



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Utvärdering av korttidsfamiljebehandling vid BUP Första linjen i Lund**

**Sarah Edvardsson & Georges Guedj**

Psykoterapeutexamensuppsats 2018

Handledare: Anne-Li Hallin  
Examinator: Håkan Johansson



## Sammanfattning

Syftet med denna uppsats har varit att utvärdera effekten av korttidsfamiljebehandling med fokus på förändringar i familjens känslomässiga klimat och förändringar av symtom hos det barn som är identifierad patient. Arbetet utgick från frågorna: Hur förändras upplevelsen hos de olika familjemedlemmarna avseende familjens känslomässiga klimat? Upplever barnet en symtomminskning? Upplever föräldrarna en symtomminskning hos barnet? Tolv familjer som var i kontakt med BUP Första linjen i Lund deltog i en strukturerad korttidsfamiljebehandling (KFB) om tre samtal. Före- och eftermätning gjordes med hjälp av självskattningsformulären Familjeklimat och Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). På familjenivå noterades en signifikant skillnad och god effektstorlek mellan före- och eftermätning både vid studie av förändrat känslomässigt familjeklimat och barnets symtomtyngd. Familjerna beskrev ökad närhet, mindre distans, mindre spontanitet och mindre kaos efter behandlingens tre samtal. Vidare noterades reducerad symtomtyngd avseende internaliserade och externaliserade symtom. Generellt upplevde föräldrarna att de hade fått hjälp samt att kontakten på mottagningen hade gjort det lättare att leva med problemen, medan barnen var något mindre positiva i sina svar. Om de resultat som presenteras i denna studie kan replikeras finns skäl att erbjuda såväl korttidsbehandlingar som familjeinterventioner inom Första linjens verksamhet.

**Nyckelord:** Korttidsfamiljebehandling, systemisk familjeterapi, barn, externaliserande symtom, internaliserande symtom, familjerelation

### **Abstract**

The purpose of this paper was to evaluate the effect of a short-term family treatment regarding changes in the family's emotional climate and changes in the symptoms of the child. The work was based on the questions: How does family members experience the family's emotional climate? Does the child experience a decrease in symptoms? Do the parents experience a decrease in the symptoms of the child? Twelve families who were in contact with BUP The First Line in Lund participated in a structured brief family treatment (KFB) in three sessions. Pre- and post-measurement were performed using the Self-Assessment Form Family Climate and Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). At family level, a significant difference and good effect size, between pre and post measurement. The families described increased proximity, less distance, less spontaneity and less chaos after the treatment's three sessions. Reduced symptoms were noted both in terms of internalized and externalized symptoms. Generally, the parents felt that they had received help in the meantime at the clinic and that the contact at the clinic had made it easier to live with the problems while the children were slightly more moderate in their answers. Can the results presented in this study be replicated, there are good reasons to offer both short-term and family interventions in First Line clinics.

**Keywords:** Brief family therapy, systemic family therapy, children, externalized symptom, internalized symptom, family relations

Ett stort tack till alla informanter som har bidragit med sin tid och sina upplevelser. Utan er hade denna uppsats inte varit möjlig!

Vi vill också tacka vår handledare Anne-Li Hallin för hennes närvaro, tillgänglighet, värme och goda råd.

Extra tack till Matti Cervin för all statistisk hjälp, den har varit ovärderlig.

Och slutligen tack till Katarina, Lotta och Yvonne som har varit behjälpliga med rekryteringen av informanter och med insamling av datamaterial.

## Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b> .....	5
Korttids familjeinterventioner i Sverige.....	6
Korttidsfamiljebehandling (KFB) vid Första linjen-mottagningen i Malmö/Lund.....	7
Tidigare forskning och teoretisk utgångspunkt för KFB.....	7
Systemteori.....	7
Lösningfokuserad terapi.....	8
Narrativ teori.....	9
Reflekterande team.....	11
Syfte.....	12
<b>Metod</b> .....	12
Deltagare.....	12
Mätinstrument.....	13
Familjeklimat.....	13
Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ.....	14
Design.....	15
Procedur.....	15
Dataanalys.....	16
Behandlare.....	16
Etik.....	16
<b>Resultat</b> .....	16
<b>Diskussion</b> .....	18
Resultatdiskussion.....	18
Metoddiskussion.....	19
Förslag till fortsatt forskning.....	22
Slutsats.....	22
<b>Referenser</b> .....	23
<b>Bilagor</b> .....	27

## Introduktion

WHO definierar psykisk hälsa som ett tillstånd av mentalt välbefinnande där varje individ kan förverkliga de egna möjligheterna och hantera sin livssituation med den stress som ingår i vardagen (WHO, 2014). När ett barn mår dåligt hindrar det barnet från att göra det han eller hon brukar göra. Det medför också ett lidande som ökar risken att måendet utvecklas till psykisk ohälsa med negativa konsekvenser för skolgång, social utveckling och möjligheter till ett bra vuxenliv (Sveriges Kommuner och Landsting [SKL], 2017).

Sedan 2009 har ett fokusområde för SKL varit att stödja kommuner och landsting att utveckla tidiga insatser till barn och ungdomar med tecken, alternativt risk, för utveckling av psykisk ohälsa. Tillsammans med regeringen har man genomfört utvecklingsåtgärder för barn och ungdomars psykiska hälsa, delvis genom tidiga insatser i första linjen-verksamheter (SKL, 2017). Dessa enheter är avsedda för lätta till medelsvåra problem och som bedöms kunna förbättras med relativt korta insatser (SKL, 2017).

Parallellt med SKLs fokus på tidiga insatser finns behov av effektiva och tidsbegränsade insatser och på flera av landets första linjen-enheter pågår ett sådant utvecklingsarbete. Vid Första Linjen-mottagningen i Lund infördes, kort efter det att verksamheten startade 2013, en strukturerad korttidsfamiljbehandling (KFB) och syftet med denna uppsats är att utvärdera effekten av KFB avseende symtomminskning hos det barn som är identifierad patient och förekomst av förändring avseende familjens känslomässiga klimat.

Begreppen familj och barn är väsentliga i detta arbete. Med familj avses människor som har en delad historia och underförstått en delad framtid tillsammans. Vidare avses ett emotionellt system bestående av minst två generationer - en eller två föräldrar och ett eller fler barn - som hålls ihop genom biologiska, rättsliga, och/eller historiska band och där nya medlemmar tillkommer genom födelse, adoption, engagemang, eller äktenskap (Mc Goldrick, Carter & Garcia-Preto, 2014). Med barn avses minderåriga barn mellan sex och 18 år. Enligt Föräldrabalken 6 kap, 2 § består vårdnaden av ett barn till dess det fyller 18 år (Notisum, u.å.), vilket får anses vara tidpunkten då man i lagens mening räknas som vuxen.

I denna studie förekommer begreppen internaliserade och externaliserade problem. Dessa syftar på emotionella symtom som till exempel depression och

oro/ångest (internaliserade problem) samt hyperaktivitet, utagerande och andra former av uppförandeproblem (externaliserade problem) (Goodman, Lamping & Ploubidis, 2010).

### **Korttids familjeinterventioner i Sverige**

Under nittiotalets första hälft påverkade dåvarande ekonomiska kris arbetet vid Barn-och ungdomspsykiatri (BUP). Sparbetingen inom offentlig sektor orsakade indragningar i skolans elevvård vilket resulterade i ökat tryck på de barn som hade behov av hjälp samtidigt som möjligheten att på nära håll få stöd minskade. Remisserna till BUP fördubblades och ingen resursförstärkning var möjlig. Hälften av de familjer som sökte barnpsykiatrisk hjälp erbjöds mellan ett och fyra besök, trots att familjerna ofta upplevde problemen som stora (Carlberg, 2000). De konsekvenser som följde denna ekonomiska kris utgjorde ett kraftfullt incitament till metodutveckling inom fältet, däribland familjebaserad korttidsintervention (Ringborg, 2005). Möjligheten att kunna erbjuda en tidsbegränsad och tydligt strukturerad insats uppskattades av familjerna och gav bra behandlingsresultat (Carlberg, Brodin Bjurmark, Nässén, Parment & Rhodin, 1998). Under 90-talets senare del initierade ett flertal BUP-mottagningar olika korttidsprojekt, samtliga med fokus att öka precisionen i det arbete som erbjöds (Abrahamsson, Arwidsson Andersson, Ekberg, Larsson & Maxlahti, 2002).

Korttidsterapi kunde hjälpa familjer med avgränsade problem, men visade sig även vara effektiv för familjer med större svårigheter. Kortare insatser var också ibland det som av olika skäl var möjligt för familjerna att genomgå (Carlberg et al., 1998). Det tydliggjordes att kortare insatser förutsatte att problemet var tydligt beskrivet och att ett gemensamt rimligt mål var formulerat. Det faktum att familjerna visste att behandlingstiden var begränsad motiverade till fokuserat arbete och att mötas några få gånger, med tydlig struktur kring avgränsade problem, innebar att familjen kände sig respekterad och lyssnad på även i tider av begränsade resurser och möjligheter (Carlberg, 2000).

En modell för externaliserade problem är "Brief Strategic Family Therapy" (BSFT), en korttidsbehandling som utvecklades i USA under sjuttioalet (Szapocznik, Scopetta & King, 1978) och som sedan dess praktiserats även i Sverige. Modellen finns upptagen i Socialstyrelsens nationella riktlinjer där BSFT beskrivs som en av de metoder som kan erbjudas för familjer med ungdomar som har missbruks- och beteendeproblem (Socialstyrelsen, u.å., Stockholms stad, u.å.). BSFT beskrivs som en



metod med bättre effekt på externaliserade problem jämfört med sedvanlig behandling (TAU) (Baldwin, Christian, Berkeljon, Shadish & Bean, 2012) och en metod med styrka att engagera och behålla familjer i behandling (Robbins et al., 2011)

### **Korttidsfamiljebehandling (KFB) vid Första linjen-mottagningen i Malmö/Lund**

Även i Region Skåne fanns behov av utvecklande av effektiv familjeterapeutisk behandling som kunde hjälpa barn och ungdomar med psykisk ohälsa, minska kötiden för behandling samt effektivisera behandlarens planering av mottagningens arbete. Som en konsekvens av detta påbörjades under 2008 ett pilotprojekt vid BUP Malmö i vilket man utvecklade en korttidsfamiljebehandling. Målgruppen var familjer med barn mellan 6 och 17 år där sökorsaken var oro över ett barn, men där man även hade beskrivit relationella problem. Behandlingen omfattade tre samtal, med cirka tre veckors mellanrum, och vid varje tillfälle deltog två terapeuter. Inför första samtalet erhöll familjerna information om datum för tre besök samt önskemål att samtliga familjemedlemmar skulle formulera upplevt problem och önskat mål med behandlingen (se bilaga 1). Vid första samtalet formulerades familjens gemensamma mål varpå samtalen fokuserade på lämpliga förändringar och positiva omformuleringar som kunde stärka utveckling i önskad riktning. I slutet av varje samtal sammanfattade behandlarna dagens samtal för familjen och återkopplade de reflektioner som gjorts. Modellen erhöll goda resultat och har sedan dess etablerats som ordinarie behandlingsutbud (Djurfeldt Östling & Eurén, 2012).

Den modell som infördes på BUP i Lund i samband med Första linjen-mottagningens öppnande i september 2013, och som undersöks i denna studie, är samma korttidsfamiljebehandling som utvecklades vid BUP i Malmö (bilaga 2). I överenskommelse mellan behandlare på Första linjen-mottagningen i Malmö och Första linjen-mottagningen i Lund döptes modellen till korttidsfamiljebehandling (KFB).

### **Tidigare forskning och teoretisk utgångspunkt för KFB**

Att arbeta med familjer där det finns barn eller ungdomar med beteendeproblematik av externaliserande eller internaliserande karaktär är, och har varit, en viktig uppgift för familjeterapeuter (Carr, 2014). Följande familjeinriktade interventioner har utgjort grund för KFB.

**Systemteori.** Systemteori utgår ifrån att en förändring i en del av systemet påverkar andra delar av systemet och man betraktar här familjen som om den vore ett

system som vilket system som helst. Många familjeterapeutiska företrädare anser att systemteori är familjeterapins kärna och att den som sådan ingår i ett flertal familjeterapeutiska modeller (de Shazer, 1994). Ett mänskligt system beskrivs här som ett antal människor med relationer till varandra vilket leder till att det uppstår lojaliteter, beroende och uppdelningar av funktioner (Wrangsjö & Rudfors, 1984). De grundläggande egenskaperna i levande system uppstår följaktligen i relation till varandra. När ett system reduceras till delar förloras dessa egenskaper varför helheten alltid är större än summan av delarna. Utifrån detta sätt att betrakta en familj är det inte meningsfullt att försöka förstå ett barns beteende utan att prata med barnet tillsammans med resten av dess familj (Nichols, 2014).

Utgångspunkten att arbeta med familjen som ett system, familjebehandling, grundar sig på att barn på lång sikt bäst hjälps av att familjen och dess relationer stärks, i stället för att lyfta ut barnet ur systemet och endast arbeta med barnet. Man samarbetar med familjen och använder dess egna resurser, såväl formella som informella, i syfte att stärka familjen och öka dess känsla av kontroll och kompetens (Berg, 1992). Att skifta från att endast titta på individen till att se familjen som ett system innebär att skifta fokus till relationsmönster (Nichols, 2014).

Carr (2014) har visat att kortare systemiska interventioner (sällan fler än 20 samtal) har positiv effekt på ett brett spektrum av problem hos barn, såväl barnpsykiatriska som somatiska. Familjeterapeutisk korttidsintervention (upp till sex samtal) har visat signifikant symtomreduktion hos barn och ungdomar som drabbats av psykisk ohälsa såsom framförallt depression, trottsyndrom och ångest (Wagner, Mildred, Gee, Black & Brann, 2017).

Det systemteoretiska synsättet tydliggörs i KFB redan när familjemedlemmarna via brev kallas till första samtalet. I detta brev (bilaga 1) ombeds familjen att tillsammans fundera över vad som är viktigast att få hjälp med, vilka sätt som de hittills har använt för att komma tillrätta med svårigheterna och vad de skulle vilja få ut av samtalen under behandlingen. På detta sätt belyses redan från början metodens fokus på familjens samarbete, familjens resurser och kompetens. Under samtalen får varje familjemedlem formulera sina problem och mål, och man uppmanas att enas om ett gemensamt mål. Behandlarna studerar familjens förmåga till samarbete och hur relationerna inom familjen ser ut.

**Lösningsfokuserad terapi.** Denna metod delar idén om “individen i sitt sammanhang” med familjeterapi och i synnerhet människans interaktioner med sitt

sammanhang. Samtidigt betonar lösningfokuserade terapin systemets önskan att sträva efter balans, att förändringsprocesser är ständigt pågående och inte går att undvika (Berg, 1992). Metoden har som grundtes att människor vill ha hjälp med att lösa sina problem varför lösningorienterade terapeuter inte intresserar sig för hur problem har uppstått, utan på tänkbara lösningar på dessa problem. Man intresserar sig således för framtiden, där lösningarna finns, och fokuserar på hur problemen ska lösas, inte på hur de ska förklaras (Hårtveit & Jensen, 2005). I Insoo Kim Bergs bok "Familjebehandling. Lösningfokuserat arbete med utsatta familjer" (1992) formuleras metodens tre grundregler: "Om det inte är trasigt, låt då bli att laga det. Om du vet vad som fungerar, gör då mer av det. Om det inte fungerar, upprepa det inte utan gör något annorlunda" (s. 30-31). Michael P. Nichols (2014) menar att de två mest verksamma delarna av lösningfokuserad terapi är att man bygger vidare på det som fungerar och hjälper människor att komma underfund med vad de vill, snarare än vad de inte vill.

Lösningfokuserad korttidsterapi utgår från den lösningfokuserade terapin som utvecklades på Center for Brief Therapy i Milwaukee, USA (De Shazer et al, 1986). Kim (2008) har i en meta-analys visat att lösningfokuserad korttidsterapi har effekt på externaliserade och internaliserade problem samt på familje- och relationsproblem. McKeel (2012) presenterar att lösningfokuserad korttidsterapi bidrog till att öka klienternas hopp och stärkte förväntningar att de skulle kunna uppnå sina terapeutiska mål. I en reviewartikel (Gingerich & Eisengart, 2000) identifierades att en studie rapporterade signifikant skillnad avseende depression (Sundstrom, 1993) och två studier fann att metoden var betydligt bättre än TAU avseende prestationsångest och depression (Littrell, Malia, & Vanderwood, 1995; Triantafillou, 1997). En annan reviewartikel från 2017 visar att den lösningfokuserade terapins fokus på styrkor och resurser ger ett positivt resultat i behandlingsarbetet (Franklin, Zhang, Froerer & Johnson, 2017). Ytterligare stöd för behandlingens positiva effekt finns för barn med internaliserad och externaliserad beteendeproblematik, vilket noteras i en reviewartikel från 2013 (Bond, Woods, Humphrey, Symes & Green, 2013).

Det lösningfokuserade synsättet är en bärande del av KFB genom att familjerna ska bli överens om vad som är problemet, hur de kan göra för att lösa det och vad de har som gemensamt mål.

**Narrativ teori.** En central aspekt i narrativt arbetssätt är att "bryta den onda cirkeln och sätta igång en mer positiv process" (White, 2000, sid. 209). I korta drag kan narrativ teori beskrivas som ett icke-klandrande, respektfullt förhållningssätt i vilken

människor ses som experter på sina egna liv och på så sätt ställs i centrum. Teorin utgår från att varje människa har färdigheter, förmågor, värderingar och livsmål till hjälp för att reducera de problem vi drabbas av (Morgan, 2004). Terapeutens nyfikenhet är en viktig princip, likaså att den person som behandlas är viktigast när beslut ska fattas om vilka vägar det terapeutiska arbetet ska ta (Morgan, 2004).

Michael White beskriver i sin bok "Kartor över narrativ praktik" (2012) sitt narrativa arbetssätt:

Min livslånga fascination för kartor har fått mig att se dem som metafor för mitt arbete med människor som anlitar mig i olika angelägenheter, dilemman och problem. När vi möts vet jag att det är början på en resa som inte är bestämd i alla detaljer och vars vägar inte är utstakade. Jag vet att vi antagligen kommer att välja några vägar till målet som erbjuder ovanligt vackra vyer. Jag vet att vi då vi närmar oss målet kommer att kliva in i världar av andra erfarenheter. (s. 12).

Narrativ teori identifierar självdestruktiva kognitioner; de berättelser människor förmedlar till sig själva om sina problem. Som narrativ terapeut vill man hjälpa klienten att utvidga sitt tänkande för att få möjlighet att överväga alternativa sätt att se på sig själv och sina problem (Nichols, 2014). Narrativa grundantaganden om en familj är att människan har goda intentioner och att hon är påverkad av rådande diskurser i omgivningen. Vidare att människor inte är sina problem och att vi kan utveckla alternativa narrativ, berättelser, till de problem eller myter vi har internaliserat (Nichols, 2014). Ett narrativt förhållningssätt kan sägas vara uppbyggt kring den personliga berättelsen och den sociala konstruktion man befinner sig i (Nichols, 2014). Det vetenskapliga underlaget vad gäller narrativ terapi och psykiska ohälsa hos barn är fortfarande begränsat såtillvida att andelen studier är få. Besa (1994) har dock visat att narrativ terapi reducerar konflikter mellan föräldrar och barn. Förklaringen till detta utgår från den narrativa teorins utgångspunkt att det går att finna hälsobringande undantag i problemfyllda berättelser. Dessa hälsobringande undantag fungerar som grund för förändring. Terapin hjälper familjen att skapa ett annat narrativ, berättelse, om sitt barn och sig själva (Besa, 1994). I KFB är ett narrativt synsätt en viktig del såtillvida att varje familjemedlem är expert på sitt eget liv och hur det framställs. Detta tydliggörs genom att varje familjemedlem, oavsett ålder, ägnas lika mycket tid åt sin problem- och målformulering samt att det är familjens eget förslag till förändring som används vid formulering av mål och hemuppgifter. Terapeuterna ser också till att alla förslag, idéer

och tankar respekteras och får plats i samtalen. Allt i syfte att vidga familjens tankar om sig själv.

**Reflekterande team.** Från och med 1970-talet betonades behovet av ett mer likvärdigt förhållande mellan terapeut och patient vilket ledde till att familjeterapin demokratiserades. Ett exempel på denna demokratisering är den norske psykiatrikern Tom Andersens modell med reflekterande team. Som ett led i Tom Andersens fokus på vikten av transparens började han, med sitt team och inför de familjer som erhöll behandling, öppet diskutera sina reaktioner på vad familjen berättade. Denna process lyftes fram som hjälp till familjen att känna sig delaktig i behandlingen samtidigt som den skapar empati för familjen hos terapeuterna (Nichols, 2014). Tom Andersen menade att man bäst kan tillgodose människors behov av psykiatrisk vård och stöd, såväl utifrån ett kliniskt som systemiskt perspektiv, genom att det systemiska tankesättet också måste inbegripa behandlarna själva och relationerna till övriga professionella. Detta med utgångspunkt i att de bästa idéerna är de som systemet själv har formulerat. Att arbeta med reflekterande team baseras på föreställningen att system som har kört fast mår bra av att ta del av den terapeutiska processen eftersom låsningar ofta beror på svårigheter att finna sätt att nå dit man önskar. Det borde därför vara hjälpsamt för familjerna att se hur terapeuterna arbetar när de försöker hitta nya vägar mot familjens mål (Andersen, 2003).

Användning av reflekterande team som teknik i det familjeterapeutiska arbetet har visat sig effektiv genom att internaliserade och externaliserade problem har minskat efter erhållen behandling (Höger, Temme, Reiter & Steiner, 1994). Man har också identifierat att familjers kommunikation förändrades direkt efter erhållen reflektion från det teamet. Kommunikationen förändrades till att handla om förtroende, omprövande, tröstande och vårdande i stället för kontrollerande, övervakning och skuldbeläggande (Griffith et al., 1992).

I KFB utgörs den reflekterande delen av en avslutningssekvens vid varje samtal där behandlarna, inför familjen, reflekterar med utgångspunkt i dagens samtal. Reflektioner berör vad behandlarna har sett gällande relationer inom familjen, styrkor och svagheter hos familjemedlemmarna, samarbetsförmåga och eventuella rollfördelningar. Familjemedlemmarna lyssnar och behöver varken svara eller kommentera reflektionen.

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att utvärdera effekten av KFB avseende förändringar i familjens känslomässiga klimat och förändringar av symtom hos det barn som är identifierad patient. Vårt arbete utgår från följande frågor:

- Hur förändras upplevelsen hos familjemedlemmarna avseende familjens känslomässiga klimat?
- Upplever barnet en symtomminskning?
- Upplever föräldrarna en symtomminskning hos barnet?

## **Metod**

### **Deltagare**

Under utvärderingsperioden som varade mellan maj 2016 och januari 2018 blev 13 familjer som var aktuella på Första linjen i Lund erbjudna att delta i KFB. Samtliga tackade ja. Inklusionskriterier för deltagande i KFB var noterade konflikter och/eller kommunikationssvårigheter även om detta inte behövde vara definierat som primär problematik, och som sådan noterades såväl utagerande beteende som oro och/eller nedstämdhet hos det barn som identifierades som patient. En viktig faktor var att samtliga familjemedlemmar, så långt det var möjligt, skulle medverka i behandlingen. Tidigare interventioner som exempelvis deltagande i någon av mottagningens gruppbehandlingar, föräldrastödande samtal eller stöd i att strukturera hjälpinsatserna till barnet på dess olika arenor var inget hinder för deltagande i KFB. De exklusionskriterier som formulerades avsåg familjer vars barn hade varit utsatta för övergrepp eller misshandel. Även familjer där barnen led av långvarig tvångsproblematik, psykos, ätstörning, akut kris eller bedömdes som med förhöjd suicidrisk exkluderades. Dessutom exkluderades familjer med psykosocial problematik som innebar att de redan hade flera olika sammanhang i vilka de erhöll grupp- eller familjesamtal. Deltagare rekryterades av all personal vid Första Linjenmottagningen i Lund.

Av de 13 familjer som påbörjade KFB valde en (1) att avbryta behandlingen efter första samtalet. Detta med hänvisning till att barnet/ungdomen inte längre ville medverka. Nedan presentation avser de tolv familjer som fullföljde behandlingen. Barnen var vid behandlingens början mellan sju och 17 år, med en medelålder på 12,8 år. Sju flickor och fem pojkar deltog i behandlingen tillsammans med sina föräldrar. I

elva familjer fanns syskon och i hälften av familjerna medverkade syskon i behandlingen. Syskonen var mellan 11 och 17 år. I nio familjer bodde barnen med båda sina biologiska föräldrar och i tre familjer med separerade föräldrar. Fyra av barnen hade haft tidigare barnpsykiatrisk kontakt. Åtta av familjerna hade sökt hjälp på grund av utagerande beteende hos barnet, och konflikter mellan barn och föräldrar. Fyra familjer hade sökt hjälp på grund av nedstämdhet och oro hos barnet. Samtliga familjer hade sitt ursprung från Sverige eller annat land i Europa. I syfte att inte riskera att röja identitet hos de familjer som deltog har vi valt att inte beskriva familjerna mer ingående vad gäller boende, socio-ekonomiska situation och andra data som till exempel språk eller kulturell bakgrund. Vår bedömning var att denna information inte påverkade uppsatsens syfte och/eller frågeställningar.

## Mätinstrument

För att utvärdera effekten av familjens förändring avseende relation och kommunikation användes Familjeklimat (bilaga 3) och för att undersöka förändring av patientens symtom användes SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) (bilagor 4, 5, 6 och 7). Mättillfällen var strax före första samtalet och direkt efter sista samtalet. I denna studie används skattningar på familjenivå, föräldranivå och barnnivå.

**Familjeklimat.** Familjeklimat studerar upplevelsen av samspel och stämning i familjen varför detta instrument bedömdes vara lämpligt för denna uppsats. Instrumentet är konstruerat på empirisk grund utifrån vanligt förekommande beskrivningar om familjers klimat och har konstaterats ha tillfredsställande psykometriska egenskaper avseende validitet och reliabilitet (Hansson, 1989).

Vid framtagandet av detta instrument var en viktig utgångspunkt att det skulle vara lätt att förstå så även unga familjemedlemmar skulle kunna besvara det. Det skulle även vara möjligt att göra uppföljningar som inte styrdes av tidigare svar (Hansson, 1989). Skattningsformuläret består av en adjektivlista innehållande 85 adjektiv som, efter faktoranalys, har sorterats under fyra faktorer: Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos. Faktor *Närhet* består av 18 adjektiv som beskriver ett positivt klimat som exempelvis värme, trygghet och harmoni. Faktor *Distans* omfattar elva adjektiv och beskriver en negativ stämning som kyla och avståndstagande mellan familjemedlemmarna. Faktor *Spontanitet* omfattar sex adjektiv som till exempel livligt, barnsligt, explosivt eller spontant. Dessa uttrycker familjens känslomässiga uttrycksfullhet i både positiva och mindre positiva termer. Slutligen faktor *Kaos* som

omfattar sex adjektiv vilka alla relaterar till ordnade tillstånd i familjen (Hansson, 1989; Söderlind & Johnsson, 2004).

Varje enskild familjemedlem, över elva år, markerar minst 15 ord som de själva anser bäst beskriver stämningen inom sin familj (Hansson, 1989; Hansson & Sundelin, 1995; Söderlind & Johnson, 2004). Ju fler ord som skattats i respektive grupp desto högre värden på tillhörande faktor (Hansson, 1989). Svaren ger en möjlighet att utläsa hur den enskilda familjemedlemmen, eller familjen som helhet, upplever det känslomässiga klimatet inom familjen, och huruvida det finns kongruens mellan familjemedlemmarnas skattningar (Söderlind, 2006).

I utvärderingen av Familjeklimat användes samtliga svar av de som fullföljde behandlingen. Familjeklimat fylldes inte i av de två yngsta barnen (under 11 år). Ett barn fyllde endast i tre adjektiv av minst 15 önskade vid föremätning av Familjeklimat. Vid eftermätning fyllde barnet dock i 15 adjektiv. En förälder var inte närvarande vid tredje och sista samtalet, och lämnade således inte in efterskattningar på behandlingen.

**Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ.** Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) är ett frågeformulär rörande barns psykiska hälsa och finns i tre versioner; självskattning, föräldraskattning och lärarskattning (Goodman & Goodman, 2009). Instrumentet riktar sig till barn och ungdomar mellan 4 - 17 år och deras föräldrar. Självskattningsdelen avser barn som har fyllt 11 år (Goodman & Goodman, 2009). SDQ är baserat på de etablerade och internationellt väl spridda instrumenten Rutters formulär (Rutter, 1967) och Child Behavior Checklist (CBCL) (Achenbach, 1991). Robert Goodman, som har konstruerat SDQ, har även utgått från diagnosmanualen DSM-IV (Socialstyrelsen, 2012). Instrumentet innehåller fem delskalor: emotionella symtom, kamratproblem, hyperaktivitet och uppförandeproblem samt prosocialt beteende. Till de internaliserade symtomen räknas emotionella symtom och kamratproblem. De externaliserade symtomen innefattar hyperaktivitet och uppförandeproblem. Den femte delskalan (prosocialt beteende) ingår inte i mätningarna av svårigheter, utan är ett positivt mått över hänsynstagande, hjälpsamhet och att kunna dela med sig. Det finns också en andra del av SDQ som handlar om svårigheternas längd, lidande och eventuell funktionsnedsättning. I uppföljningsformuläret, som används efter erhållen behandling, finns två tilläggsfrågor rörande upplevelse av att ha fått hjälp med sina problem eller ej (Harvey, 2015). Dessa frågor har svarsalternativ enligt en femgradig Likertskala från ”Mycket sämre” till ”Mycket bättre”.



Internationellt betraktas SDQ som ett instrument med god reliabilitet och validitet (Björnsdotter, Enebrink & Ghaderi, 2013). Det finns inte svenska normer för alla åldersgrupper vilket försvårar tolkning av symtomtyngd (Harvey, 2015). Smedje, Broman, Hetta & von Knorring (1999) som översatte SDQ till svenska konstaterar att den svenska versionen av SDQ - föräldraskattning - har adekvata psykometriska egenskaper men att det behövs ytterligare undersökningar avseende validitet och genus specifika egenskaper. På samma sätt noterar Socialstyrelsen att den svenska versionen endast har normer för föräldraskattningen för 6 - 10 åringar (Socialstyrelsen, 2012).

SDQ fylldes i av föräldrarna och det barn som identifierades som patient. En förälder var inte närvarande vid tredje och sista samtalet, och lämnade därför inte in efterskattningar på behandlingen. Resultat och tillhörande diskussion baseras på Externaliserade symtom respektive Internaliserade symtom.

## **Design**

Effektivitetsforskning är sådan som fokuserar på interventionsstudier. Med behandlingsresultat från naturalistisk klinisk miljö avses att kontrollprocesser inte finns implementerade; det är patienten som söker vård, flera av dessa har multipla svårigheter av klinisk art och behandlingen ges av de terapeuter som vanligen erbjuder denna behandling (Kazdin, 2003).

Den design vi använde oss av i denna studie är en så kallad före- och efterdesign (Carlsson, 1986). Familjerna deltog i en interventionsstudie där uppgiften var att utvärdera huruvida behandlingsmetoden (KFB) gav effekt vilket kontrollerades med hjälp av före- och eftermätning med hjälp av de självskattningsformulär som ovan beskrivits. Gruppen familjer som deltog utgjorde sin egen kontrollgrupp och det fanns ingen extern kontrollgrupp att jämföra med.

## **Procedur**

Efter att familjen hade tackat ja till deltagande fick de inledningsvis, vid första besöket, fylla i var sitt formulär av Familjeklimat samt var sitt formulär av SDQ. Familjen fick även skriftlig information om syftet med utvärderingen och kontaktuppgifter till de ansvariga för studien (bilaga 8). Efter att det tredje samtalet hade genomförts fick familjerna återigen fylla i var sitt formulär av Familjeklimat samt var sitt uppföljningsformulär av SDQ. Detta gjordes i direkt anslutning till samtalet, innan

de lämnade mottagningen. Formulären kodades från 1 till 13 och endast ansvariga för studien hade tillgång till kodnyckeln.

### **Dataanalys**

För beräkning av effekt av KFB användes Paired Samples T-test för såväl Familjeklimat som SDQ. Beräkningar gjordes även avseende effektstorlek. Analys av före- och eftermätning gjordes för familj, föräldrar och barn. För samtliga beroendevariabler genomfördes kontroll avseende kurtosis, skewness, normalfördelning och outliers. Detta i enlighet med rådande statistiska riktlinjer. Alla analyser genomfördes med SPSS v. 23.0 (IBM Corp, Armonk, NY).

### **Behandlare**

De behandlare som ansvarade för familjernas behandlingar var tre socionomer och en psykolog. En av socionomerna var även legitimerad psykoterapeut med inriktning familjeterapi. De andra två socionomerna hade båda grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning familjeterapi, varav en också en pågående utbildning på psykoterapeutprogrammet med inriktning familjeterapi, tillika en av författarna till detta arbete. Behandlarna hade mellan 10–20 års erfarenhet av barnpsykiatriskt arbete och arbetade med KFB i fasta par.

### **Etik**

Samtliga familjemedlemmar erhöll information om studiens upplägg och syfte innan de gav sitt muntliga samtycke till att delta i utvärderingen. Största möjliga konfidentialitet eftersträvades i utvärderingen genom att ingen obehörig fick ta del av materialet. Materialet förvarades på sådant sätt att det bara var åtkomligt för utvärderingsledarna. I rapporteringen av resultaten av identifierades informanterna så att det inte gick att koppla resultatet till enskilda individer. Deltagandet i studien var frivilligt, och familjemedlemmarna kunde när som helst avbryta sitt deltagande utan närmare motivering, och utan risk för att behandlingen skulle påverkas.

### **Resultat**

Resultatavsnitt presenteras med resultat för instrument Familjeklimat (Tabell 1) och SDQ (Tabell 2); före- och eftermätning. Tolv familjer av 13 fullföljde behandlingen och nedan beräkningar baseras på dessa tolv familjer.

**Tabell 1: Familjeklimat.** Före- och eftermätning. Medelvärde (*m*), standardavvikelse (*sd*), signifikansnivå (Sig. 2-tailed) samt effektstorlek (Cohens *d*)

	<b>Före <i>m (sd)</i></b>	<b>Efter <i>m (sd)</i></b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>Sig. (2-tailed)</b>	<b>Cohens <i>d</i></b>
<b><i>Familj</i></b>						
Närhet	1,02 (0,58)	1,56 (0,77)	3,19	11	<b>0,009</b>	0,8
Distans	0,79 (0,54)	0,34 (0,45)	2,71	11	<b>0,020</b>	0,9
Spontanitet	1,10 (0,77)	0,70 (0,74)	2,42	11	<b>0,034</b>	0,5
Kaos	1,22 (0,79)	0,70 (0,74)	2,88	11	<b>0,015</b>	0,7
<b><i>Barn</i></b>						
Närhet	0,60 (0,70)	1,23 (1,08)	2,83	14	<b>0,013</b>	0,7
Distans	0,74 (0,62)	0,37 (0,54)	2,22	14	<b>0,043</b>	0,6
Spontanitet	1,01 (0,98)	1,06 (1,24)	0,15	14	0,887	0,0
Kaos	1,55 (1,50)	0,86 (1,37)	1,61	14	0,129	0,7
<b><i>Föräldrar</i></b>						
Närhet	1,22 (0,83)	1,62 (0,81)	2,92	22	<b>0,008</b>	0,5
Distans	0,81 (0,70)	0,39 (0,50)	2,51	22	<b>0,020</b>	0,7
Spontanitet	1,27 (0,99)	0,63 (0,95)	3,06	22	<b>0,006</b>	0,7
Kaos	1,20 (1,15)	0,80 (1,18)	1,32	21	0,201	0,3

**Tabell 2 SDQ;** före- och eftermätning. Medelvärde (*m*), standardavvikelse, (*sd*), signifikansnivå (Sig. 2-tailed) och effektstorlek (Cohens *d*).

	<b>Före <i>m (sd)</i></b>	<b>Efter <i>m (sd)</i></b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>Sig. (2-tailed)</b>	<b>Cohens <i>d</i></b>
<b><i>Familj</i></b>						
Externalisering	7,42 (3,33)	6,01 (1,93)	2,32	11	<b>0,043</b>	0,5
Internalisering	7,18 (3,20)	5,61 (2,90)	2,60	11	<b>0,026</b>	0,5
<b><i>Barn</i></b>						
Externalisering	8,11 (3,95)	7,55 (3,35)	0,57	8	0,584	0,2
Internalisering	7,80 (3,01)	8,00 (3,16)	0,21	9	0,840	0,1
<b><i>Föräldrar</i></b>						
Externalisering	6,56 (3,74)	5,13 (3,28)	2,67	22	<b>0,014</b>	0,4
Internalisering	6,96 (3,87)	4,65 (2,91)	4,25	22	<b>0,000</b>	0,7

I SDQ uppföljningsformulärs två tilläggsfrågor (se bilagor 5 och 7) noterades att de barn som fyllde i uppföljningsformuläret (nio stycken av tio) upplevde att problemen hade blivit "något bättre". Övervägande delen av föräldrarna (16 av 20 svarande) upplevde att problemen hade blivit "något bättre" eller "mycket bättre". På frågan huruvida problemen hade blivit lättare att leva med efter kontakten på mottagningen svarade hälften av barnen "bara lite" (fyra stycken), och andra hälften "ganska mycket" (fyra stycken). Två barn svarade inte på denna fråga. En majoritet av föräldrarna (14 stycken) uppgav att det hade blivit "ganska mycket" lättare att leva med problemen, tre föräldrar uppgav att det blivit "bara lite" lättare att leva med problemen, medan fyra föräldrar tyckte att det har blivit "väldigt mycket" lättare att leva med de problem som var orsaken till att man hade sökt hjälp.

### **Diskussion**

Syftet med denna studie var att utvärdera vilken effekt korttidsfamiljebehandling, KFB, har på förändringar i familjens känslomässiga klimat och förändringar av symtom hos det barn som är identifierad patient. Med hänsyn till att arbetet endast baseras på tolv familjer är generaliserbarheten låg och det går därför inte att dra några generella slutsatser. Det faktum att studien har karaktär av interventionsstudie med före- och eftermätning utan kontrollgrupp försvårar ytterligare generaliserbarheten. Som hypotesgenererande kan resultaten dock vara av intresse.

### **Resultatdiskussion**

På familjenivå noteras en signifikant skillnad och god effektstorlek mellan före- och eftermätning både vid studie av förändrat känslomässigt familjeklimat och barnets symtomtyngd. Familjerna beskriver ökad närhet, mindre distans, mindre spontanitet och mindre kaos efter behandlingens tre samtal. Vidare noteras reducerad symtomtyngd både vad gäller internaliserade och externaliserade symtom. Dessa resultat ligger i linje med vad Carlberg och kollegor har beskrivit i en liknande studie vid BUP Stockholm (Carlberg et al., 1998). I Stockholmsstudien framkommer att 63 % av föräldrarna uppgav kvarstående positiv effekt vid uppföljning sex månader efter avslutad behandling. Carlberg kunde dessutom tydliggöra att det för pojkarnas del oftare innebar att symtomen försvann helt och för flickornas del att problemen minskade (1998). I vårt arbete har det på grund av den begränsade andelen deltagare inte varit möjligt att göra denna typ av distinktion mellan pojkar och flickor. Vidare går det inte heller att uttala

sig om långtidseffekt eftersom den tolfte familjen avslutade sin KFB relativt nyligen och långtidsuppföljning därför inte har varit möjligt att redovisa.

Noterbart är att barn och föräldrar skiljer sig åt såtillvida att det för barnen finns en signifikant skillnad vid undersökning av känslomässigt familjeklimat med ökad närhet och minskad distans medan det hos föräldrarna även noteras en skillnad avseende minskad spontanitet. Vad gäller förändring av symtom identifieras att barnen inte redovisar någon egentlig symtomförbättring medan föräldragruppen upplever en skillnad både vad gäller externaliserade och internaliserade symtom. En möjlig förklaring kan vara att upplevd symtomminskning tar längre tid än upplevelsen av färre konflikter och skillnad i närhet och distans. Vidare att barnet eller ungdomens tankar om eget mående och om tidigare konflikter inte har förändrats på den korta tid mellan start och avslut av behandling, men att de med föräldrarnas hjälp kan hantera sitt mående på sådant sätt att de mer sällan hamnar i konflikt och missförstånd. Med utgångspunkt i en familjeterapeutisk kontext skulle detta kunna formuleras att det som sker i rummet hjälper familjen att omformulera sin livssituation, sitt narrativ, vilket förändrar föräldrarnas syn på barnens symtom och skapar en annan och mer nyanserad bild av barnet än den som tidigare präglats av problem. Enligt en sådan hypotes sker förändring på familjenivå oavsett egentlig symtomminskning hos barnen; att interventionen i form av KFB påverkar familjens relationer och kommunikation och bidrar till positiva omformuleringar och förändringar i familjens berättelse. Det skulle kunna betyda att det känslomässiga familjeklimatet förbättras även om barnet har kvarstående symtom.

En viktig aspekt är denna skillnad mellan barnens och föräldrarnas beskrivning av symtomtyngd. Vad ser föräldrarna som barnen inte känner? Utifrån KFB-modellens tydliga hörnsten med allas rätt till sin egen sanning måste dessa båda utsagor ges lika stort utrymme varför det blir betydelsefullt att inför kommande studier fundera på hur man bättre tillgodoser den delen av behandlingen som syftar till förbättrad psykisk hälsa hos barnet eller ungdomen. Behöver vi ställa andra frågor och förändra behandlingens kontext för att få barnet/ungdomen att bli mer delaktig, att öppna sig mer och berätta om sin livshistoria i relation till det sammanhang de lever i? Är tre samtal eller den totala tidsrymden om ungefär sex veckors behandling för lite?

## **Metoddiskussion**

Utformningen av en interventionsstudie, före- och eftermätning, utan kontrollgrupp försvårar tolkning av resultaten. Vissa forskare menar att validiteten är

tydligt bättre i kontrollerade studier än i en naturalistisk klinisk miljö, medan andra framhåller att man får en likvärdig behandlingseffekt oavsett kontrollerad studie eller ej (Kazdin, 2003). Vi vill dock mena att validiteten i denna uppsats hade stärkts om studien hade kunnat genomföras som en randomiserad sådan med kontrollgrupp. Utöver undersökningens brister vad gäller avsaknad av randomisering och kontrollgrupp samt gruppens storlek finns även en del frågor som handlar om de instrument som användes. För Familjeklimat är användningen begränsad varför det har varit svårt att hitta adekvat jämförelsematerial. Vidare finns en del frågetecken som rör faktorn Spontanitet. Denna faktor är svårast att definiera och inte helt enkel att placera på ett kontinuum mellan positiv och negativ laddning. I Spontanitet ingår adjektiv som Livligt, Explosivt, Spontan och Barnslig. Explosivt kan bära en negativ laddning men det är inte självklart hur personer uppfattar och förhåller sig till livligt eller barnsligt. I spontanitet finns också en idé om frihet, att göra det man vill utan planering, mer omedvetet och utan reflektion. Även detta kan av olika personer och i olika sammanhang ha endera positiv eller negativ laddning. En fenomenologisk analys av Spontanitet hade därför behövts för att få bättre förståelse av vad denna variabel de facto mäter. I tidigare forskning har man också konstaterat problem med denna variabel och Spontanitet har betraktats som med ett lägre förklaringsvärde än de andra variablerna i Familjeklimat. Diskussioner har förts huruvida variabeln Spontanitet är felrubricerad och snarare mäter graden av konflikt än en familjs känslomässiga uttrycksfullhet (Söderlind, 2006). Söderlind & Johnsson (2004) har också konstaterat att det förefaller finnas ett samband mellan faktor Spontanitet och faktor Kaos på så sätt att dessas höga respektive låga värden ofta följer varandra. En ny genomgång av instrumentet Familjeklimat, både vad gäller validitet och reliabilitet, samt en uppgradering av språket skulle kanske öka dess användbarhet eftersom instrumentet är från 1989 och möjligen bygger på adjektiv som inte har åldrats så väl.

När det gäller SDQ valde vi att presentera resultaten utifrån parametrarna Externaliserade symtom och Internaliserade symtom och inte från delskalorna Emotionella symtom, Uppförandeproblem, Hyperaktivitet (som ibland benämns koncentrationssvårigheter) och Kamratproblem. Anledning till detta val är att studier från SDQ oftast presenteras baserat på dessa två huvudrubriker, i synnerhet när gruppen inte är större än vad som är aktuell i denna undersökning. Instrumentet har ytterligare en delskala, "Prosocialt beteende", som mäter omtänksamhet och generositet. Denna ingår inte i instrumentets totala svårighetspoäng utan utgör ett positivt mått på barnets

benägenhet att visa hänsyn, dela med sig och vara hjälpsam. Denna skala ingick inte i aktuella beräkningar och det finns anledning att fundera på om samtliga delskalor, trots det låga deltagarantalet, ändå borde ingått i beräkningarna. Möjligen hade vi kanske sett en relation mellan symtomminskning eller -ökning och barnens förmåga till ett prosocialt beteende.

En svaghet med aktuell design, före- respektive eftermätning i en och samma grupp, är att det kan finnas okontrollerade yttre faktorer som har påverkat eftermätningarna. Det är följaktligen svårt att veta huruvida det är KFB som har skapat en förändring i familjens klimat eller om det är andra faktorer som har påverkat de resultat som noteras vid beräkningen.

Andra svagheter med en före-efter design är att mätningen i sig kan ha påverkat utfallet, i synnerhet som familjen fyller i eftermätningen precis efter att de har avslutat det sista samtalet. Vidare finns, vid denna typ av upprepade jämförelser, en risk för regression mot medelvärdet, det vill säga att värdena dras mot medelvärde vid eftermätningen (Carlsson, 1986).

Det är svårt att veta huruvida det tredje samtalets effekt har utvärderats eftersom mätningen sker i direkt anslutning till detta besök. Anledningen till att vi ändå valde detta sätt var av respekt gentemot deltagande familjer. Vi önskade att utvärderingen skulle ta så lite tid som möjligt i anspråk för dem, det skulle vara enkelt att delta. Svaren kan även ha påverkats av familjernas eventuella önskan att vara till lags mot behandlarna. En av behandlarna i denna undersökning är också en av författarna, vilket kan ha haft en viss påverkan avseende familjemedlemmarnas skattningar. Dessutom finns en obalans såtillvida att tio familjer behandlades av ett och samma terapeutpar medan två av familjerna behandlades av ett annat terapeutpar.

Det finns ingen egentlig kontroll av följsamhet (adherence) till den metod som utvärderas. Vid utvecklande av KFB vore det därför önskvärt med en tydligt formulerad manual och att samtalen spelas in för att, via oberoende skattare, bedömas avseende grad av följsamhet. Detta för att med ökad säkerhet kunna uttala sig huruvida det är metoden som har effekt eller om en förändring kan förklaras av andra variabler.

Det finns följaktligen en del att ta hänsyn till vid tolkning av resultaten och det är svårt att avgöra vad som har påverkat noterad effekt; behandlingsmetoden, terapeuterna eller andra mekanismer.

## **Förslag till fortsatt forskning**

För att stärka validiteten i denna undersökning hade det varit önskvärt att upprepa studien som en kontrollerad randomiserad studie i vilken effekten av KFB jämförs med annan behandling. I enlighet med de svagheter som ovan noterats hade det varit önskvärt att en sådan undersökning inbegriper långtidsuppföljning och ett tillräckligt stort antal deltagare för att nå adekvat power vid statistiska beräkningar. Vidare hade det varit positivt om undersökningen även inkluderar en oberoende kontroll av följsamhet till metod och att skattningar administreras av oberoende person.

## **Slutsats**

Denna utvärdering visar att de tolv familjer som fullföljde behandlingen uppvisade signifikant förbättring efter tre familjesamtal. Det känslomässiga klimatet i familj beskrevs som mer positivt och föräldrarna noterade minskade symtom hos barnen. Detta resultat stärker värdet av familjeterapeutiska interventioner inom Första linjens verksamhet, exempelvis som en första insats när familjer, utöver annan psykiatrisk problematik, beskriver relations- och kommunikationsproblematik. KFB skulle också möjligen kunna användas som behandling till patienter på väntelistor. Om de resultat som presenteras i denna studie kan replikeras i studie med randomisering till intervention med KFB respektive kontrollgrupp, finns skäl att erbjuda såväl korttidsbehandlingar som familjeinterventioner inom Första linjens verksamhet.



## Referenser

- Abrahamsson, E., Andersson Arwidsson, U., Ekberg, A-C., Larsson, I. & Maxlahti, E. (2002). *Rapport om Korttidsprojektet vid BUP i Östersund 001101 - 011231*. BUP-verksamheten i Östersund.
- Achenbach, T.M. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist Profile*. Burlington, Vt: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Andersen, T. (2003). *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen*. Stockholm: Mareld.
- Baldwin, S., Christian, S., Berkeljon, A., Shadish, W., & Bean, R. (2012). The effects of family therapies for adolescents delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of marital and family therapy*, 38, 281-304.
- Berg, I. K. (1992). *Familjebehandling. Lösningfokuserat arbete med utsatta familjer*. Stockholm: Mareld.
- Besa, D. (1994). Evaluating Narrative Family Therapy Using Single-System Research Designs. *Research on Social Work Practice*, 4(3), 309-325.
- Björnsdotter, A., Enebrink, P. & Ghaderi, A. (2013). Psychometric properties of online administered parental strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 7(40), 1-9.
- Bond, C., Woods, K., Humphrey, N., Symes, W. & Green, L. (2013). Practitioner Review: The effectiveness of solution focused brief therapy with children and families: a systematic and critical evaluation of the literature from 1990-2010. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(7), 707-723.
- Carlberg, M., Bjurmark Brodin, G., Nässén, J., Parment, G. & Rhodin, K. (1998). *Att systematiskt erbjuda korttidsterapi till föräldrar och barn. Uppföljning och utvärdering av försöksverksamhet inom öppen barn och ungdomspsykiatrisk vård (PBU)* (Omsorgsnämndens rapportserie 98-02). Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Carlberg, M. (2000). Korttidsterapi inom barnpsykiatri - möten med tydlig struktur. *Mellanrummet. Tidskrift om barn- och ungdomspsykiatri*, 3, 89-93.
- Carlsson, B. (1986). *Grundläggande forskningsmetodik för vårdvetenskap och beteendevetenskap*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of family therapy*, 36, 107-157.

- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, S., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family process*, 25(2), 207-221.
- De Shazer, S. (1994). *Spel med skillnad - grundläggande idéer bakom den lösningsfokuserade korttidsterapin*. Stockholm: Mareld.
- Djurfeldt Östling, M. & Eurén, B-M., (2012). *Familjer i förändring. Rapport från familjeterapeutisk korttidsbehandling*. BUP Malmö, Region Skåne.
- Franklin, C., Zhang, A., Froerer, A. & Johnson, S. (2017). Solution focused brief therapy: a systematic review and meta-summary of process research. *Journal of Marital and Family Therapy* 43(1): 16-30.
- Gingerich, W.J. & Eisengart, S. (2000). Solution focused brief therapy: a review of the outcome research. *Family process*, 39(4), 477-498.
- Goodman, A. & Goodman, R. (2009). Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*, 48(4), 400-403.
- Goodman, A., Lamping, D.L. & Ploubidis, G.B. (2010). When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 1179-1191.
- Griffith, J. L., Griffith, M. E., Krejmas, N., Mc Lain, M., Mittal, D., Rains, J. & Tingle, C. (1992). Reflecting team consultations and their impact upon family therapy for somatic symptoms as coded by Structural Analysis of Social Behavior (SASB). *Family Systems Medicine*, 10(1), 53-58.
- Hansson, K. (1989). *Familjediagnostik*. (Doktorsavhandling). Lunds universitet, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri och Institutionen för tillämpad psykologi.
- Hansson, K. & Sundelin, J. (red.) (1995). *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Harvey, J. (2015). *Våra VIKTiga barn - rapport och utvärdering av verksamheten under 2014*. (PM, Nacka kommun). Nacka.
- Hårtveit, H., & Jensen, P. (2005). *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Stockholm: Mareld.
- Höger, C., Temme, M., Reiter, L. & Steiner, E. (1994). The Reflecting Team approach: convergent results of two exploratory studies. *Journal of Family Therapy*, 16, 427-437.

- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed). Boston: Allyn & Bacon.
- Kim, J. (2008). Examining the effectiveness of Solution Focused Brief Therapy: a meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18(2), 107-116.
- Littrell, J.M., Malia, J.A. & Vanderwood, M. (1995). Single-session brief counseling in a high school. *Journal of Counseling and Development*, 73, 451–458
- Mc Goldrick, M., Carter, B., & Preto, N. (2014). *Expanded family life cycle: Individual, family, and social perspectives*. Boston: Pearson Allyn & Bacon.
- McKeel, J. (2012). What works in solution-focused brief therapy: A review of change process research. I Cynthia Franklin, Terry S. Trepper, Eric E. McCollum, & Wallace J. Gingerich (Eds.), *Solution-Focused Brief Therapy: A Handbook of Evidence-Based Practice* (p. 130-143). New York: Oxford University Press.
- Morgan, A. (2004). *Vad är narrativ terapi?* Lund: Studentlitteratur.
- Nichols, M.P. (2014). *The essentials of family therapy* (6th ed.). USA: Pearson.
- Notisum (u.å.). Svensk lagsamling. Föräldrabalken Hämtat 1 april 2018 från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19490381.htm>
- Ringborg, M. (2005). Familjebaserad korttidsintervention inom barn- och ungdomspsykiatrin. *Fokus*, 33, 306-319.
- Robbins, M.S., Feaster, D.J., Horigian, V.E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., Miller, M., Burlwe, K.a., Hodgkins, C., Carrion, I., Vandermark, N., Schindler, E., Werstlein, R. & Szapocznik, J. (2011). Brief strategic family therapy versus treatment as usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 713-727.
- Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1–11
- Smedje, H., Broman, J.E., Hetta, J. & von Knorring, A.L. (1999). Psychometric properties of a Swedish version of the “Strengths and Difficulties Questionnaire”. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 63-70.
- Socialstyrelsen (2012). SDQ (The Strengths and Difficulties Questionnaire). Hämtat 14 februari 2018 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/sdq>
- Socialstyrelsen (u.å.) BSFT (Brief Strategic Family Therapy). Hämtat 20 februari 2018 från Socialstyrelsen:

<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/b-sftkortstrategiskfamiljeterap>

Stockholms stad (u.å.) Brief strategic family therapy (BSFT). Hämtat 20 februari 2018 från Stockholms stads socialtjänstförvaltningen: <http://www.stockholm.se/Fristaende-webbplatser/Fackforvaltningssajter/Socialtjanstforvaltningen/Oppenvardsinsatser-for-barn-unga-och-familjer/Brief-Strategic-Family-Therapy-BSFT/>

Sundstrom, S.M. (1993). *Single-session psychotherapy for depression: Is it better to focus on problems or solutions?* Unpublished doctoral dissertation, Ames IA: Iowa State University.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Första Linje boken. Stödmaterial för första linjens arbete för barn och ungas psykiska hälsa. Version 1.* Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Szapocznik, J. Scopetta, M.A. & King, O.E. (1978). Theory and practice in matching treatment to the special characteristics and problems of Cuban immigrants. *Journal of Community Psychology*, 6, 112–122.

Söderlind, M. & Johnson, B. (2004). *Familjeklimat, en validering.* C-uppsats. Lunds Universitet: Socialhögskolan.

Söderlind, M. (2006). *Vad är familjeklimat? En begreppsundersökning av skattningsinstrument Familjeklimat.* D-uppsats. Lunds Universitet: Socialhögskolan.

Triantafillou, N. (1997). A solution-focused approach to mental health supervision. *Journal of Systemic Therapies*, 16(4): 305–328.

Wagner, G. A., Mildred, H., Gee, D., Black, E. B., & Brann, P. (2017). Effectiveness of brief intervention and case management for children and adolescents with mental health difficulties. *Children and Youth Services Review*, 79, 362-367.

White, M. (2000). *Nya vägar inom den systemiska terapin.* Stockholm: Mareld.

White, M. (2012). *Kartor över narrativ praktik.* Lund: Studentlitteratur.

WHO (2014). Mental health: a state of well-being. Hämtat 180303 från WHO, World Health Organisation: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

Wrangsjö, B. & Runfors, M. (1984). *Familjemönster. Att förstå och beskriva familjer ur systemperspektiv.* Lund: Natur och Kultur.

## **Bilagor**

Bilaga 1: Brev före första samtalet med skattningsskalor

Bilaga 2: Samtalsstruktur

Bilaga 3: Familjeklimat

Bilaga 4: SDQ F

Bilaga 5: SDQ F uppföljning

Bilaga 6: SDQ S

Bilaga 7: SDQ S uppföljning

Bilaga 8: Skriftlig information till familjerna

**Välkomna till Första Linjen!**

Här kommer några frågor som vi skulle vilja att ni i er familj funderar över tillsammans som en förberedelse för besöken hos oss.

Av erfarenhet vet vi att detta är ett bra sätt för att ni ska få största möjliga utbyte av de samtal ni erbjuds hos oss.

Vår förhoppning är att vi tillsammans med er ska kunna utgå från dessa diskussioner i våra samtal när vi träffas vid det första samtalet.

Detta är vad jag vill att ni diskuterar tillsammans innan vi möts:

- > Vad är viktigast att få hjälp med?
- > Vilka sätt har ni hittills prövat för att komma tillrätta med svårigheterna?
- > Vad skulle ni vilja få ut av samtalen här?

På en skala mellan 1 – 10: hur tycker var och en i er familj att svårigheterna är i dag?

Namn

..... 1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

..... 1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

..... 1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

..... 1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

..... 1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

..... 1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Inga svårigheter alls

Mycket stora svårigheter



## Bilaga 2

Samtal 1:	Samtal 2:	Samtal 3:
Familjens problem- och målformulering	Uppföljning av hemuppgift: utvärdera & omformulera	Uppföljning av hemuppgift: utvärdera & omformulera
Formulera gemensamt mål	Sammanhangsmarkering: jobbar vi med rätt saker?	Sammanhangsmarkering: Hur bibehålla positiv utveckling?
Paus & fika: Behandlare reflekterar Familjen arbetar med vald uppgift	Paus & fika: Behandlare reflekterar Familjen arbetar med vald uppgift	Paus & fika: Behandlare reflekterar Familjen arbetar med vald uppgift
Sammanfattning och återkoppling av reflektion	Sammanfattning och återkoppling av reflektion	Sammanfattning och återkoppling av reflektion
Formulera hemuppgift	Formulera hemuppgift	Avslut

Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri  
Lunds universitet  
LUND

## Familjeklimat

Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

Hur tycker Du klimatet – stämningen och samspelet i Din familj är:

Stryk under minst 15 ord som Du tycker bäst beskriver familjen

Behaglig	Avvaktande	Hänsynsfullt
Ordnat	Splittrat	Passivt
Bra	Okamratligt	Slutet
Irriterat	Barnsligt	Tolerant
Vuxet	Naturligt	Slött
Viljelöst	Högtidligt	Missnöjt
Förvirrat	Engagerat	Onaturligt
Ängsligt	Förnuftigt	Klandrande
Kamratligt	Lyckligt	Kritiskt
Vänligt	Tungt	Varmt
Självständigt	Oroligt	Tryggt
Nedstämt	Starkt	Lätt
Vilt	Jäktat	Arbetsamt
Nervöst	Dåligt	Sakligt
Intimt	Explosivt	Lekfullt
Kallt	Meningsfullt	Hårt
Stabilt	Osäkert	Harmoniskt
Meningslöst	Instabilt	Solidariskt
Misslyckat	Rörigt	Livligt
Säkert	Aktivt	Lugnt
Känsligt	Tryckt	Kärleksfullt
Berömmande	Obehagligt	Hindrande
Försiktigt	Öppet	Tillåtande
Moget	Hänsynslöst	Lättsamt
Viktigt	Likgiltigt	Misstänksamt
Spontant	Intolerant	Personligt
Ödmjukt	Okänsligt	Spänt
Mjukt	Konstlat	
Aggressivt	Opersonligt	

Tänker Du på andra ord som Du tycker skulle beskriva Din familj kan du skriva dem här:



## Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)

F 4-17

Var vänlig kryssa för det alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Frågorna gäller ditt barns beteende de senaste 6 månaderna.

Barnets namn .....

Pojke/Flicka

Födelsedatum .....

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänker sig för innan han/hon gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp?

**Var god vänd - det är några fler frågor på andra sidan**

Sammantaget, tycker du att ditt barn har svårigheter på ett eller flera av följande områden:  
med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

Nej	Ja, små svårigheter	Ja, klara svårigheter	Ja, allvarliga svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarade "Ja", var vänlig besvara de följande frågorna:

- Hur länge har svårigheterna funnits?

Mindre än 1 månad	1-5 månader	6-12 månader	Mer än 1 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Oroas eller lider ditt barn av sina svårigheter?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stör svårigheterna barnets vardagsliv på något av följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
HEMMA /I FAMILJEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MED KAMRATER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I SKOLARBETET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VID FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Blir svårigheterna en belastning för dig eller för familjen som helhet?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift .....

Datum .....

Mamma/Pappa/Annan (var vänlig precisera):

**Tack så mycket för hjälpen**

© Robert Goodman, 2005

## Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)

F 4-11  
uppföljning

Var vänlig kryssa för det alternativ (Stämmer inte, Stämmer delvis eller Stämmer helt) som du tycker passar bäst. Det är värdefullt om du besvarar alla frågor, även om du inte är helt säker eller tycker att frågan verkar konstig. Frågorna gäller ditt barns beteende den senaste månaden.

Barnets namn .....

Pojke/Flicka

Födelsedatum .....

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Omtänksam, tar hänsyn till andra människors känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rastlös, överaktiv, kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagar ofta över huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delar gärna med sig till andra barn (t ex godis, leksaker, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofta raseriutbrott eller häftigt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska ensam, leker eller håller sig ofta för sig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som regel lydig, följer vanligtvis vuxnas uppmaningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oroar sig över mycket, verkar ofta bekymrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att sitta stilla, rör och vrider jämt på sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har minst en god vän (kamrat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slåss/bråkar ofta med andra barn eller mobbar dem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofta ledsen, nedstämd eller tårögd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligtvis omtyckt av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättstörd, tappar lätt koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös eller klängig i nya situationer, blir lätt otrygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuger eller fuskar ofta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blir retad eller mobbad av andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänker sig för innan han/hon gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjäl hemma, i skolan eller på andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bättre överens med vuxna än med andra barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädd för mycket, är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullföljer uppgifter, bra koncentrationsförmåga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp?

**Var god vänd - det är några fler frågor på andra sidan**

Sedan ni kom till mottagningen, har ert barns problem blivit:

Mycket sämre	Något sämre	Ungefär lika	Något bättre	Mycket bättre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har kontakten med mottagningen varit till hjälp på andra sätt, t ex givit information eller gjort det lättare att leva med problemen?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tycker du att ditt barn den senaste månaden har haft svårigheter på ett eller flera av följande områden: med känslor, koncentration, beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

Nej	Ja, små svårigheter	Ja, klara svårigheter	Ja, allvarliga svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarade "Ja", var vänlig besvara de följande frågorna:

• Oroas eller lider ditt barn av sina svårigheter?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Stör svårigheterna barnets vardagsliv på något av följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
HEMMA / I FAMILJEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MED KAMRATER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I SKOLARBETET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VID FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Blir svårigheterna en belastning för dig eller för familjen som helhet?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Underskrift .....

Datum .....

Mamma/Pappa/Annan (var vänlig precisera):

**Tack så mycket för hjälpen**

© Robert Goodman, 2005

## Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)

S 11-17

Kryssa för något av "Stämmer inte", "Stämmer delvis" eller "Stämmer helt" för varje fråga. Sätt bara ett kryss för varje fråga och försök att besvara alla frågor. Frågorna gäller hur du har haft det de senaste 6 månaderna.

Ditt namn .....

Pojke/Flicka

Födelsedatum .....

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag försöker vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag delar ofta med mig till andra (t ex godis, spel, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag gör oftast som jag blir tillsagd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag oroar mig mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att sitta stilla, jag vill jämt röra och vrida på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en eller flera kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig, jag är lättstörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar saker som inte tillhör mig, t ex hemifrån, från skolan eller andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rädd för mycket, jag är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp?

**Var god vänd - det är några fler frågor på andra sidan**

Tycker du att du har svårigheter med något av följande: dina känslor, din koncentrationsförmåga, ditt beteende, eller med att komma Överens och umgås med andra människor?

Nej	Ja, små svårigheter	Ja, klara svårigheter	Ja, allvarliga svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarade "Ja", fortsätt med de följande frågorna:

• Hur länge har svårigheterna funnits?

Mindre än 1 månad	1-5 månader	6-12 månader	Mer än 1 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Besväras eller oroas du av svårigheterna?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Stör svårigheterna ditt vardagsliv inom följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
HEMMA /I FAMILJEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MED KAMRATER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I SKOLARBETET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VID FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Tror du att svårigheterna blir jobbiga för människor omkring dig (familj, vänner, lärare etc.)?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din underskrift .....

Datum .....

**Tack så mycket för hjälpen**

© Robert Goodman, 2005

## Styrkor och svårigheter (SDQ-Sve)

S 11-17  
uppföljning

Kryssa för något av "Stämmer inte", "Stämmer delvis" eller "Stämmer helt" för varje fråga. Sätt bara ett kryss för varje fråga och försök att besvara alla frågor. Frågorna gäller hur du har haft det den senaste månaden.

Ditt namn .....

Pojke/Flicka

Födelsedatum .....

	Stämmer inte	Stämmer delvis	Stämmer helt
Jag försöker vara vänlig mot andra. Jag bryr mig om deras känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rastlös. Jag kan inte vara stilla länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har ofta huvudvärk, ont i magen eller illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag delar ofta med mig till andra (t ex godis, spel, pennor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir mycket arg och tappar ofta humöret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta för mig själv. Jag gör oftast saker ensam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag gör oftast som jag blir tillsagd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag oroar mig mycket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är hjälpsam om någon är ledsen, upprörd eller känner sig dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att sitta stilla, jag vill jämt röra och vrida på mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har en eller flera kompisar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag slåss eller bråkar mycket. Jag kan tvinga andra att göra som jag vill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jämnåriga verkar gilla mig för det mesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har svårt att koncentrera mig, jag är lättstörd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir nervös i nya situationer. Jag blir lätt osäker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är snäll mot yngre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag blir ofta anklagad för att ljuga eller fuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra barn eller ungdomar retar eller mobbar mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag ställer ofta upp och hjälper andra (föräldrar, lärare, andra barn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tänker mig för innan jag gör olika saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag tar saker som inte tillhör mig, t ex hemifrån, från skolan eller andra ställen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kommer bättre överens med vuxna än med jämnåriga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag är rädd för mycket, jag är lättskrämd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan koncentrera mig, göra klart det jag arbetar med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du andra kommentarer eller bekymmer du vill ta upp?

Var god vänd - det är några fler frågor på andra sidan

Sedan du kom till mottagningen, har dina problem blivit:

Mycket sämre	Något sämre	Ungefär lika	Något bättre	Mycket bättre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har kontakten med mottagningen varit till hjälp på andra sätt, t ex givit information eller gjort det lättare att leva med problemen?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du den senaste månaden haft svårigheter med något av följande: dina känslor, din koncentrationsförmåga, ditt beteende eller med att komma överens och umgås med andra människor?

Nej	Ja, små svårigheter	Ja, klara svårigheter	Ja, allvarliga svårigheter
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarade "Ja", fortsätt med de följande frågorna:

• Besväras eller oroas du av svårigheterna?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Stör svårigheterna ditt vardagsliv inom följande områden?

	Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
HEMMA / I FAMILJEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MED KAMRATER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I SKOLARBETET	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VID FRITIDSAKTIVITETER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Tror du att svårigheterna blir jobbiga för människor omkring dig (familj, vänner, lärare etc.)?

Inte alls	Bara lite	Ganska mycket	Väldigt mycket
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din underskrift .....

Datum .....

**Tack så mycket för hjälpen**

© Robert Goodman, 2005





### Utvärdering av korttidsfamiljebehandling vid BUP Första linjen

Vi är två studerande på psykoterapeutprogrammet, inriktning familjeterapi, vid Lunds universitet. Vi arbetar som kurator på BUP Första linjen i Lund respektive sjuksköterska på Enheten för cancerrehabilitering, SUS, Lund. Vi kommer under utbildningen att skriva en examensuppsats och har som ämne valt att utvärdera den korttidsfamiljebehandling som erbjuds vid Första linjen-mottagningen. Vi avser att undersöka förändring hos familjen gällande familjeklimat och symtombelastning. Detta kommer att undersökas med hjälp av två självskattningsformulär (SDQ och Familjeklimat) som familjemedlemmarna får fylla i precis före behandlingsstart och precis efter behandlingsavslut. Vi beräknar att de tar ca 10 minuter att fylla i.

Största möjliga konfidentialitet eftersträvas i undersökningen genom att ingen obehörig får ta del av materialet. Materialet förvaras så att det bara är åtkomligt för oss som är undersökningsledare. I rapporteringen av resultatet i form av en examensuppsats på Lunds universitet kommer informanterna att avidentifieras så att det inte går att koppla resultatet till enskilda individer.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering eller att behandlingen påverkas.

Ytterligare upplysningar om studien kan lämnas av oss som genomför studien och vi kan nås på: [sarah.edvardsson@skane.se](mailto:sarah.edvardsson@skane.se) och [georges.guedj@skane.se](mailto:georges.guedj@skane.se)

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna undersökning.

Lund i maj 2016

Sarah Edvardsson och Georges Guedj