattningar från 50 barn i åldrarna 3–12 ($M = 6.3$, $s = 2.4$), där 40 var pojkar och 10 var flickor. Medelåldern för pojkar var 6.4 ($s = 2.4$) och för flickor 5.8 ($s = 2.5$). I interventionen MOS deltog 27 barn (4 flickor, 23 pojkar) och i MUS deltog 23 barn (6 flickor, 17 pojkar). Medelåldern i gruppen MOS var 5.7 ($s = 2.4$) respektive 6.9 ($s = 2.3$) för MUS.

Av föräldraskattningarna uppgav mödrarna i större utsträckning komplett data och därför valdes dessa när de fanns tillgängliga (i 48 fall). När endast faderns skattningar fanns (i två fall) valdes istället dessa. Medelåldern för föräldrarna var 35.4 ($s = 6.5$), där den yngsta var 23 och den äldsta 50. Femtio lärare deltog i den aktuella studien. Övriga bakgrundsfaktorer redovisas i tabell 1.

Tabell 1

Bakgrundsvariabler för deltagare uppdelat i interventioner. Frekvenser över föräldrars utbildningsnivå, vårdnadsform respektive om skilsmässa förelegat presenteras som procent (med frekvenser).

	MOS ($N = 27$) % (N)	MUS ($N = 23$) % (N)
Högsta utbildning		
<i>Grundskola</i>	14.8 (4)	17.4 (4)
<i>Gymnasium</i>	51.9 (14)	60.9 (14)
<i>Eftergymnasial utbildning</i>	29.6 (8)	21.7(5)
<i>Ej angett</i>	3.7 (1)	0.0 (0)
Vårdnadsform		
<i>Gemensam</i>	92.6 (25)	82.6 (19)
<i>Enskild</i>	3.7 (1)	8.7 (2)
<i>Ej angett</i>	3.7 (1)	8.7 (2)
Skilsmässa		
<i>Ja</i>	14.8 (4)	30.4 (7)
<i>Nej</i>	81.5 (22)	69.6 (16)
<i>Ej angett</i>	3.7 (1)	0.0 (0)

Instrument

Utifrån de skattningsformulär som föräldrar och lärare fyllde i vid de båda mättilfällena användes i denna studie de fyra testinstrument som mäter barnets beteende; två föräldraskattningar och två lärarskattningar. Samtliga finns i svensk översättning.

Eyeberg Child Behaviour Inventory (ECBI). ECBI är en endimensionell skattningsskala bestående av 36 frågor som mäter DBP hos barn mellan 2 till 16 år (Eyberg & Pincus, 1999). Formuläret innehåller en intensitetsskala (IS) där respondenten ombeds att skatta intensiteten i beteendet på en skala från 1 (*aldrig*) till 7 (*alltid*) samt en problemskala (PS) som undersöker om hen uppfattar beteendet som ett problem eller inte genom svarsalternativen 1 (*Ja*) eller 0 (*Nej*). Totalt kan intensitetsskalan ge 36-252 poäng och problemskalan 0-36 poäng (Eyberg & Pincus, 1999). Några exempelfrågor som testet inkluderar är: ”*Slår föräldrarna*”, ”*Gapar eller skriker*” och ”*Slåss med syskon*” (Eyberg & Pincus, 1999). Formuläret har uppvisat goda psykometriska egenskaper och används frekvent både kliniskt och i forskningssammanhang (Eyberg & Pincus, 1999). En studie av Axberg, Johansson Hanse & Broberg (2008) visade även att ECBI fungerar väl i en svensk kontext och studien resulterade i framtagandet av en svensk normering. Cronbachs alfa för ECBI låg i denna studie mellan 0.91-0.99.

Sutter-Eyberg Student Behaviour Inventory-Revised (SESBI-R). SESBI – R är lärarversionen av ECBI. Precis som ECBI är SESBI-R ett skattningsformulär som mäter barnets problemskapande beteende, men i skolmiljön och utifrån lärarens perspektiv på beteendet (Eyberg & Pincus 1999). Vidare består SESBI-R av 38 frågor, vilket innebär att intensitetsskalan kan variera mellan 38-266 poäng och problemskalan mellan 0-38 poäng. Varje fråga representerar olika observerbara beteendeproblem som exempelvis ”*Får raseriutbrott*”, ”*Kräver uppmärksamhet av läraren*” och ”*Stör i klassrummet*” (Eyberg & Pincus 1999). SESBI-R har en svensk normering (Bergström & Balldin, 2017). Cronbachs alfa för SESBI-R låg mellan 0.93-0.99 i denna studie.

Child Behavior Checklist (CBCL). Två testinstrument av Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA) användes; CBCL för föräldrar och TRF (som beskrivs senare) för lärare. CBCL finns i två versioner, en för yngre barn (1.5-5 år) och en för äldre (6-18 år) (Achenbach & Rescorla, 2001). Föräldrarna ombeds att skatta specifika beteende- och känslomässiga problem som de sett hos sitt barn under de senaste sex månaderna på en skala från 0-2, där 0 står för ”*stämmer ej*”, 1 för ”*stämmer någorlunda, eller ibland*” och 2 för ”*stämmer mycket bra, eller ofta*”. För de yngre barnen består skalan av 99 frågor och för de äldre av 112 frågor. Exempelfrågor för yngre barn är ”*Förstör saker som tillhör familjen eller andra barn*” och för de äldre ”*Har raseriutbrott eller har häftigt humör*”. Båda versionerna innehåller en avslutande fråga där föräldern kan fylla i övriga problem. I versionen för yngre barn sträcker sig poängspannet mellan 0-207 poäng och i versionen för äldre mellan 0-228 (Achenbach & Rescorla, 2001).

Förutom att använda instrumentets totala resultat har båda versioner delats in i olika subskalor (Achenbach & Rescorla, 2001). I versionen för yngre barn finns åtta syndromskalor: *emotionell reaktivitet, ängslig/nedstämd, somatiska besvär, tillbakadragen, sömnproblem, uppmärksamhetsproblem, aggressivt beteende* och *andra problem*. I versionen för äldre barn finns tio syndromskalor: *ängslig/nedstämd, tillbakadragen/nedstämd, somatiska besvär, sociala problem, tankeproblem, uppmärksamhetsproblem, normbrytande beteende, aggressivt beteende* och *andra problem* (Achenbach & Rescorla, 2001). För att på bästa sätt ringa in de symptom som denna studies intervention syftar till

att behandla, konstruerades ytterligare en skala genom att kombinera olika subskalor. Denna konstruerade skala kallas fortsättningsvis CBCL-DBP. I denna ingår subskalorna *emotionell reaktivitet*, *uppmärksamhetsproblem* och *aggressivt beteende* för de yngre åldrarna och *uppmärksamhetsproblem*, *normbrytande beteende* och *aggressivt beteende* för de äldre. Alfavärden för CBCL uppmättes till 0.89–0.96. CBCL är en av de mest använda symtomlistorna i litteraturen och svenska normer finns (Larsson & Frisk, 1999; Höök & Cederblad, 2008).

Teacher's Report Form (TRF). TRF är uppbyggt på samma sätt som CBCL, men istället för förälder är det lärare eller annan skolpersonal som ska skatta hur hen uppfattar barnets beteende i skolmiljön (Achenbach & Rescorla, 2001). Skattningsformuläret innehåller 112 frågor och en avslutande öppen fråga om pedagogen upplever något ytterligare problem. Totalt kan poängsumman bli mellan 0-228. Testet har reviderats i olika versioner och i denna studie är åldersspannet 4-16 år. Subskalorna liknar CBCL för äldre, med undantag för att *uppmärksamhetsproblem* inte ingår och att *hyperaktivitet/impulsivitet* och *ouppmärksamhet* tillkommer (Achenbach & Rescorla, 2001). Den konstruerade DBP-skalan för TRF (DBP-TRF) består av subskalorna *sociala problem*, *hyperaktivitet/impulsivitet*, *normbrytande beteende* och *aggressivt beteende*. Ytterligare en skillnad från CBCL är att testet baseras på barnets beteende de senaste två månaderna istället för sex månader. Exempel på påståenden i testet är "Pratar utan att det är hans/hennes tur" och "Har svårt för att lära sig". Cronbachs alfa beräknades i denna studie till 0.93–0.95. TRF har svenska normeringar och används frekvent i forskningssammanhang (Olsson, Hansson & Söderlind, 2012).

Bortfallsanalys

Femtio barn deltog i studien och fick antingen interventionen MOS eller MUS. Av dessa saknades eftermätning från 14 av föräldraskattningarna och nio av lärarskattningarna. Bortfallsgruppen skilde sig inte åt från övriga gällande faktorerna ålder, kön, föräldrarnas utbildningsnivå, skilsmässa och vårdnadsform. Det var heller inte någon signifikant skillnad i bortfall mellan interventionen MOS och MUS.

Databearbetning och statistisk analys

Databearbetning och analys skedde genom SPSS version 25 för Windows. Till att börja med ersattes saknade värden med individens medelvärde på skalan. Om antalet saknade värden på en skala översteg 20% användes inte skalan, i enlighet med instruktionerna i de olika manualerna för skattningsformulären. I de fall skalan hade en subskala användes individens medelvärde för subskalan som ersättningsvärde.

För att undersöka att randomiseringen mellan MOS och MUS fungerat, genomfördes χ^2 -analyser på bakgrundsvariablerna och oberoende *t*-test på skillnaden mellan för-mätningvärden mellan grupperna. En deskriptiv analys av hela undersökningsgruppen genomfördes via χ^2 -analyser på bakgrundsvariablerna. Vidare gjordes oberoende *t*-test för att jämföra stickprovets testresultat vid förmätningen med svenska normer.

Beroende *t*-test användes för att mäta inomgruppseffekter utifrån skillnaderna mellan för- och eftermätning på hela undersökningsgruppen. Det kan ifrågasättas varför inomgruppseffekter över huvud taget ska redovisas när syftet är att undersöka skillnader

mellan två interventioner. I en naturalistisk studie som denna, som gjorts direkt i verksamheter i samhället, kan det vara svårt att få till en kontrollgrupp för att jämföra utfall vid en intervention. Ett sätt att angripa detta är att använda benchmarking, alltså att jämföra resultatet med utfallet från en studie som gjorts under mer kontrollerade former (Weersing, 2005). I föreliggande studie beräknades därför inomgruppseffekter för att kunna jämföra med tidigare studier som undersökt interventionen Marte Meo. Därefter undersöktes mellangruppseffekter via en ANCOVA där skillnaden i resultaten mellan MOS och MUS vid för- och eftermätning mättes.

Analyserna utfördes först enbart på data från de deltagare som lämnat in både för- och eftermätningar. I ett andra steg applicerades *Intention to Treat* (ITT) genom *Last observation carried forward* (LOCF) analyser, där uteblivna värden från eftermätningen ersätts med värden från förmätningen (Overall, Tornidandel, & Starbuck, 2009). Enligt Overall et al. (2009) minskar LOCF risken för typ I-fel då det medför att det blir svårare att överskatta resultatet av jämförelserna mellan för- och eftermätning.

Vid samtliga signifikansprövningar valdes en alfanivå på 5 %. Vid *t*-tester mättes effektstorlekar med Cohens *d* (Cohen, 1992) utifrån Cohens tre föreslagna kategorier för effektbedömning (liten ≥ 0.2 , måttlig ≥ 0.5 samt stor ≥ 0.8). Vid ANCOVA-analyser användes istället Morris, som beräknar effektstorlek genom att ta medelvärdet mellan för- och eftermätningen i interventionsgruppen subtraherat med medelvärdet mellan förmätningen och eftermätningen i kontrollgruppen, dividerat med förmätningens poolade standardavvikelse (Morris, 2008). Morris effektstorlek följer samma kategorier som Cohens *d* (Morris, 2008).

Resultat

Syftet med föreliggande studie var att undersöka effekten av Marte Meo som intervention när barn uppvisar DBP i skolmiljö, utifrån föräldrars och lärares skattningar. Frågeställning 1 handlade om inomgruppseffekter, om Marte Meo som intervention, med eller utan samordningssamtal, ger effekter i form av en minskning av DBP. Frågeställning 2 behandlade istället mellangruppseffekter, om effekten skiljer sig åt beroende på om barnen erhöll MOS eller MUS-intervention. Nedan presenteras resultaten från de statistiska analyser som genomfördes.

Kontroll av randomiseringen

Vid förmätningen hittades inga signifikanta skillnader mellan antal deltagare som randomiserats till de respektive grupperna MOS och MUS. Inte heller de demografiska faktorerna som barnens ålder, kön, föräldrarnas utbildningsnivå, vårdnadsform samt om skilsmässa inträffat, skilde sig signifikant mellan grupperna. Det fanns därutöver inga statistiskt signifikanta skillnader i medelvärden mellan testresultaten på de olika skattningsformulären vid förmätningen. Randomiseringen kan därmed sägas ha fungerat på ett tillfredsställande sätt.

Analys av baslinjemätning

Signifikant fler pojkar ($N=40$) än flickor ($N=10$) deltog i denna studie ($p<.01$). Det uppvisades inga signifikanta skillnader mellan de två ålderskategorierna 1–5 år och 6–12 år. Det fanns heller ingen statistiskt signifikant skillnad i medelålder mellan pojkar ($M = 6.4$, $s = 2.4$) och flickor ($M = 5.8$, $s = 2.5$).

En jämförelse av resultaten vid förmätningen visade att deltagarna i denna studie skattade signifikant högre jämfört med svenska normgrupper på samtliga inkluderade frågeformulär, se tabell 2. Frågeformulären mäter DBP hos barn, där ett högre värde motsvarar att respondenten upplever ett större problem. Vidare, uppnår testgruppen på samtliga skalor förutom ECBI-IS det kliniska gränsvärdet för den givna skalan. Även om ECBI-IS inte uppnådde det kliniska gränsvärdet så låg det nära. Deltagarna i denna studie kan således sägas vara en belastad grupp, kliniskt skilda från en normalpopulation vid förmätningen.

Tabell 2

Jämförelse mellan hela stickprovet ($N = 50$) och normdata vid förmätning på samtliga frågeformulär. Oberoende t -test. Data presenteras som medelvärden och (standardavvikelser).

Frågeformulär	Testgrupp	Normdata	Kliniskt gränsvärde*	p	t	d^{**}
ECBI IS	119.4 (31.7) ($N=48$)	88.2 (26.0) ($N = 841$)	121.0	<0.001	7.98	1.19
ECBI PS	10.5 (7.9) ($N = 47$)	3.1 (5.0) ($N = 789$)	10.0	<0.001	9.44	1.43
SESBI IS	145.4 (40.6) ($N = 47$)	62.9 (37.4) ($N = 623$)	117.0	<0.001	14.49	2.19
SESBI PS	15.9 (9.7) ($N = 46$)	3.5 (7.2) ($N = 623$)	12.0	<0.001	10.99	1.69
CBCL-y	44.4 (24.1) ($N = 25$)	22.3 (15.5) ($N = 1439$)	44.0	<0.001	7.00	1.42
CBCL-ä	49.8 (19.5) ($N = 25$)	14.3 (12.6) ($N = 1308$)	30.0	<0.001	3.30	0.67
TRF	60.0 (25.4) ($N = 50$)	17.0 (22.4) ($N = 623$)	62.0	<0.001	12.93	1.90

*90:e percentilen

**Cohens d

Inomgruppseffekter

Resultatet visade att det skedde en signifikant förbättring för hela stickprovet på samtliga skalor, med undantag för CBCL och CBCL-DBP för de äldre åldrarna, se tabell 3. Både föräldrar och lärare skattade alltså en lägre nivå av problemskapande beteenden

hos barnen efter att de genomgått interventionen. Resultatet visar att effekterna av interventionen var medelhöga till höga. Högst effektstorlek uppmättes på skalorna SESBI-PS, CBCL och CBCL-DBP för de yngre åldrarna. Icke-signifikanta resultat uppmättes alltså på skalorna CBCL och CBCL-DBP för de äldre åldrarna, där medelvärdet av föräldrarnas skattning av sina barns problembeteenden var lägre vid eftermätningen än vid förmätningen, men där den uppmätta skillnaden inte var statistiskt signifikant.

Även analyserna som genomfördes med LOCF visade liknande resultat: en signifikant minskning av DBP-symtom hos barnen på samtliga skalor, med undantag från CBCL och CBCL-DBP för de äldre åldrarna. Effektstorlekarna följde även de samma mönster som vid de första analyserna, se tabell 3.

Tabell 3

Inomgruppseffekter. Beroende t-test. Data presenteras som medelvärde och (standardavvikelse). Även effektstorlek utifrån LOCF-analys.

Test	Förmätning	Eftermätning	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>d</i> *	<i>d</i> * (LOCF)
ECBI IS (<i>N</i> =33)	115.3 (29.8)	103.8 (27.4)	<0.01	3.36	0.6	0.4
ECBI PS (<i>N</i> =31)	9.5 (7.8)	6.7 (6.7)	<0.01	2.89	0.5	0.4
SESBI IS (<i>N</i> =39)	141.9 (38.0)	129.8 (39.9)	<0.05	2.41	0.4	0.3
SESBI PS (<i>N</i> =28)	15.5 (9.2)	6.3 (6.6)	<0.001	5.04	1.0	0.5
CBCL-y (<i>N</i> =17)	36.7 (16.6)	28.0 (18.3)	<0.01	3.26	0.8	0.6
CBCLy-DBP (<i>N</i> =17)	17.5 (9.2)	13.3 (9.9)	<0.01	3.69	0.9	0.7
CBCL-ä (<i>N</i> =15)	52.5 (20.4)	47.5 (25.5)	0.209	1.32	(0.4)	(0.3)
CBCL-ä-DBP (<i>N</i> =15)	31.4 (10.3)	29.1 (12.9)	0.178	1.42	(0.4)	(0.3)
TRF (<i>N</i> =41)	59.6 (26.1)	48.7 (27.6)	<0.01	3.03	0.5	0.4
TRF DBP (<i>N</i> =41)	35.3 (18.0)	28.8 (19.2)	<0.01	2.78	0.4	0.4

*Cohens *d*

Mellangruppseffekter

Resultatet visade att det inte förekom några statistiskt signifikanta mellangruppskillnader mellan de två interventionsgrupperna på något av frågeformulären eller uppmätta delskalor. Även analyser utifrån LOCF visade att det inte fanns några statistiskt

signifikanta skillnader i effekt mellan MOS och MUS. När effektstorlekarna för mellan-gruppsskillnaderna beräknades utifrån Morris (2008) pekade de på en låg- till måttlig (0.02-0.5) bättre effekt för MOS på samtliga skalor.

Diskussion

Syftet med denna uppsats var att undersöka effekten av Marte Meo som intervention när barn uppvisar DBP i skolmiljö. Sammanfattningsvis visade resultatet att både MOS och MUS gav signifikanta resultat i form av minskade DBP-symtom, skattade av föräldrar och lärare. Däremot uppvisades inga statistiskt säkerställda skillnader beroende på vilken intervention barnen fick. I denna studie påverkades alltså inte behandlingen av om samordningssamtal ingick som en komponent i interventionen.

Inomgruppseffekter

Då gruppen som helhet uppmätte statistiskt signifikanta skillnader mellan för- och eftermätning, går resultaten i linje med tidigare forskning som visar att Marte Meo är en effektiv behandlingsintervention vid DBP hos barn (Axberg et al., 2006; Balldin et al., 2018). Effektstorlekarna varierade mellan medelhöga till höga, vilket också överensstämmer med resultaten från tidigare studier (Axberg et al., 2006; Balldin et al., 2018). Dessa resultat sågs både på föräldraskattningarna och lärarskattningarna. Att resultatet från de strängare LOCF-analyserna följde samma mönster som de första, ger ytterligare stöd till att Marte Meo är en verksam metod för att minska DBP-symtom hos barn i förskola och skola.

De resultat som inte var signifikant säkerställda var på skalorna CBCL-ä och CBCL-ä DBP. Att dessa föräldraskattningar inte visade en signifikant minskning i symtom kan bero på flera faktorer. Dels är gruppen som svarat på dessa skalor färre än på övriga skalor ($N=15$). Få deltagare gör det svårare att uppvisa eventuella skillnader som finns inom gruppen då risken för låg statistisk power samt typ I- och typ II-fel ökar. En annan möjlig orsak skulle kunna vara barnens ålder, då detta frågeformulär endast svarats på av föräldrar till barn mellan 6-12 år. Ju äldre barnen blir, desto fler är faktorerna i omgivningen förutom hemmet som kan påverka barnens beteende eftersom de tillbringar mer tid på arenor utanför hemmet, som i skola och med vänner. Att lärarskattningarna för dessa barn visade en signifikant minskning av DBP-symtom skulle kunna tyda på att effekten av behandlingen endast visade sig i skolmiljö. Tidigare forskning visar att det ofta är en låg generaliserbarhet av behandlingsresultat vid DBP mellan skola och hemmiljö (Balldin et al., 2018). Om föräldrarna tackade nej till insats i hemmet, är det således möjligt att effekten inte spreds till hemmet.

Ytterligare ett intressant fynd var att lärarskattningarna på skalan SESBI-IS (intensitetsskalan), trots den signifikanta minskningen i DBP-symtom som interventionen gav, fortsatt låg över det kliniska gränsvärdet. Detta skulle kunna vara en indikation på att barnen var i fortsatt behov av insatser. Däremot minskade deras skattningar på SESBI-PS (problemskalan) långt under det kliniska gränsvärdet, vilket istället pekar på att lärarna inte längre såg beteendet som ett problem, utan att de genom interventionen möjligen fått nya redskap för att hantera och förstå problemsituationer.

Mellangruppseffekter

Oavsett om barnen tilldelades MOS eller MUS så gav behandlingen effekt, men effekten mellan grupperna var inte statistisk signifikant. Att det i denna studie inte kunde uppmätas några mellangruppseffekter kan möjligen förstås mot bakgrund av att vi hade ett litet stickprov vilket gör det svårt att få statistisk power och hitta de skillnader som eventuellt finns mellan grupperna. Därigenom ökar risken för typ I och typ II-fel. Det är ett vanligt förekommande problem inom forskningen att få ett tillräckligt högt deltagarantal, i synnerhet när det gäller studier i naturliga miljöer (Chacko et al, 2016), vilket även utgör en begränsning i denna studies design. Därutöver har det visat sig vara svårt att uppmäta statistisk signifikans vid jämförelser av olika aktiva behandlingar, och eventuella skillnader är ofta små till måttliga (Weisz, 2013).

Skillnaderna i utfall mellan interventionerna blev inte signifikanta i denna studie. Likväl uppmättes små till medelstora effektstorlekar till MOS fördel, vilket ger en indikation på att det kan vara värt att replikera studien med ett högre deltagarantal. En annan möjlig förklaring är att det inte finns någon skillnad mellan behandlingsinsatsen MOS eller MUS. Detta går i linje med dismantlingforskning som menar att det oftast inte finns några signifikanta skillnader mellan kompletta och demonterade behandlingar, utan att det i huvudsak är gemensamma faktorer och inte de enskilda behandlingskomponenterna som utgör den verksamma effekten för att åstadkomma terapeutisk förändring (Bell et al., 2013).

Vidare skulle samordningssamtalen kunna fylla fler funktioner än förbättrad effekt på DBP-symtom. Det skulle kunna tänkas påverka föräldrarnas känsla av delaktighet och samarbete vilket var något som Tarnow Håkansson och Hansson (2015) hittade i sin kvalitativa studie som utvärderade komponenten samordningssamtal, men som inte fångades i denna studie där vi enbart mätte DBP-symtom. Ytterligare en tänkbar effekt av samordningssamtal skulle kunna vara att det påverkade föräldrarnas psykiska mående positivt.

Studiens begränsningar

En begränsning med vederbörande studie är bortfallet, där 14 av 50 (28 %) föräldrar och 9 av 50 (18 %) lärare inte lämnade in eftermätning. En bortfallsanalys visade att de barn och föräldrar som uteslöts från analysen inte skilde sig från de som lämnade in komplett data avseende demografiska faktorer. Det finns ändå en risk att det hade påverkat resultatet i en annan riktning om datan hade samlats in och det kvarstår att veta vad som gjorde att dessa deltagare inte lämnade in data efter interventionen. På grund av bortfallet blev även deltagarantalet lågt, på vissa deltest under gränsen för vad som kan anses vara acceptabelt när ett parametriskt test används, vilken medför att resultaten ska läsas med försiktighet då de möjligen kan ha påverkats av extremvärden.

Gällande föräldraskattningarna är det praxis att i första hand välja moderns uppgifter om barnet lever med en mor och en far, då mödrar i större utsträckning har en högre svarsfrekvens, vilket också var fallet i denna studie. Därutöver blir det enklare att jämföra denna studies resultat med tidigare forskning genom att använda samma metod för val av respondent som ska ingå i analysen. Detta förhållningssätt bidrar emellertid till att forskningen fortsätter att reproducera patriarkala normer om föräldraskapet och att faders upplevelser exkluderas, vilket utgör en begränsning även i denna studie.

Ytterligare en limitation i denna studie är att vi utgått från svensk forskning på Marte Meo och inte inkluderad internationell forskning. Detta val gjordes dels för att bättre kunna jämföra studiens resultat med forskning inom samma kulturella kontext, dels för att det är i Sverige som komponenten samordningssamtal skapats och adderats till ursprungsbehandlingen. Likväl finns det risker med att enbart utgå från ett begränsat forskningsunderlag.

Framtida forskning

En frågeställning som föll utanför föreliggande studies syfte, men som väckte vårt intresse, är huruvida föräldrarnas mående korrelerar med barnens DBP-symtom. Det känns inte främmande att tänka sig att föräldrars psykiska hälsa skulle förbättras i takt med att DBP-symtomen minskar och att detta skulle leda till en positiv spiral för hela familjesystemet. Som nämnts tidigare skulle komponenten samordningssamtal kunna vara till gagn för föräldrarnas mående. Det vore därför intressant att i framtiden undersöka föräldrarnas psykiska hälsa i relation till barnens DBP-symtom och även att utvärdera om samordningssamtalen är en modererande variabel.

Eftersom studien genomförts i en naturlig miljö, hos familjer och i skolklasser, hade det även varit av intresse att undersöka hur förändringen hos de enskilda individerna såg ut. Detta kan göras genom att undersöka klinisk signifikans, något som inte rymdes inom ramen för denna uppsats. Genom detta skulle eventuellt faktorer som påverkar hur stor effekt barnet får av interventionen kunna identifieras, exempelvis om komponenten samordningssamtal ger mer effekt för vissa individer men inte för andra.

Denna studie har inte undersökt vilka som fick behandlingsinsatsen i både hem och skola, då interventionen i hemmiljö var frivillig. Eftersom studier visat att det är svårt att generalisera effekter från skola till hemmet (Ballidin et al., 2018), är det rimligt att de som fick interventionen i bägge kontexter fick en bättre effekt av interventionen. Möjligt hade de som fick interventionen i både hem- och skolmiljö inte heller lika stort behov av samordningssamtal, som de familjer som enbart fick insatsen i skolan. Detta kan föreliggande studie inte utröna, men framtida forskning uppmuntras att undersöka detta vidare.

Slutligen...

...bekräftar föreliggande studie tidigare forskning som visat att Marte Meo är en effektiv behandlingsintervention för att minska DBP-symtom hos skolbarn i en svensk kontext. I likhet med annan dismantlingforskning framkom inga signifikanta skillnader mellan interventionen i sin helhet och när komponenten samordningssamtal uteslöts. Studien kan därmed sägas bidra till att styrka användningen att Marte Meo som behandlingsinsats i skola, men effekten av komponenten samordningssamtal är fortfarande oviss. Genom att tidigt behandla DBP i skola kan risken för antisocialt beteende minskas (Moffitt, 2003; Loeber & Farrington, 2000), något som är gynnsamt ur både ett individ- och samhällsperspektiv. Det är vår förhoppning att denna studie har bidragit till en nyfikenhet kring Marte Meo som tidig insats när barn uppvisar DBP.

Referenser

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Aarts, M. (2008). *Marte meo: basic manual* (2:a upplagan). Eindhoven: Aarts Productions.
- Axberg, U., Hansson, K., Broberg, A. G., & Wirtberg, I. (2006). The development of a systemic school-based intervention: marte meo and coordination meetings. *Family Process, 45*(3), 375-389.
- Axberg, U., Johansson Hanse, J., & Broberg, A. (2008). Parents' description of conduct problems in their children – a test of the Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI) in a Swedish sample aged 3-10. *Scandinavian Journal of Psychology, 49*, 597-505.
- Balldin, S., Bergström, M., Wirtberg, I., & Axberg, U. (2018). Marte meo and coordination meetings (MAC): a systemic school-based video feedback intervention - a randomised controlled trial. *Child and Adolescent Social Work Journal*.
- Bell, E. C., Marcus, D. K., & Goodlad, J. K. (2013). Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 722-736.
- Bergström, M., & Balldin, S. (2017). *Svensk normering av två bedömningsinstrument för lärare. Connor's teacher rating scale (CTRS) och Sutter-Eyberg student behavior inventory - revised (SESBI-R)*. [Swedish standardization of two assessment tools for teachers. Connor's Teacher Rating Scale (CTRS) och Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised (SESBI-R)]. Lund: School of Social Work, Lund University.
- Broberg, A. G., Ekeröth, K., Gustafsson, P. A., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T., et al. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *European Child and Adolescent Psychiatry, 10*, 186-193.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Burkey, M. D., Hosein, M., Morton, I., Purgato, M., Adi, A., Kurzrok, M., ... Tol, W. A. (2018). Psychosocial interventions for disruptive behaviour problems in children in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. doi:10.1111/jcpp.12894.
- Bäck-Wiklund, M., & Bergsten, B. (1997). *Det moderna föräldraskapet*. Falun: Natur o Kultur.
- Chacko, A., Chimklis, A., Chan, E., Lee, D., Pulgarin, B., Jensen, S.A., ... Cornwell, M. (2016). Engagement in behavioral parent training: Review of the literature and implications for practice. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19*, 204–215.
- Christensen, S.L., & Sheridan, S.M. (2001). *Schools and families, creating essential connections to learning*. New York: Guilford press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.
- Dodge, K. A., Greenberg, M. T., & Malone, P. S. (2008). Testing an idealized dynamic cascade model of the development of serious violence in adolescence. *Child Development, 79*, 1907-1927. doi:10.1111/j.1467-8624.2008.01233.x.

- Epstein, R. A., Fonnesebeck, C., Potter, S., Rizzone, K. H., & McPheeters, M. (2015). Psychosocial interventions for child disruptive behaviors: a meta-analysis. *Pediatrics*, *136*, 947–960. doi:10.1542/peds.2015-2577.
- Eyberg, S., & Pincus, D. (1999). *ECBI eyberg child behavior inventory and SESBI-R sut-ter – eyberg student behavior inventory – revised, professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Franken, A., Harakeh, Z., Vollebergh, W. A. M., Moffitt, T. E., Steglich, C. E. G., & Dijkstra, J. K. (2016). The role of self-control and early adolescents' friendships in the development of externalizing behavior: the snare study. *Journal of Youth and Adolescence*, *45*, 1800–1811. doi:10.1007/s10964-015-0287-z.
- Hansson, K., Wirtberg, I., & Axberg, U. (2012). *Förebyggande insatser för barn med beteendeproblem - jämförelse mellan resultat av enbart marte meo och marte meo och samordning i en randomiserad studie*. Opublicerad projektplan, Lunds Universitet: Socialhögskolan, Lund.
- Hedenbro, M., & Wirtberg, I. (2000). *Samspelets kraft, marte meo - möjlighet till utveckling*. Stockholm: Liber.
- Hejlskov Jørgensen, B., Veje, H., & Stolt, H. (u.å). *Hantering av problemskapande beteende* (Informationsmaterial). Hämtad från <http://hejlskov.se/wp-content/uploads/2016/12/HanteringAvProblemskapandeBeteende.pdf>
- Höök, B., & Cederblad, M. (2008). *Prövning av CBCL för förskolebarn (ASEBA)*. Umeå: Umeå Universitet.
- Larsson, B., & Frisk, M. (1991). Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Child Adolescence Psychiatry*, *8*(1), 24-33.
- Loeber, R., & Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, *12*, 737-762.
- Moffitt, T. E. (2003). Life-course persistent and adolescence-limited antisocial behavior: a 10-year research review and a research agenda. I T. E. Lahey, T. E. Moffitt & A. Caspi (red:er.), *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency* (ss. 49–75). New York: Guilford Press.
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest/control group designs. *Organizational Research Methods*, *11*, 364–386.
- Olsson, M., Hansson, K., & Söderlind, M. (2012). *Teacher estimates of emotional and behavioral problems in students aged 6–16 years: a normative study of the teacher report form (TRF)*. Umeå: Umeå Universitet.
- Reid, J. B., & Eddy, J. M. (2002). Preventive efforts during the elementary school years: the linking the interests of families and teachers project. I J. B. Reid, G. R. Patterson, J. Snyder (red:er.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention*, (ss. 219-233). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanchez, A. L., Cornacchio, D., Poznanski, B., Golik, A. M., Chou, T., & Comer, J. S. (2018). Review: the effectiveness of schoolbased mental health services for elementary-aged children: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*, 153–165. doi:10.1016/j.jaac.2017.11.022.
- Socialstyrelsen. (u.å.). *Marte Meo*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/evidens-baseradpraktik/sokimetodguidenforsocialarbete/martemeo>

- Stoltz, S., van Londen, M., Dekovic, M., de Castro, B. O., & Prinzie, P. (2012). Effectiveness of individually delivered indicated school-based interventions on externalizing behavior. *International Journal of Behavioral Development, 36*, 381–388.
- Tarnow Håkansson, P., & Hansson, A. (2015). *Samordningssamtal, en ren lyx!: föräldrars och pedagogers upplevelser av samordningssamtal inom interventionsmodellen marte meo och samordningssamtal*. Opublicerat psykologexamensarbete, Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Webster-Stratton, C., & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0–8 years). *Prevention Science, 2*, 165–192. doi:10.1023/A:1011510923900.
- Weersing, V., R. (2005). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy: program evaluation as a component of evidence-based practice. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(10), 1058-1062.
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M., & Jensen-Doss, A. (2013). Do evidence-based youth psychotherapies outperform usual clinical care? A multilevel meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 70*(7).
- Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American journal of preventive medicine, 33*(2), 130-143. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1176.
- Wirtberg, I., Pettit, B., & Axberg, U. (2012). *Marte meo och samordningssamtal: MOS, samarbete för att stödja barns utveckling*. Lund: Palmkrons.
- Wirtberg, I., & Axberg, U. (2006). Samordning mellan föräldrar och lärare med hjälp av det reflekterande samtalet. I H. Eliassen & J. Seikkula (red:er), *Reflekterande processer i praksis*. Oslo: Universitetsforlag.