



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Fungerar familjeterapi som behandling för depression hos barn och ungdomar?

En systematisk litteraturstudie

Emanuel Franzén & Eva-Lotte Frost

Psykoterapeutexamensuppsats. 2024

Handledare: Johan Sundelin
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Abstract

The aim of this literature study was to examine the evidence of family therapy and family-based interventions for children and adolescents with depression. Additionally, this study highlights how different research perspectives and outcome measures may affect the recommendations of treatment interventions. Nine articles were reviewed and assessed for their scientific quality. Five of the articles were randomized controlled studies (RCTs) and four studies were of a different design (non-RCTs). The overall results of the studies showed that family therapy or family-based interventions reduce depression symptoms. When compared to other treatments (not all studies included comparison with other treatments) the intervention reduced the depression symptoms equivalently to other treatments and in some cases more effectively. Positive side effects on comorbidity as well as familial and environmental factors were also shown in some of the studies. Given the variety and the modest overall quality of the studies some of the results should be interpreted with great caution. Similar results are supported in some meta-analyses but questioned in others. The conclusion of this literature study was that there is evidence to support the recommendation and choice of family therapy in the treatment of depression in children and adolescents on the basis of the Evidence Based Practise (EBP) perspective when taking efficacy, effectiveness and efficiency in consideration. More family therapy studies of higher quality and on the basis of EBP are needed measuring other domains than symptoms of the primary diagnosis. Manualizing family therapy methods or conceptualizing common factors may be an important step forward to identify the specific mechanisms of change in evidence and to be able to generalize them.

Key words: depression, child, adolescents, family therapy, family-based interventions

Sammanfattning

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka det vetenskapliga stödet för familjeterapi och familjebaserade interventioner vid behandling för depression hos barn och ungdomar. Dessutom ville vi belysa hur olika forskningsperspektiv och utfallsmått kan påverka rekommendationerna för val av behandling. Nio artiklar undersöktes och bedömdes efter dess vetenskapliga kvalitet. Fem av artiklarna var randomiserade kontrollerade studier (RCT) och fyra var studier av annan design. Sammanfattningsvis visade resultaten i studierna att familjeterapi eller familjebaserade interventioner ledde till minskning av depressionssymtom, oftast med likvärdig effekt som annan behandling, i de fall där det gavs, och ibland med bättre effekt. Resultat i form av positiva bieffekter på komorbida symptom samt på familj och andra omgivande faktorer kunde också visas i några av studierna. Resultaten behöver dock tolkas med stor försiktighet med tanke på några av studiernas skiftande och måttliga kvalitet. Liknande resultat stöds av vissa metaanalyser men ifrågasätts i andra. Slutsatsen av denna litteraturstudie var att det finns evidens för att kunna rekommendera valet av familjeterapi som behandling vid depression av barn och ungdomar när EBP (Evidensbaserad praktik) får utgöra grundvalen och när de tre effektmåtten efficacy, effectiveness och efficiency tas i beaktande. Det behövs fler högkvalitativa studier på familjeterapi med avstamp i EBP och med fler utfallsmått än symtomeffekt på den primära diagnosen. Att manualisera familjeterapimetoder eller konceptualisera s.k. common factors skulle kunna vara ett viktigt steg mot att kunna identifiera och generalisera specifika förändringsmekanismer.

Nyckelord: depression, barn, tonåringar, familjeterapi, familjebaserade interventioner

Tack!

Först och främst vill vi tacka vår handledare Johan Sundelin och vår medhandledare Bill Pettitt som med sina stora kunskaps- och erfarenhetsbanker inspirerat och väglett oss.

Vi vill också tacka alla de familjeterapeuter, däribland våra kurskamrater på psykoterapeutprogrammet, som varje dag fortsätter att hålla familjeterapin relevant och driva utvecklingen framåt.

Innehållsförteckning

Fungerar familjeterapi som behandling för depression hos barn och ungdomar?	1
Depression	3
Orsaker till depression	4
Allmänt om behandling av depression hos barn och unga	5
Prioriterade evidensbaserade behandlingar	6
Familjeterapi	8
Familjebaserade interventioner	10
Forskningsfråga	11
Metod	11
Metod forskningsfråga (1)	11
Metod forskningsfråga (2)	12
Design	12
Skattnings- och bedömningsinstrument	13
Inklusions- och exklusionskriterier	14
Etiska ställningstaganden	15
Litteratursökning	15
Resultat	18
Resultat forskningsfråga (1)	18
Evidensbaserad praktik	18
Efficacy, effectiveness och efficiency	20
Common Factors	22
Alternativ diagnostik	22
Resultat forskningsfråga (2)	23
Sammanfattning av RCT-artiklarna och summering av resultaten	28
Sammanfattning av studier av annan design och summering av resultaten	40
Sammanfattande resultat för våra forskningsfrågor	57
Diskussion	59
Resonemang kring resultat samt jämförelser meta-analyser och Socialstyrelsens riktlinjer	59
Framtida forskning	63
Referenslista	66
Appendix 1 - Ordförklaring förkortningar	73
Appendix 2 - Flödesschema över inkluderade och exkluderade artiklar	76

Fungerar familjeterapi som behandling för depression hos barn och ungdomar?

Det finns en oroande trend i Sverige som visar en ökning av psykosomatiska besvär som oro, nedstämdhet, trötthet, och sömnbesvär hos barn i skolåldern, särskilt bland flickor. Allt fler barn och ungdomar får vård och behandling för depression och ångest och förskrivningen av antidepressiva läkemedel ökar i takt med det (Folkhälsomyndigheten, 2022). En ackumulerad mängd av internationella studier pekar på svårigheten att ge verksam behandling till denna målgrupp (Fonagy et al., 2015). Risken för återfall är 60–70 procent hos dem där depressionen debuterar i ung ålder och för varje depressiv episod ökar risken ytterligare. Tidig upptäckt och effektiv behandling som minskar risken för återfall är därför av yttersta vikt för att hjälpa dessa barn och ungdomar (Socialstyrelsen, 2021).

I sina rekommendationer för behandling av lindrig till medelsvår depression hos barn och ungdomar skriver Socialstyrelsen att Hälso- och sjukvården i första hand *bör* erbjuda en psykopedagogisk intervention, därefter KBT eller behandling med antidepressiva läkemedel (SSRI-preparatet Fluoxetin). Hälso- och sjukvården *kan* även erbjuda IPT när depression är lindrig till medelsvår (denna behandling har dock en lägre prioritet) (Socialstyrelsen, 2023). I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2021) för vård som inte bör erbjudas beskrivs systemisk familjeterapi som *icke-göra* när det kommer till behandling av egentlig depression hos barn och ungdomar. Man pekar på att det vetenskapliga underlaget ej är tillräckligt för att uttala sig om interventionens effekt på depression. Denna hållning följs upp i en artikel i Dagens Nyheter (2024-01-18) där Maria State, enhetschef på Socialstyrelsen, lyfter fram att för barn och ungdomar med medelsvår depression så förordas psykoterapi som förstahandsval, men i denna rekommendation är familjeterapi exkluderad. Maria fortsätter; ”Man kan inte behandla ett barn som mår dåligt med enbart familjeterapi, för det är inte en åtgärd som förbättrar tillståndet för barn och unga med depression”.

I samband med att Socialstyrelsen exkluderade familjeterapi som rekommenderad behandlingsmetod för depression (och ångest) väcktes olika initiativ hos representanter inom svensk familjeterapi. Under våren 2014 pågick en diskussion kring det vetenskapliga underlaget för familjeterapi och Ingegerd Wirtberg sammanställde därför tillsammans med Bill Petitt och Marianne Cederblad en forskningsöversikt vad gäller evidensen för systemisk par- och familjeterapi. Presentationen var uppdelad i två delar med en del som beskrev internationell, framförallt anglosaxisk forskning, och en del som såg över svensk familjeterapiforskning. Författarna till översikten konstaterade att det fanns mycket forskning

som talade till fördel för familjeterapi både ur effektivitets- och kostnadssynpunkt (Wirtberg et al., 2015).

2017 lämnade Svenska föreningen för Familjeterapi in ett remissvar till Socialstyrelsens förslag till *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017*. I remissvaret påpekades att Socialstyrelsens stuprörsformade riktlinjer inte är hjälpsamma för patienter med samsjuklighet (komorbiditet) vilket ofta föreligger, och att ett individualistiskt perspektiv med utgångspunkt i DSM-5 gör att problemen riskerar att läggas på individen och dennes egenskaper. Faktorer som nära relationer, sociala nätverk och skola, vilka är miljöer som genom forskning har belagts korrelera med barnets hälsa, riskerar att få lite eller inget utrymme alls i terapirummet (Svenska föreningen för Familjeterapi, 2017).

I Norge verkar man tänka lite annorlunda i frågan kring familjens involvering i det terapeutiska arbetet. I deras *Faglig veileder i barne- og ungdomspsykiatri* som ligger på Helsebiblioteket skriver man att; ”*Behandling av depresjon er multimodal og må skreddersys til den enkelte. Både familiemessige og sosiale, individuelle, psykologiske og biologiske faktorer, må inngå*”. I likhet med Socialstyrelsen tar man upp behandlingsalternativ som KBT och psykofarmaka, men först efter att man ägnat ett större avsnitt åt att beskriva familjearbete där man lyfter fram att familjeterapi i olika avseenden och konstellationer kan ha hjälpsam effekt på barnets depression (Helsebiblioteket, 2023).

Hur ska man tänka kring att två grannländer verkar lämna olika utrymme för familjeterapeutisk praktik? Kanske kan frågan förstås utifrån vilken typ av forskning som får ta plats i respektive land. Svensk forskning med Socialstyrelsen i bräschen premierar en till synes medicinsk forskningskultur med tydliga effektmått. I Norge å sin sida har det under många år funnits en utbredd kvalitativ forskningstradition. I en nyligen publicerad artikel uppmanade till och med Terje Tilden, familjeterapeut och forskare, aktiva inom det norska fältet att uppvärdera betydelsen av empirisk evidens med utgångspunkt i kvantitativ forskning (Tilden et al., 2024).

Det är i denna kontextuella dragkamp som vi två, snart blivande legitimerade psykoterapeuter inom familjeterapi, befunnit oss under hela vår utbildning och längre än så. Hur kan vi förstå det synsätt på relevant forskning som vägleder Socialstyrelsen och de erfarenheter som vi och många andra familjeterapeuter upplever i vår kliniska vardag? Med denna uppsats önskar vi ta vid där forskningsöversikten av Wirtberg et al. (2015) slutade och kartlägga vad som har hänt på forskningsfältet sedan dess. Till skillnad från Wirtberg et al.

(2015) som täckte in par-och familjeterapi brett har vi utifrån kraven på vår uppsatsform valt diagnosen depression. Denna uppsats har två syften; dels att undersöka evidensen för familjeterapi gällande depression hos barn och unga, dels att föra en diskussion kring hur olika effektmått och perspektiv på forskning kan påverka val av behandlingsintervention.

Depression

Depression och ångesttillstånd tillhör våra stora folksjukdomar och ligger bakom drygt 40 % av alla sjukskrivningar i Sverige. Den psykiska hälsan är ojämlik där vissa grupper är särskilt utsatta: icke-heterosexuella, arbetslösa unga vuxna, ensamstående föräldrar, personer med funktionsnedsättning och personer som uppstår ekonomiskt bistånd. Huruvida den psykiska ohälsan har ökat eller ej råder det till viss del olika meningar om men att självrapporterade psykiska besvär ökar och att patienter med psykiatriska diagnoser i register för specialiserad vård ökat med 60% mellan 2008 och 2019 är ett faktum, liksom att självmord är den enskilt vanligaste dödsorsaken bland personer 15–49 år i Sverige (Folkhälsomyndigheten, 2022).

Nästan en tredjedel av befolkningen drabbas någon gång under sin livstid av depression. Depression diagnosticeras formellt över hela världen enligt The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), som ges ut av den amerikanska psykiatriska föreningen APA, eller enligt International Classification of Diseases (ICD-11), som ges ut av World Health Organisation (WHO). Först när tillståndet har varat i mer än två veckor sätts diagnosen *egentlig depression*. Egentlig depression betecknas som ett allvarligt hälsotillstånd som inte bara drabbar den enskilde utan också i stor utsträckning de närstående. Tillståndet beskrivs med olika allvarlighetsgrader (lindrig, måttlig, svår) där vanliga symptom hos barn och ungdomar är nedstämdhet, minskad ork och lust att göra saker, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter och minskad aptit. En ond spiral kan uppstå där barnet ofta tappar bort rutiner, inte orkar gå till skolan och drar sig undan både vänner och familj, vilket i sin tur ofta leder till konflikter i hemmet (Socialstyrelsen, 2021). Deprimerade ungdomar får oftare biologiska symptom och självmordstankar än yngre barn och de brottas i större utsträckning med känslor av självkritik och värdelöshet. De uppvisar således en liknande symptombild som vuxna med depression men med skillnaden att de oftare har två eller fler problem samtidigt (komorbiditet). 40–90% av barnen och ungdomarna med svår depression beräknas ha ytterligare en psykiatrisk störning, varav ångest är den vanligaste. Det finns också en korrelation mellan depression och ökad risk för tex. droganvändande och

uppförandestörningar (Fonagy et al., 2015). I Sverige är den relativa risken för suicid 2,1–3,5 gånger högre bland de barn och ungdomar som diagnosticerats med depression eller ångest än hos de som inte diagnosticerats med tillstånden (Socialstyrelsen, 2021). En medelsvår depression som behandlas upphör oftast efter 7–9 månader men risken för återfall är 60–70 procent hos dem där depressionen debuterar i ung ålder. Risken för behandlingsresistens och sociala svårigheter senare i livet ökar också för de med tidig debut (Socialstyrelsen, 2021; Fonagy et al., 2015).

Orsaker till depression

Utvecklandet av psykisk ohälsa går inte att tillskriva en särskild faktor eller livsvillkor utan är oftast ett sampel mellan genetiska, biologiska, psykologiska, strukturella och kontextuella faktorer där individen, familjen och samhället påverkar varandra i en växelverkan. Familjens betydelse, både som riskfaktor och skyddsfaktor, lyfts fram i såväl utvecklingsteorier som i teorier om orsaker till psykisk ohälsa (Broberg et al., 2009). Familjen beskrivs som en systemisk enhet där familjemedlemmarna är tätt sammanlänkade och där individens problem behöver belysas i detta sammanhang för att förstås till fullo. Studier visar att en förälders psykiska mående påverkar barnet i stor utsträckning men också att barnets mående påverkar föräldern och att det kan vara svårt att separera tillstånden från varandra. Förekomsten av svår depression hos barn har visat sig vara tre gånger högre hos de barn vars föräldrar lider av depression (Wirehag, 2023). Riskfaktorer inom familjen såsom hög konfliktnivå, svag sammanhållning, bristande anknytning och ineffektivt föräldraskap har i studier associerats till förhöjd risk för depression och suicidalitet hos ungdomar. Omvänt har man kunnat se att meningsfulla och stödjande relationer utgör en skyddsfaktor (Diamond et al., 2021; Frey et al., 2021).

Stark et al. (2012) sammanställer i en översikt tre kategorier med de olika faktorer som i forskning visats orsaka eller påverka utvecklandet av depression hos barn och ungdomar: barnfaktorer, föräldrafaktorer och familjefaktorer. Barnfaktorerna innebär genetisk sårbarhet för förstämningssymtom, barnets temperament och negativ kognitiv stil. Dessa faktorer hos barnet försvårar ofta interaktionen med föräldern och kan leda till negativa tolkningar som sedan riskerar att internaliseras och leda till depression. Som en viktig föräldrafaktor nämns depression hos föräldern. Den kan ta sig uttryck i undandragande, avvisande, fientlighet och överdriven kontroll. Deprimerade föräldrar kan också bli självupptagna och därmed mindre mottagliga för barnets behov vilket förstärker barnets inre kritik och den låga självkänsla som

deprimerade barn ofta bär på. Det är vanligt att barn till deprimerade föräldrar som har negativa coping-strategier också har ineffektiva strategier och negativa tankar. Många olika familjefaktorer kan också påverka utvecklandet av depression beroende på i vilken utsträckning de förekommer. Sådana faktorer kan tex vara: negativa kommunikationsmönster, bristfälligt stöd, frånvarande förälder, hög konfliktnivå och låg sammanhållning samt att familjen inte engagerar sig i sociala aktiviteter. Konflikter i familjen till följd av tonåringens naturliga strävan efter autonomi i kombination med en överkontrollerande förälder har också kunnat associeras till depression. I flera studier har konflikter i parrelationen visat sig öka risken för depression och vara den faktor som mest påverkar barn och ungdomar (Stark et al., 2012).

Hur vi uppfattar oss själva och vårt välmående är med andra ord intimt sammanflätat med våra relationer och med den omgivning som vi lever i. När vi inte får det vi behöver i våra relationer finns det risk att vår inre trygghet vacklar och vi börjar ifrågasätta oss själva (Stratton, 2016).

Allmänt om behandling av depression hos barn och unga

Tidig och rätt behandling av depression hos barn och ungdomar är av största vikt för att minimera riskerna för nedsatt funktionsförmåga, långtidssjukskrivning i vuxen ålder, återfall och suicid som följd (Socialstyrelsen, 2021). En ackumulerad mängd av internationella studier pekar på svårigheten att ge verksam behandling till barn och ungdomar som lider av depression eller förstämningssyndrom (Fonagy et al., 2015). De flesta studier på behandling mot depression är gjorda på vuxna patienter. Forskningen gällande olika terapeutiska behandlingar för barn i skolåldern med depression är bristfällig, framförallt när det gäller långtidsuppföljningar. Att utfallsmåtten ofta definieras och mäts i form av symtom på den primära diagnosen och inte tar komorbiditeten eller andra viktiga parametrar i beaktande som tex. skolresultat eller svårigheter i en social kontext bör också beaktas när resultat av studier diskuteras (Fonagy et al., 2015). Hur metoden fungerar ute i den kliniska vardagen samt målgruppens inställning till den specifika behandlingen och möjligheten att ta till sig och följa den är en annan viktig parameter att ta ställning till vid valet av behandling, framförallt när det gäller barn och ungdomar, enligt Fonagy et al., (2015).

I Sverige utgår Socialstyrelsens nationella riktlinjer ifrån ett styrnings-och ledningsperspektiv där vårdens ekonomiska och organisatoriska konsekvenser sammanvägs till rekommendationer på gruppnivå med syfte att underlätta för politiker och

verksamhetschefer att fatta beslut om resursfördelning och tillgänglighet av olika vårdinsatser. Rekommendationerna för val av behandling vid depression följer en prioriteringsordning där svårighetsgraden av sjukdomstillståndet ställs i förhållande till visad effekt och eventuella biverkningar av behandlingen (Socialstyrelsen, 2021).

Det är vanligt att barn och ungdomar och deras föräldrar i ett första skede vänder sig till elevhälsan, ungdomsmottagningen, barn- och ungdomsmedicin eller till BUP för hjälp när de märker symptom. Vård och behandlingens syfte är inte bara frihet från symptom utan att barnet ska fungera i sitt dagliga liv igen tex. gå i skolan och umgås med vänner, områden som ofta drabbats till följd av depressionen. För att förhindra återinsjuknande och för att undanröja eventuella problem som vidmakthåller depressionen rekommenderar Socialstyrelsen att involvera andra professioner och aktörer runt barnet samt föräldrar och närstående (Socialstyrelsen, 2021).

Prioriterade evidensbaserade behandlingar

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör barn och ungdomar med *lindrig depression* i första hand erbjudas *en psykopedagogisk behandling* där föräldrarna involveras för att tillsammans med barnet lära sig förstå depressionen och vilka faktorer i vardagen som bidrar till att förstärka eller bryta den. I denna så kallad miljöbaserade insats får föräldrarna stöd att minska bråken i hemmet och att med rimliga krav och förväntningar på barnet genomföra de förändringar som behövs för att återskapa rutiner för sömn, mat, skola och aktiviteter. För många barn och ungdomar är denna psykopedagogiska behandling tillräcklig enligt Socialstyrelsen som dock tillägger att "Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande" (Socialstyrelsen, 2021, s. 34).

Om inte barnet eller ungdomen svarar på denna psykopedagogiska behandling inom 4–8 veckor är det vanligt att den kompletteras med annan psykologisk behandling i form av i första hand KBT, alternativt den lägre prioriterade behandlingen IPT (Socialstyrelsen, 2021). KBT uppstod på 1960-talet med psykiatrikern Aaron T Beck och grundar sig på inlärningsteori och kognitiv teori. Grundantagandet är att förändringar av tankemönster kan ge känslomässiga förändringar och beteendeförändringar och vice versa. Behandlingens syfte är att bryta och byta ut de tankar, beteenden och känslor som ger problem till mer funktionella sådana och på så sätt förebygga liknande problem i framtiden. Det är kognitiva tolkningar och copingstrategier som står i fokus. IPT utarbetades på 1980-talet just för behandling av

depression men har sedan dess kommit att användas även för andra diagnoser. I IPT står relationerna i fokus. Patientens känslomässiga reaktioner på olika relationsproblem, s.k. interpersonella stressorer, som kan vara orsaken till depressionen, adresseras och bearbetas och integreras med kommunikationsövningar. Därefter utvecklas bättre interpersonella strategier för att kunna hantera utmanande sociala sammanhang framgent (Socialstyrelsen, 2018; Psykologguiden, 2024).

Både KBT och IPT adresserar flera av de faktorer och domäner som kan påverka depression hos barn och ungdomar. Enligt Fonagy et al. (2015) finns det evidens från flera metaanalyser om att KBT är en effektiv behandling av depression hos barn och ungdomar, både som individualterapi och i gruppterapi. Evidensen för IPT (och dess ungdomsanpassade version IPT-A) är svagare än för KBT men några RCT-studier har visat på likvärdig effekt som KBT eller andra alternativa behandlingar (Fonagy et al., 2015). En metaanalys från 2020 (Liang et al.) där 32 RCT studier granskades, och effekten av olika psykosociala behandlingsinterventioner för barn och ungdomar med depression jämfördes, visade istället att IPT var den mest optimala interventionen, följt av KBT och internetbaserad KBT. Dessa tre visade på signifikant bättre effekt på depressionssymtom jämfört med kontrollgrupperna. Familjebaserade interventioner följde efter dessa tre alternativ, men utan att visa på en signifikant bättre effekt. Lägst effekt visade s.k. "education based therapy". Forskarna påpekade dock studiens begränsning avseende olikheten i antalet studier som ingick: 12 för KBT, åtta för IPT och två gällande familjebaserade terapier (Liang et al., 2020).

Bedöms depressionen vara medelsvår till svår kan det även vara aktuellt med antidepressiv medicinering (SSRI-preparatet Fluoxetin). Läkemedelsbehandling sätts ibland in först för att barnet eller ungdomen i ett senare skede ska klara av att påbörja den psykologiska behandlingen. KBT och medicinering prioriteras före IPT då effekten av IPT-behandlingen på lång sikt saknar vetenskapligt stöd enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2021).

Eftersom biverkningarna i vissa fall kan leda till tex. ökade suicidtankar är det av yttersta vikt att hälso- och sjukvården noggrant följer upp medicineringen. För behandling av svår egentlig depression hos ungdomar (efter pubertetsdebut) med svåra psykotiska eller katatoniska tillstånd eller vid behandlingsresistens bör hälso- och sjukvården erbjuda ECT-behandling med syfte att snabbt häva det allvarliga tillståndet. Det finns inga genomförda RCT-studier för denna behandling på ungdomar med svår egentlig depression men observationsstudier har gjorts som visar på liknande effekt som för vuxna. Biverkningar i

form av kroniska minnesstörningar kan uppstå men bör ställas i ljuset av att behandlingen ofta är livräddande (Socialstyrelsen, 2021).

När utgångspunkten inte behöver vara ett styrnings- och ledningsperspektiv *kan* Socialstyrelsen rekommendera även andra behandlingar vid lindrig till svår egentlig depression hos ungdomar. Dessa behandlingar får ges, men bedöms av Socialstyrelsen ha otillräckligt vetenskapligt stöd för att prioriteras: mindfulnessbaserad stressreduktion som tillägg till annan behandling, korttids-PDT, systemisk familjeterapi, anknytningsbaserad familjeterapi, olika varianter av antidepressiv medicin samt KBT i kombination med medicinsk behandling. Systemisk familjeterapi beskrivs av Socialstyrelsen som icke göra (Socialstyrelsen, 2021). Under resultatdelen för forskningsfråga 1 beskrivs icke göra mer utförligt.

Familjeterapi

Då det visat sig att individualterapi inte är hjälpsamt för alla är det viktigt för terapifältet att kunna erbjuda klienterna en variation av behandlingsalternativ för att kunna uppnå bästa möjliga resultat (Stratton, 2016). Det var just som en motreaktion till den intrapsykiska förklaringsmodellen till psykiska problem som familjeterapin växte fram på 1950-talet. (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Systemisk par- och familjeterapi (FTSP) kom då att erbjuda något annat genom att, i stället för att lyfta ut individen ur den kontext som hen lever i och behandla det psykiska problemet inom individen, låta individen genomgå terapin *tillsammans med* de nära relationer som hen omges av på gott och ont (Stratton, 2016).

Det finns många olika inriktningar inom familjeterapin men samtliga inriktningar tar avstamp i samma grundantagande, vilket Johnsen & Torsteinsson (2015) definierar på följande sätt:

Familjeterapi handlar om hur problem kan förstås, den mening problemen har fått, hur problem vidmakthålls och hur de kan lösas. Dialogen med betydelsefulla andra människor kan vara nödvändig för att lösa problem, eller för att se och konkretisera nya möjligheter och resurser för den enskilde eller i relationer () När man fokuserar på familjen tar man bort syndaboksstämpeln, och familjemedlemmarna inser ett delat ansvar. Problem är något vi har tillsammans, som vi gemensamt kämpar med, och som vi har möjlighet att lösa tillsammans. Speciellt tydligt och relevant är detta när det handlar om problem hos barn och unga. (s. 15–16).

Systemisk familjeterapi innebär alltså att barnet tillsammans med sin familj deltar i samtal där barnens symtom förstås i det omgärdande systemet. Problemet (och lösningarna) ligger inte främst inom det enskilda barnet eller ungdomen utan i relationerna, berättelserna, i samspelet och i handlingarna mellan familjemedlemmarna (Johnsen & Torsteinsson, 2015). Men även i de fall där tillståndet eller sjukdomen har en biologisk eller individuell orsak betraktas de psykologiska banden och relationerna vara betydelsefulla för att minska stress och förhindra återfall. Familjeterapin ger dessutom ofta positiva bieffekter på samtliga familjemedlemmars mående samt deras förmåga att hantera andra problem i framtiden. Ekonomiska analyser har visat att familjeterapi inte är dyrare än andra terapiformer, och ibland till och med billigare än alternativa behandlingar med likvärdig effekt i efficacy- och effectiveness-studier (Stratton, 2016).

Vad kan en familj som erbjuds systemisk familjeterapi förväntas få mer konkret? Peter Stratton sammanfattar vad en familjeterapeut ska kunna erbjuda:

- En medvetenhet om hur familjeprocesser ofta fungerar och hur dessa blir logiska i just den aktuella familjen
- En förmåga att jobba med barnet i relation till sina föräldrar och vice-versa
- Tillsammans med familjen belysa deras familjehistoria för att skapa förståelse för de traditioner och mönster som de fått med sig
- Att genom såväl konversationer som aktiviteter hjälpa familjen att upptäcka alternativa möjligheter som de tidigare gått miste om
- Låta familjen tillsammans undersöka styrkor och resurser hos respektive familjemedlem och lyfta fram dem för att bättre kunna stötta varandra

(fritt översatt från Stratton, 2016, s. 8).

Inom såväl den kognitiva beteendeterapin som inom den psykodynamiska terapin har man nu börjat jobba även med parrelationen och med hela familjen. Det visar på att fördelarna med det systemiska arbetssättet erkänns och sprids även utanför familjeterapin (Frey et al., 2021; Stratton, 2016). Att använda systemiska tekniker i en terapiform som är utvecklad för individualterapi är dock inte att likställa med familjeterapi vars teori och förhållningssätt utvecklats för att jobba *med hjälp av* relationerna (Stratton, 2016).

Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) är en manualbaserad, empiriskt stödd familjeterapimetod som är utvecklad för just målgruppen deprimerade ungdomar och deras familjer men som sedermera med framgång även används vid behandling av trauma och

suicidalitet hos ungdomar. Skaparna av metoden menar att det i dagens moderna landskap av empiriskt stödda behandlingar vore otänkbart och nästintill oetiskt att inte inkludera vårdnadshavarna vid behandling av suicidala ungdomar (Diamond et al., 2021). Metoden har som syfte att reparera anknytningsbrott mellan barn och föräldrar, brott som skapat otrygghet hos ungdomen och som får ungdomen att tvivla på om hen älskas av sina föräldrar vilket riskerar att bromsa den naturliga utvecklingen. Den trygga basen kan också ha skadats av yttre påfrestningar som tex. svårigheter i kamratrelationerna eller av egna personliga egenskaper som skapar stress i familjelivet. Vissa deprimerade tonåringar isolerar sig från familjen medan andra försöker komma i kontakt med sina föräldrar genom konflikter, där båda sätten hindrar ungdomen från att använda sina föräldrar som stöd i en svår tid av sitt liv. ABFT är en behandlingsmodell med tydligt uttalade behandlingsuppgifter där man skiftar fokus från beteende till relation så fort som möjligt för att närma sig det som är de viktigaste frågorna och som är anknytningens kärna: *Vem kan jag lita på? Vem vänder jag mig till för tröst och skydd när jag brottas med svårigheter? Vad har kommit emellan och ligger i vägen för mig att vända mig till mina föräldrar?* Denna dialog vill man hjälpa familjen att få till för att lägga grunden till att senare tillsammans kunna ta sig an olika livsproblem som de brottas med. Varje behandlingsuppgift följer en tydlig struktur som innefattar ”bonds”, ”goals” och ”tasks” (Diamond et al., 2015)

Familjebaserade interventioner

Familjens betydelse för barn och ungdomar med depression kan betraktas som uppenbar och påpekas gång på gång i åtskilliga studier. Detta har lett till att det systemiska förhållningssättet spridits även till andra terapeutiska inriktningar tex. KBT och IPT (Eckstain et al., 2022, Fonagy et al., 2015; Sexton, 2016; Stark et al., 2012). Interventionerna går då ofta under benämningen familjebaserade och kan se väldigt olika ut rörande omfång, utförande och i vilken utsträckning som familjemedlemmar inkluderas. Exempel på sådana interventioner är psykoedukation för föräldrarna eller hela familjen, gemensamt framtagande av säkerhetsplan, kommunikationsträning med förälder och barn, gruppterapi för föräldrarna eller hela familjen, gemensamma sessioner med fokus på konstruktiv problemlösning etc (Eckstain et al., 2022; Fonagy et al., 2015; Sexton, 2016; Stark et al., 2012). Följande smakprov belyser heterogeniteten: (se förklaring av förkortningarna i Bilaga 1): CBT+Parent Training, PA-CBT, I-CBT, F-CBT, FISP, FBCI, CBT+Systemic Principles, FBCI, DBT+Family Training, SHIFT, RAP-P, YST, FB-IPT, BEST MOOD, PAST, SAFETY.

Forskningsfråga

Denna uppsats har två syften: dels att belysa och föra en diskussion kring hur syn på forskning kan påverka val av behandlingsintervention, dels undersöka forskningsläget för familjeterapi gällande depression hos barn och unga. Vi vill undersöka detta utifrån två forskningsfrågor:

- Forskningsfråga (1): Vilken roll spelar perspektiv på forskning för val av behandling för depression hos barn och unga och vilka konsekvenser kan detta medföra för familjeterapeutiska alternativ i Sverige?
- Forskningsfråga (2): Hur ser behandlingseffekten ut för familjeterapeutiska och familjebaserade interventioner på barn och ungdomar med depression?

Den andra forskningsfrågan hänger ihop med den första på så vis att vetenskapliga studiers effekt och kvalitet är viktiga parametrar vid val av interventioner.

Metod

Metod forskningsfråga (1)

Med denna forskningsfråga gör vi en bredare ansats för att belysa och stimulera till reflektion kring hur olika perspektiv och faktorer kan spela in vid forskning och val av behandling inom psykoterapiområdet. Detta är att se som ett slags “paraply” under vilket vår genomgång av nio vetenskapliga artiklar ryms (forskningsfråga (2)). Forskningsfrågan växte fram då vi parallellt med vårt arbete med de nio artiklarna tog del av internationell referenslitteratur för att bredda förståelsen och sätta artiklarna i sitt sammanhang. Utöver flertalet metaanalyser och översikter har två källor varit särskilt hjälpsamma: “The great psychotherapy debate” (Wampold, 2015) och “What works for whom” - a critical review of treatments for children and adolescents” (Fonagy et al., 2015). Referenslitteraturen har vi fått fram genom vår litteratursökning för de nio artiklarna (se metod, forskningsfråga (2)) samt i diskussion med vår handledare och medhandledare. Därutöver har vi använt oss av den bank av vetenskapligt material som tre års studier på psykoterapeututbildningen i familjeterapi genererat.

Begrepp som vi stött på och som vi bedömer relevanta för att förstå psykoterapiforskningen och dess påverkan för val av behandlingsinterventioner är: (1) teorin om Evidensbaserad Medicin och Evidensbaserad Praktik och (2) de olika effektmåtten

efficacy, effectiveness och *efficiency*, (3) teorin om s.k. common factors samt (4) alternativ diagnostik.

Forskningsfrågan besvaras genom att vi i resultatdelen förklarar begreppen och resonerar kring hur balansen mellan dessa forskningsperspektiv och faktorer i slutändan kan påverka rekommendationer och val av behandlingsinterventioner. I Sverige är det av särskilt intresse hur Socialstyrelsen i sina riktlinjer tar ställning till dessa begrepp.

För att hedra vår huvudsakliga uppgift att genomföra en litteraturstudie med max tio studier har det varit viktigt att denna forskningsfråga får ett begränsat utrymme i uppsatsen. Samtidigt tycker vi att detta avsnitt är viktigt när vi haft så tydliga instruktioner kring hur vi ska bedöma den vetenskapliga kvaliteten i våra utvalda studier, att det finns fler sätt att ta sig an och granska vetenskaplig kvalitet.

Metod forskningsfråga (2)

Denna forskningsfråga besvaras dels genom de nio studier som vi valt för uppsatsen där vi tittar på vilken effekt eller styrka som olika familjeterapeutiska eller familjebaserade behandlingar har i arbetet med barn och unga med depression och vilken vetenskaplig kvalitet som dessa studier uppvisar, dels genom att söka och presentera resultat från referenslitteratur, metaanalyser och översikter (reviews). Man kan se det som att vår sammanställning av familjeterapeutisk forskning lägger basen för denna forskningsfråga medan våra nio artiklar representerar exempel på olika sätt att bedriva familjeterapeutisk forskning och dess effekter. För att återigen hedra vår huvudsakliga uppgift om att presentera och granska ett antal utvalda studier har vi valt att lägga avsnittet om samlad forskning för familjeterapi och familjebaserade interventioner efter våra redogörelser av de nio artiklarna, trots att det kanske stilistiskt hade varit att föredra omvänd ordning. Den andra forskningsfrågan hänger ihop med den första på så vis att vetenskapliga studiers effekt och kvalitet är viktiga parametrar för val av interventioner.

Design

Då vår andra forskningsfråga syftar till att undersöka behandlingseffekten för familjeterapeutiska och familjebaserade interventioner på barn och ungdomar med depression behöver designen vara en systematisk litteraturstudie. Vi har följt instruktionen "*Struktur för systematisk litteraturstudie, kvantitativa metoder RCT + annan design*" som gäller för examensarbete på psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet. I enlighet med denna instruktion har vi valt ut, sammanställt och granskat den vetenskapliga kvaliteten i fem

randomiserade kontrollerade studier (RCTs) samt i fyra studier med annan studiedesign. Vi har valt att komplettera vald single case study (AD1) med en kompletterande analys i enlighet med APA:s kriterier för att ytterligare belysa användningsområdet för denna typ av studie.

Skattnings- och bedömningsinstrument

RCT-studierna som vi valt har vi kritiskt granskat och skattat, dels med hjälp av Lars-Göran Östs mall för att granska vetenskapliga kvaliteten i psykoterapistudier, *Psychotherapy Outcome Study Methodology Rating Form (POMRF)* (Öst, 2016), dels med hjälp av SBUs granskningsmall för bedömning av RCT-studier (SBU, 2024). *POMRF* består av tjugotvå frågor rörande olika aspekter av metodologisk kvalitet hos psykoterapistudier. För att förstå frågorna och därmed underlätta och underbygga skattningarna har vi tagit hjälp av Östs bok “Att utvärdera psykoterapi och kritiskt granska psykoterapistudier” (Öst, 2016). En grundläggande princip för skalan är att om ingen eller otillräcklig information finns om en viss fråga ska man ange 0 på frågan. Öst förklarar denna princip med att det är bättre att sätta 0 än att gissa sig till vad forskaren har gjort men glömt rapportera i artikeln. Detta ska enligt Öst bl.a. motverka möjligheten att “köpa billiga poäng” genom att påstå att man gjort vissa saker (tex. filmat och skattat varje terapisesion) men sedan inte redovisar det, kanske på grund av otillräckliga resultat (Öst, 2016).

SBUs metabok “Utvärdering av insatser i hälso-och sjukvården och socialtjänsten” (SBU, 2023) är tänkt som ett praktiskt stöd för de som ska genomföra en systematisk översikt och vi har följt deras instruktioner för skattning av RCT-studier enligt fem olika domäner (riskområden) och skattat dem i deras mall “Bedömning av risk för bias i randomiserade kontrollerade studier” (SBU, 2024). SBUs mall bygger på och är en översättning av Cochranes mall “Risk -of -bias tool för randomized trials” (RoB 2) (SBU, 2023). Vi har även tagit hjälp av stöddokumentet “Manual till mallarna för randomiserade och icke-randomiserade interventionsstudier” (SBU, 2022). Varje domän representerar en typ av bias och till hjälp finns det tillhörande stödfrågor (eng. signalling questions). Domänerna är: (1) randomisering, (2) avvikelser från planerade interventioner, (3) bortfall, (4) mätning av utfall, (5) rapportering. Utifrån svaren på frågorna bedöms risken för bias och sedan diskuteras hur eventuella brister kan ha påverkat utfallet eftersom det kan skilja sig beroende på vilken forskning eller sammanhang det rör sig om. Utöver domänerna görs en bedömning av risk för jäv eller intressekonflikter. SBU vill inte använda sig av en numerisk summa vid bedömningarna utan betonar vikten av en sammanfattande helhetsbedömning.

Artiklarna med annan studiedesign granskades i enlighet med instruktionerna utifrån följande variabler: (1) Relevans (hur relevant studien bedöms vara utifrån forskningsfrågor); (2) Selektionsbias (identifikation av risker i förhållande till urval av deltagare); (3) Svagheter i designen (tex. mätfel, inre och yttre reliabilitet och hot mot olika former av validitet); (4) Generaliserbarhet/överförbarhet (möjligheter att överföra studiens resultat till klinisk vardag eller andra populationer). De fyra artiklarna skattades i varje variabel och sedan gjorde vi en sammantagen helhetsbedömning av kvaliteten som låg, medel eller hög. Även för dessa skattningar har vi tagit hjälp av SBU:s metodbok och Östs bok enligt ovan.

Tillvägagångssättet har varit att vi först genomfört skattningarna av studierna var för sig, därefter har vi gått igenom, jämfört och diskuterat varje skattning tillsammans och kommit fram till en gemensam bedömning.

Då studiernas effekt är viktig för våra forskningsfrågor har vi valt att lägga en kolumn i tabellerna för att göra det överskådligt för läsaren trots att det inte är en parameter i SBU:s eller Östs mallar. I texten för varje artikel har vi lagt till rubriken "Resultat" där vi närmare beskriver studiens resultat (effekt). Vi har även lagt till en rubrik med "Relevans för vår uppsats" med vår bedömning av studiens relevans kopplat till våra forskningsfrågor efter genomförd skattning och bedömning.

Inklusions- och exklusionskriterier

Då riktlinjerna stipulerar att vi ska utgå ifrån en diagnos eller ett problem har vi valt diagnosen depression. Vi tog sedan hjälp av PICO-formatet för interventionsstudier (SBU, 2023) för att förtydliga våra kriterier. Studiens population (eng. Population) är barn och ungdomar, studiens insats (eng. Intervention) är familjeterapi. I brist på studier av "renodlad" familjeterapi för målgruppen och med anledning av spridningen av det systemiska förhållningssättet till individualterapeutiska terapimetoder, särskilt i behandling av barn och ungdomar (Frey et al., 2021; Stark et al., 2012; Stratton, 2016), inkluderades även studier med olika former av interventioner med familjekomponenter, ofta benämnda som "familjebaserade". Själva konstellationen dvs en systemisk intervention där förälder och barn deltar i interventionen i någon utsträckning tillsammans, bedömdes med andra ord viktigare än den terapeutiska inriktningen *per se*. Vi tog med studier med jämförelse (eng. Control) som utgörs av sedvanlig insats (TAU), annan familjebaserad eller terapeutisk intervention, men även studier där det inte finns någon jämförelsegrupp vilket inte sällan är fallet i studier av annan design. Gällande utfallen av insatsen (eng. Outcome) så inkluderade vi bara studierna

om det fanns utfallsmått mätt med validerade skattningsskalor för depressionssymtom och kopplat till primär diagnos depression. Det uteslöt inte studier som *även* hade andra utfallsmått. Inklusionskriterier var också att artiklarna skulle vara referentgranskade (s.k. peer reviewed) och att de skulle vara publicerade på engelska i tidsintervallet 2014–2024. Detta då vi ville ta vid tidsmässigt där Wirtberg et al. gjorde sin översikt för att se vad som hänt på forskningsfältet sedan dess.

Etiska ställningstaganden

Utifrån att vi gör en litteraturstudie så är etiska aspekter som används vid empiriska studier inte tillämpliga. De etiska ställningstaganden som präglar vårt skrivande handlar istället om att noggrant granska studier utifrån givna mallar, att presentera studiernas förtjänster och brister på ett tillförlitligt sätt och sedan föra avvägda resonemang i diskussionsdelen som svar på våra forskningsfrågor.

Litteratursökning

Relevanta artiklar har sökts i LUB search som är Lunds universitets databas som samlar elektroniskt och tryckt material från en mängd ämnesspecifika databaser som tex PSYCHInfo vilken är den databas som bedömdes mest relevant för vårt ämnesområde.

Utifrån det som vi bedömt relevant enligt PICO gjorde vi en del testsökningar och landade till slut i följande sökord: depression AND child OR adolescent AND family therapy OR family-based therapy OR systemic family therapy. Vi sökte på länkade sökord via ”APA Thesaurus of Psychological Index Terms” där vi sedan valde Structural Family Therapy och Strategic Family therapy som tillägg. Därefter lade vi till ”attachment -based family therapy” då ABFT (anknytningsbaserad familjeterapi) är den familjeterapeutiska metod som har störst evidens på målgruppen och vi ville förvissa oss om att sökorden inte uteslöt denna inriktning. Ovanstående sökord i kombination med våra kriterier beskrivna ovan resulterade i 370 artiklar i en huvudsökning som genomfördes den 31 januari 2024. 313 av dessa artiklar kunde vi utesluta direkt i titeln då det tex. kunde framgå att det var depression hos förälder eller då andra problemområden/diagnoser var primära (anorexia var överrepresenterade). 57 artiklar bedömdes preliminärt relevanta och gick vidare till en andra gallring där vi läste abstract (sammanfattning). Där föll sedan merparten bort då de hade mätvärden/utfallsmått utifrån annan primär diagnos eller inte mätte effekten på depression t.ex. anorexia, ätstörning, bipolaritet, droganvändande, trauma, sömnproblem etc. Vissa artiklar föll bort då de visade sig inte vara studier utan handböcker, implementeringsmanualer eller beskrivningar av en viss

behandling. Flera artiklar föll bort då de var översikter (reviews) eller metaanalyser. 12 artiklar lästes i sin helhet och till slut bedömdes de nio som ingår i detta arbete bäst falla inom ramen för våra forskningsfrågor och kriterier. Dessa redovisas i Tabell 1 nedan. Flödesschema som visar vår sökning återfinns i Appendix 2. Sökningar och bedömningar har genomförts tillsammans.

Tabell 1

Våra utvalda nio artiklar

Studiens design	Författare	År	Titel
RCT 1	Waraan, L., Rognli, E. W., Czajkowski, N. O., Aalberg, M., & Mehlum, L.	2021	Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics.
RCT 2	Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L.	2015	Family-Based Interpersonal Psychotherapy for Depressed Preadolescents: Examining Efficacy and Potential Treatment Mechanisms.
RCT 3	Poole, L. A., Knight, T., Toumbourou, J. W., Lubman, D. I., Bertino, M. D., & Lewis, A. J.	2018	A randomized controlled trial of the impact of a family-based adolescent depression intervention on both youth and parent mental health outcomes.
RCT 4	Tompson, M. C., Sugar, C. A., Langer, D. A., & Asarnow, J. R.	2017	A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence.
RCT 5	Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J.	2019	A randomized controlled trial: Attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal.
AD 1	Levy, S. A., Russon, J., & Diamond, G. M.	2016	Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A case study.
AD 2	Chen, Q., Zhao, W., Li, Q., & Sagi, H.	2021	The influence of family therapy on psychological stress and social adaptability of depressed patients.
AD 3	van der Spek, N., Dekker, W., Peen, J., Santens, T., Cuijpers, P., Bosmans, G., & Dekker, J.	2024	Attachment-based family therapy for adolescents and young adults with suicide deation and depression: An open trial.
AD 4	Liu, L., Wu, J., Wang, J., Wang, Y., Tong, Y., Ge, C., & Wang, Y.	2020	What do Chinese families with depressed adolescents find helpful in family therapy? A qualitative study.

Resultat

Resultat forskningsfråga (1)

Evidensbaserad praktik

Att arbeta evidensbaserat, s.k. evidensbaserad praktik (EBP), är när man låter en sammanvägd bedömning av de tre benen; *den professionelles expertis, bästa tillgängliga kunskap på området* och *den enskildes erfarenheter, situation och önskemål*, bli vägledande för valet av insats. Sammanvägningen av kunskapskällorna skall göras i dialog med patienterna där transparens ses som en väsentlig del av den evidensbaserade praktiken (Socialstyrelsen, 2020; Wampold, 2015). Att det står flera olika behandlingsalternativ till buds och att patienten har möjlighet att välja utifrån sina egna behov, önskemål och förutsättningar lyfts fram som viktiga principer av Socialstyrelsen, som uppmanar till ökad tillgång av psykologisk behandling och kontinuerliga uppföljningar. Tidig och effektiv vård är inte bara viktigt för den enskilde patienten utan innebär också en stor samhällsekonomisk besparing (Socialstyrelsen, 2021). Den evidensbaserade praktiken inom psykoterapi och behandling har vuxit fram ur den evidensbaserade medicinen (EMB) som var först med att ställa upp modellen med de tre benen (Wampold, 2015).

Socialstyrelsens rekommendationer för den evidensbaserade praktiken behöver ställas bredvid deras riktlinjer för vård och behandling av olika diagnoser. Som tidigare har beskrivits i avsnittet ”Prioriterade evidensbaserade behandlingar enligt Socialstyrelsens riktlinjer” så tar riktlinjerna framför allt sin utgångspunkt i vilket vetenskapligt stöd som finns belagt för interventionerna som föreslås där RCT-studier väger extra tungt. En del behandlingsinterventioner, däribland systemisk familjeterapi, klassas av Socialstyrelsen som icke göra. Definition av icke göra tas upp i deras metodbeskrivning (2021) och beskrivs enligt följande:

- det finns vetenskaplig dokumentation som påvisar att åtgärden inte har någon effekt eller mycket sämre effekt än annan behandling
- balansen mellan positiva och negativa effekter är tydligt ogynnsam för individen
- fyndet av den diagnostiska åtgärden har inte verkan på den fortsatta handläggningen

Det är oklart i vilken grad som Socialstyrelsens riktlinjer tar hänsyn till den professionelles samlade erfarenhet och expertis samt klientens önskemål och unika situation. Att det kan vara svårt att få till balansen mellan EBP:s tre ben när denna modell så tydligt

influerats från en medicinsk inriktning är något som den amerikanske professorn Bruce Wampold skriver om.

Wampold (2015) noterar att American Psychological Association (APA) i sin definition av EBP inom psykologi gjort ett utmärkande ställningstagande gentemot sin medicinska företrädare genom att man betonar den kliniska expertisen och patientaspekterna på ett sätt som skiljer sig från EBM. APA gör också en intressant framställan av *bästa tillgängliga kunskap* och beskriver den som; ”scientific results related to intervention strategies, assessments, clinical problems, and patient populations in laboratory and field settings as well as to clinically relevant results of basic research in psychology and related fields” (APA, 2006, s 274). En slutsats som Wampold drar är att APA vill förmedla att evidens genom efficacy- och effectiveness-studier bara är en av flera potentiella källor till evidens som kan användas för att bedriva effektiv psykologisk behandling. Han betonar att EBP förutsätter att den professionelle kan orientera sig på kunskapsfältet och kritiskt granska studier för att synliggöra styrkor och brister för att sedan använda detta i sin professionella bedömning. Enligt APA rymmer den kliniska expertisen emellertid mycket mer än att integrera bästa tillgängliga kunskap med klientens situation och önskemål. Den består i a) bedömning, diagnostik, systematisk fallbeskrivning, behandlingsplanering; b) kliniskt beslutstagande, behandlingsimplementering, övervakning av klientens progression; c) interpersonell expertis; d) kontinuerligt självreflekterande och förvärvande av färdigheter; e) lämplig utvärdering och användande av grundläggande och tillämpad forskning; f) förståelse för påverkan av individuella och kulturella skillnader på behandling; g) söka tillgängliga källor som behövs (t.ex. konsultation); h) ha en övertygande rational för kliniska strategier. I denna beskrivning synliggörs den professionelles roll och ansvar samt möjlighet till att påverka EBP (Wampold, 2015).

Fonagy et al. (2015) lyfter fram att en rad olika behandlingar visat sig vara effektiva när det föreligger depression och att framtida studier med fördel borde intressera sig för att reda ut de verksamma beståndsdelarna i de olika ”behandlingsförpackningarna” genom att intressera sig för frågeställningen vilka element som är mest verksamma i olika specifika kliniska situationer. Hans tanke går att koppla samman med APA:s framställan i *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (2005) där det lyfts fram att den evidensbaserade praktiken bärs upp av en variation av studier med olika forskningsdesign och att olika designer lämpar sig olika väl beroende på vilken forskningsfråga man vill undersöka. Som exempel på detta tar APA upp att:

- Kvalitativa studier ger ökad förståelse kring människors subjektiva upplevelser
- Process-outcome-studier sätter fingret på förändringsmekanismer
- Interventionsstudier som genomförs i naturliga miljöer ger kunskap kring behandlingars ekologiska validitet
- Single-case-studier används med fördel för att titta på orsakssammanhang ur ett individuellt perspektiv
- RCT används för att dra slutsatser om orsakssamband och effekten av interventioner
- Metaanalyser hjälper till att på ett systematiskt sätt testa hypoteser och kvantitativt uppskatta effekters storlek

Wampold skriver att trots ansträngningarna från APAs sida om att undvika fokus på behandlingar (treatments) så har EBP ofta exklusivt kommit att förknippas med och tolkas som just behandlingar. Ett sätt att förstå varför fokus på behandlingsmodeller blivit så viktigt i EBP-begreppet går att koppla till det inflytande som DSM fått och dess strävan mot att utveckla specifika behandlingsmetoder för varje psykologisk störning. Ett alternativt sätt att tänka kring detta har utvecklats av Barlow och kollegor som använder sig av ett transdiagnostiskt behandlingsprotokoll (Wampold, 2015). Deras initiativ går att koppla till diskussionen om common factors och alternativ diagnostik som beskrivs längre fram i denna uppsats.

Efficacy, effectiveness och efficiency

Den evidensbaserade praktiken kan kopplas samman med de tre effektmåtten; *efficacy*, *effectiveness* och *efficiency*. *Efficacy* svarar på frågan om en behandling kan fungera. Denna kunskap genereras oftast genom RCT-studier där man noggrant väljer ut deltagare för att skapa ideala förutsättningar för att kunna undersöka en eller ett par specifika frågeställningar. En kritik som ofta riktas mot RCT-studier är att en behandling som visat sig verksamt i en rigoröst uppstyrd behandlingsmiljö inte alltid kan genomföras eller har samma homogena klientgrupp "på fältet". Det är här som *effectiveness* har sin plats. Detta begrepp kan definieras som i vilken utsträckning som behandling når sin avsedda effekt i en vanlig klinisk setting, där patienter t.ex. kan sitta med en komplex symtombild och komorbida problem (Andrews, 1999; Wampold, 2015). *Efficiency* svarar på frågan om en behandling är kostnadseffektiv, inte bara för individen utan för samhället i stort. En behandling kan få bra resultat i en *efficacy*-studie men visa sig vara orimlig att försvara ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Andrews (1999) lyfter att *efficacy*-studier tenderar att få störst utrymme, men för

att skapa en patientsäker och kostnadseffektiv vård krävs att forskningsfältet vinnlägger sig om att genomföra bra effectiveness- och efficiency-studier (s.k. extern validitet).

En artikel av Crane (2007) som undersökte kostnadseffektivitet för familjeterapi inom vård och psykiatri (mental health services) visade att inkludering av familjeterapi i behandling av unga inte medförde en ökad kostnad på vårdssystemet. Familjeterapi som bedrevs i kontor- eller familjens hemmiljö var båda förenade med lägre kostnader jämfört med andra alternativ som tex individuell behandling när kostnadsberäkningarna tog hänsyn till i vilken utsträckning som familjen sökte fortsatt hjälp inom vårdssystemet. Anmärkningsvärt var att de som fick familjeterapi i hemmet medförde 90% lägre kostnader jämfört med individuella alternativ. Författaren följde 2012 upp sin artikel med en summary report och konstaterar att familjeterapi återigen visar sig som ett ekonomiskt försvarbart alternativ och påpekar att det är dags för systemiska forskare att börja spela marknadsspelets regler och eftersträva att visa familjeterapins kostnadseffektivitet både genom direkta jämförelsestudier där kostnad och effekt jämförs med andra alternativ, men också mer komplexa jämförelsestudier som gjorts tex inom MST där en till synes dyr insats kan visa sig kostnadseffektiv genom att man belyser direkta och indirekta kostnader som samhället sparar genom en verksam behandling. Crane lyfter fram att familjeterapi, ur kostnadssynpunkt, lämpar sig extra väl för individer som har hög symptombelastning och har stort och återkommande behov av hälsa- och vårdssystemet (s.k. high utilizers) (Crane & Christenson, 2012).

Socialstyrelsen använder ett hälsoekonomiskt underlag som bygger på skattningar av kostnadseffektivitet för rekommendationerna i sina nationella riktlinjer. Där vägs tillståndets svårighetsgrad mot åtgärdens effekt, dock endast om tillståndet är av lindrig karaktär eller effekten av åtgärden är liten eller oklar. Vid åtgärder med god effekt eller svåra tillstånd bedöms de hälsoekonomiska aspekterna vara av underordnad betydelse. De hälsoekonomiska experterna gör en systematisk litteraturgenomgång för att hitta publicerade hälsoekonomiska bedömningar för det aktuella tillstånds- och effektparet. Det effektmått som helst används är QALY (kvalitetsjusterade levnadsår) och vunna levnadsår. Kostnaderna vägs mot kvalitetsjusterat levnadsår. För att kostnaden ska bedömas som låg krävs motsvarande ökning i livskvalitetsindex. Om det saknas relevanta studier beräknar experterna själva kostnadseffektiviteten och klassificerar hälsoekonomisk evidens och kostnad enligt fyrgradiga skalor som sedan vägs samman. Socialstyrelsen konstaterar att; "Baserat på dessa beräkningar är det rimligt att anta att alla behandlingsåtgärder vid lindrig till medelsvår depression är

kostnadseffektiva ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv” (Socialstyrelsens metodbeskrivning, 2021, s.15). Det är oklart om familjeterapi omfattas av detta uttalande då det är en åtgärd som inte rekommenderas av Socialstyrelsen. Kvalitetsjusterade levnadsår och livsstilsindex är inte heller ett effektmått som vi har stött på i våra studier av familjeterapi och familjebaserade interventioner.

Common Factors

Genom åren har det skett olika försök att undersöka och beskriva universella komponenter, s.k. common factors, som bidrar till effekt i det terapeutiska arbetet oavsett modell eller metod. Wampold tar upp en rad olika modeller där teoretiker eftersträvat att ringa in och beskriva common factors. Som exempel nämner han tex Frank’s modell och en kontextuell modell. Som ett ytterligare exempel på common factors kan nämnas Castonguay & Beutler (2006) som lyfter fram att all effektiv behandling för tex depression, ångest och personlighetsstörningar trycker på vikten av:

- Solid behandlingsallians mellan terapeut och klient
- Sammanhållning vid gruppbehandling
- Gemensamt mål, samarbete mot målet, empati, reparation vid kommunikationsbrott, positiv framförhållning och självavslöjande feedback

Ett sådant arbete möjliggörs genom att man använder sig av:

- Ett strukturerat behandlingsprogram med fokus på att genomföra interventioner
- En balans mellan direktiva och icke-direktiva tekniker
- Interventioner som adresserar både intrapersonella och interpersonella faktorer
- Att involvera viktiga andra för att förebygga återfall

(Castonguay & Beutler, 2006)

Alternativ diagnostik

Inom all kognitiv aktivitet, psykoterapi inkluderat, är det nödvändigt att göra kategoriseringar. Samtidigt behöver man vara medveten om att själva kategoriserandet alltid får konsekvenser (Petitt, 2016). Man kan därför tänka sig att sättet som vi ringar in och diagnostiserar problem som tex depression också påverkar vilka forskningsfrågor som ställs och vilka studier som får ta plats på fältet. Brittiska psykologförbundet (BPS) har sedan en tid tillbaka börjat utveckla en modell för diagnostisering som ett alternativ till de medicinskt orienterade diagnossystemen ICD och DSM. De kallar den nya modellen ”The Power Threat Meaning Framework” (PTMF) och tanken är att skapa ett ramverk som ser längre än

funktionella symtombeskrivningar och till detta adderar faktorer som mönster, orsaker och etiologi (Marell, 2020). Read & Harper (2022) riktar kritik mot vad de anser vara ett utbrett reduktionistiskt förhållningssätt inom behandling för psykisk ohälsa. De ser det som nödvändigt att inte bara göra förändringar inom den vardagliga praktiken utan uppmanar till samhällelig förändring kring hur vi betraktar psykologiska problem och behovet av att se över riktlinjer för den offentliga vården där värdet av fungerande och respektfulla relationer inom familjer, skolor, arbetsplatser, samhället, vård och socialtjänst borde premieras. De menar att evidens pekar bort från biomedicinska interventioner och mot den alternativa approach som föreslås av PTMF (Read & Harper, 2022).

Resultat forskningsfråga (2)

Nedan följer en genomgång av de inkluderade artiklarna med en inledande sammanfattning av själva studien följt av en summering i text av de bedömningar och skattningar som inledningsvis presenteras i Tabell 2 och Tabell 3.

Tabell 2

RCT studierna skattade enligt SBUs bedömningsmall

SBU's mall - risk för bias RCT-studier	Samman tagen risk för systematisk snedvridning	Domän 1 Gruppindelning /Randomisering	Domän 2 Avvikelse från planerade insatser	Domän 3 Bortfall	Domän 4 Mätning av utfallet	Domän 5 Rapportering	Jäv och intressekonflikter	Effekt/ Styrka
RCT 1	Låg till medel	Låg +Tydligt beskriven process både i ord och flödesschema +Baslinjemätning samma för ABFT och TAU +Liknande egenskaper hos båda grupperna +Slumpmässigt urval genom förseglat kuvert -Oklart hur tilldelning av kuvert skedde	Medel +Resultat kopplas till ursprunglig frågeställning -Gruppen som mottog ABFT fick betydligt fler sessioner än TAU -Perioden för behandling ändrades från 12 till 16 veckor efter att studien påbörjats	Medel +Liten skillnad av bortfall mellan grupperna -Stort bortfall av mätpunkter som behövde estimeras genom bortfallsanalys (imputering)	Låg +Datainsamling sker vid samma tidpunkt och samma instrument +Blind skattning, oberoende bedömare	Medel +Noggrann beskrivning av och argumentation för analysmetod -Analysmetod behövde korrigeras utifrån stort bortfall mätpunkter	Låg +Statligt finansierad studie ger låg risk för jäv eller intressekonflikt +Upphovsmän har ej varit tongivande i studie +Författarna måna om att visa upp resultat trots ej fördel ABFT -Mer omfattande diskussion kring jäv saknas	Oförändrat resultat
RCT 2	Medel	Medel +Tydligt beskriven process både i ord och flödesschema +Tydligt beskriven karaktäristika av demografiskt och	Låg +Resultat kopplas till ursprunglig frågeställning +Inga nämnda avvikelser	Medel +Noggrann redogörelse för bortfall och dataanalys +Multipel imputering användes för att analysera	Låg +Datainsamling sker vid samma tidpunkt och samma instrument +Redogörelse för både direkta och indirekta effektmått	Medel +Utfallet har uppmätts enligt plan +Utfallet har mätts med flera olika metoder/skattningar (både självskattningar och skattningar/intervjuer av kliniker)	Hög +Självskattningarna och de skattningar som genomfördes av terapeuterna vid posttreatment visar på liknande resultat -Diskussion kring jäv saknas -Studien har bara delvis bekostats av oberoende part	God effekt. Mer effektivt än jämförande alternativ

		<p>kliniskt randomiserat sample +Samma baslinjemätningar vilka utfördes av kliniker oberoende av studien -Urval med 2 till 1 förhållande med högre symptombelastning i jämförelsegrupp -Urvalsprocess beskrivs otillfredsställande</p>	<p>+Samma antal sessioner i båda grupperna +Samma värden mäts i pre- och posttreatment -Grupptillhörighet går ej att dölja vare sig för behandlare eller klienter</p>	<p>bortfallsdata. Bedömningen var att bortfall inte påverkade utfall -Stort och oväntat bortfall på 21%. -Endast bortfall i den ena gruppen (FB-IPT)</p>	<p>+Skattning av blind oberoende bedömare i 60% av skattningarna posttreatment -40% av skattningarna posttreatment genomfördes av terapeutstudenter på kliniken +Analys visade ingen signifikant skillnad på resultaten utifrån vem som genomfört skattningarna</p>	<p>+Noggranna beskrivningar av metod för att analysera bortfallet +Tydliga protokoll/redovisningar av mätningarna -Saknas beskrivningar som problematiserar att jämförelsegrupp hade högre symtombelastning vid baslinjemätning</p>	<p>-Författarna är också utförande terapeuter. Samma terapeuter genomför båda behandlingarna, alltså risk för kontaminering mellan metoderna</p>	
RCT 3	Låg	<p>Låg +Tydligt beskriven process både i ord och flödesschema +Baslinjemätning överlag samma för BEST MOOD och PAST +Liknande egenskaper hos båda grupperna +Randomiserad dubbelblindad design för att motverka selektionsbias</p>	<p>Låg +Resultat kopplas till ursprunglig frågeställning +Inga nämnda avvikelser, förutom ett lägre antal deltagare än planerat +Samma antal sessioner i båda grupperna +Samma värden mäts i pre-, post- and after-treatment +Grupptillhörighet blindad för utförare</p>	<p>Medel +Noggrann redogörelse för bortfall och dataanalys +Resultaten presenteras som intent-to-treat analys +Liten skillnad av bortfall mellan grupperna -Stort bortfall på 22%</p>	<p>Låg +Datainsamling sker vid samma tidpunkt och samma instrument +Blind skattning, oberoende bedömare</p>	<p>Låg +Utfallet har uppmätts enligt plan +Utfallet har mätts med flera olika skattningar +Tydliga protokoll/redovisningar av mätningarna -Processen för att analysera bortfallet skulle kunna ha beskrivits tydligare</p>	<p>Låg +Statligt finansierad studie ger låg risk för jäv eller intressekonflikt +Det föreligger ingen intressekonflikt hos upphovsmännen i studien</p>	<p>God effekt. Mer eller lika effektivt som jämförande alternativ</p>
RCT 4	Låg	<p>Låg +Tydligt beskriven process både i ord och flödesschema +Tydligt beskriven karaktäristika av demografiskt och kliniskt randomiserat sample</p>	<p>Låg +Resultat kopplas till ursprunglig frågeställning +Samma antal sessioner i båda grupperna +Samma värden mäts i pre-, post-</p>	<p>Medel +Noggrann redogörelse för bortfall och dataanalys +Resultaten presenteras som intent-to-treat analys</p>	<p>Låg +Datainsamling sker vid samma tidpunkt och samma instrument +Redogörelse för både direkta och indirekta effektmått</p>	<p>Låg +Utfallet har uppmätts enligt plan +Utfallet har mätts med flera olika skattningar +Noggranna beskrivningar av metod för att analysera bortfallet</p>	<p>Medel +Ekonomiska medel kommer från flertalet olika organisationer -Diskussion kring jäv saknas -Studien har bara delvis bekostats av oberoende part -Samma terapeuter genomför båda behandlingarna, alltså risk för kontaminering mellan metoderna</p>	<p>God effekt. Mer eller lika effektivt som jämförande alternativ</p>

		+Samma baslinjemätningar vilka utfördes av blinda bedömare oberoende av studien +Fram till 2017 dittills största studien som genomförts för att utvärdera psykosocial behandling för depression hos barn och unga	and after-treatment -Avvikelse från ursprunglig studieplan där åldersspannet utökades från 7-12 till 7-14 på grund av för litet sample -Behandlingstiden utökades från 15 till 22 veckor på grund av för många avbokningar	+Multipel imputering användes för att analysera bortfallsdata -Relativt stort bortfall på 13,4% -Stor skillnad i bortfall mellan grupperna med övervikt i FFT-CD	+Skattning av blind oberoende bedömare	+Tydliga protokoll/redovisningar av mätningarna		
RCT 5	Låg	Låg +Tydligt beskriven process både i ord och flödesschema +Tydligt beskriven karaktäristika av demografiskt och kliniskt randomiserat sample +Samma baslinjemätningar vilka utfördes av blinda bedömare oberoende av studien +Hög statistisk power	Låg +Resultat kopplas till ursprunglig frågeställning +Inga nämnda avvikelser +Samma antal sessioner i båda grupperna +Samma värden mäts i pre- och posttreatment -Grupptillhörighet går ej att dölja vare sig för behandlare eller klienter	Medel +Bortfallsdata hanteras med en full intent-to-treat analys -Stort bortfall, dock ingen signifikant skillnad mellan grupperna, 18;2% för ABFT och 17,5% för FE-NST -Saknar tabell som redogör för bortfallsanalys kopplat till resultat	Låg +Datainsamling sker vid samma tidpunkt och samma instrument +Redogörelse för både direkta och indirekta effektmått +Skattning av blind oberoende bedömare -Redogörelse för träning av bedömare saknas	Låg +Utfallet har uppmätts enligt plan +Utfallet har mätts med flera olika skattningar	Medel -Diskussion kring jäv saknas -Studien har bara delvis bekostats av oberoende part -Samma terapeuter genomför båda behandlingarna, alltså risk för kontaminering mellan metoderna, data visar dock att ABFT och NST levererades med hög modelltrogenhet	God effekt. Lika effektivt som jämförande alternativ

Tabell 3

RCT studierna skattade enligt Psychotherapy outcome study methodology rating form (POMRF)

Granskningsmall Öst	RCT 1	RCT 2	RCT 3	RCT 4	RCT 5
Tydlig beskrivning av samplet	2	2	2	2	2
Svårighetsgrad /kronicitet hos störningen	2	1	1	1	1
Representativitet hos samplet	2	2	2	2	2
Reliabilitet för diagnosen i samplet	1	1	1	2	0
Specificitet hos utfallsmåtten	0	2	2	2	2
Reliabilitet och validitet hos utfallsmåtten	2	2	2	2	2
Användning av blinda bedömare	1	1	2	2	1
Träning av bedömare	2	1	1	1	0
Fördelning till behandling	2	1	2	1	2
Design	0	2	2	2	2
Statistisk poweranalys	1	0	0	1	2
Mätpunkter	0	0	1	2 (se uppföljstudie)	0
Manualiserat, replikerbart, specifikt behandlingsprogram	2	2	2	2	2
Antal terapeuter	1	1	1	1	1
Terapeututbildning /erfarenhet	2	2	1	1	1
Kontroller av följsamhet till behandlingsmanualen	1	2	1	2	2
Kontroller av terapeutkompetens	1	1	1	2	2
Kontroll av samtidiga behandlingar (t.ex. medicinering)	1	1	0	1	0
Handhavande av bortfall	2	2	2	2	2
Statistiska analyser och presentation av resultat	2	2	2	2	2
Klinisk signifikans	1	1	1	1	2
Likhet rörande terapitimer	0	2	2	2	2
Total summa	28	31	31	36	32

0 = Dåligt, 1 = Hyggligt, 2 = Bra. För vidare beskrivningar av varje kategori se "Psychotherapy outcome study methodology rating form" (Öst, 2016).

Öst (2016) redovisar ingen övergripande bedömning för poängsättningen och vi har därför valt att skapa ett eget bedömningsintervall för att förenkla för läsaren och oss själva gällande den sammanfattade bedömningen. Våra intervall ser ut enligt följande:

0-14 poäng = **Dålig**, 15-29 poäng = **Måttlig**, 30-44 poäng = **Bra**

Sammanfattning av RCT-artiklarna och summering av resultaten

RCT (1) Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics (Waraan et al., 2021).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en RCT med syfte att jämföra utfallet av 16 veckors ABFT-behandling med TAU för ungdomar med depression. ABFT (Anknytningsbaserad familjeterapi) beskrivs i tidigare avsnitt. TAU (Treatment As Usual) förklaras i studien som ordinarie behandling på mottagningarna.

Studiens design. Av 276 rekryterade deltagare var det 60 ungdomar som mötte inklusionskriterierna som var; 1) en depressiv episod påvisades genom DSM-IV, 2) ungdomen skattade ett värde över 15 på GRID-HAMD-skalan, 3) var boendes med sin primära vårdnadshavare. Ungdomarna fördelades till antingen ABFT eller TAU utifrån ett 1:1 scenario, med 30 i vardera gruppen. Behandlingstiden var 16 veckor för båda grupperna, men ABFT-gruppen fick i genomsnitt betydligt fler behandlingsträffar. 25 terapeuter genomförde behandlingarna, varav åtta utförde ABFT, och de hade i genomsnitt 7,2 års klinisk erfarenhet. In och utmätningar med skattningar gjordes av oberoende bedömare som använde sig av GRID-HAMD samt självskattning med SIQ-JR. Även skattningar med BDI-II användes.

Bedömning utifrån mall från SBU (2023). Den sammantagna bedömningen för systematisk snedvridning utifrån SBU:s granskningsmall (2020) bedöms vara någonstans mellan låg och medel. En fördel med studien är att randomiseringsprocessen redovisas på ett tillförlitligt sätt. Överensstämmelse mellan jämförelsegrupperna beträffande baslinjemätningar samt liknande bortfall under studiens gång tyder på att randomiseringsprocessen skett på ett adekvat sätt. Ett påtagligt minus för studien är att ABFT-gruppen fick betydligt fler sessioner (M=28,66) än TAU (M=19,73). Det var ett stort bortfall av mätpunkter, som dock var jämt fördelade mellan grupperna. I skattningarna som gjordes med BDI-II saknades 55% och i GRID-HAMD saknades 36,7%. Analysen fick ändras utifrån det stora bortfallet, men författarna i studien vannlade sig om att göra en noggrann motivering av sina val av förändringar i analysarbetet. Studien var statligt finansierad och risk för jäv bedöms som låg, trots att mer omfattande diskussion kring jäv saknas i beskrivningarna.

Bedömning utifrån POMRF (Öst, 2016). Studien får i vår bedömning 28 poäng av 44 möjliga och bedöms därmed hålla ”Måttlig” kvalitet (se tabell 3). Studiens styrkor är bl.a. dess noggranna urval och beskrivning av samplet, att urvalet är representativt, bra reliabilitet och vallidet hos utfallsmåtten, att adekvata statistiska metoder används och att det görs en

power analys innan start samt att en bortfallsanalys s.k. intent-to-treat genomförts. Att terapeuterna har lång klinisk erfarenhet är också ett plus. Till studiens fördel vara även att fördelningen till behandlingen var slumpmässig och att behandlingen (ABFT) är designad för störningen och har en tillgänglig behandlingsmanual samt att eftermätningen genomfördes av blind, oberoende bedömare. Studiens svagheter är i synnerhet att TAU inte alls är beskriven, att det är stor skillnad på antalet genomförda terapitimmars, att senaste mätningarna är efter 16 veckor (ingen uppföljning), och att det är låg specificitet hos utfallsmåtten (man mäter inte effekten på komorbiditeten). Det nämns inte heller skattningsskalor för kontroll av följsamhet till behandlingsmanualen och inte heller vilka av terapeuterna (8 av 25, en del med olika grundutbildning) som tränades för att genomföra ABFT. Dessutom var de nyligen tränade i ABFT och hade på så vis liten erfarenhet av just den metoden. Oklarheten kring om klienterna fick annan behandling/insats parallellt drar också ner bedömningen.

Studiens resultat och relevans utifrån forskningsfrågan

Lika många ungdomar hade ett förbättrat resultat som ett försämrat resultat gällande depression vid uppföljandemätning. Stor andel (68%) hade oförändrat resultat.

Studien har relevans för vår uppsats utifrån att den mäter ABFT:s effekt på deprimerade ungdomar. Det är svårt att dra för stora växlar på studiens resultat utifrån att det var ett litet sample, låg grad av modelltrogenhet i utförandet samt stort bortfall i eftermätningarna.

RCT (2) Family-Based Interpersonal Psychotherapy for Depressed Preadolescents: Examining Efficacy and Potential Treatment Mechanisms (Dietz et al., 2015).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en RCT studie med syfte att utvärdera effekten av Family-Based Interpersonal Psychotherapy (FB-IPT) jämfört med Child-Centered Therapy (CCT) för barn i åldersspannet 7–12 år som diagnosticeras med depressionsstörning. FB-IPT är en adaptation av IPT-A som är en psykosocial behandlingsform som fokuserar på relationen mellan interpersonella stressorer och de depressiva symptomen med syfte att minska symtomen. I FB-IPT inkluderas föräldrarna aktivt i sessioner varje vecka och adresserar direkt konflikterna mellan barnet och föräldern och andra interpersonella svårigheter. CCT baseras på en s.k. Rogeriansk behandlingsmetod som innebär att barnets mående och beteende förändras genom relationen med terapeuten och hans empatiska och ovillkorliga förståelse samt speciella terapeutiska tekniker som stärker och uppmuntrar barnet

till egenreflektion och egna beslut. CCT, som också är en manualiserad behandlingsform, har enligt författarna med framgång tidigare använts i jämförelsestudier för denna målgrupp.

Studiens design. Deltagarna rekryterades från en psykiatrisk specialistklinik för ungdomsdepression och 42 barn mötte studiens inklusionskriterier och randomiserades med 13 till CCT och 29 till FB-IPT. Inklusionskriterier var barn 7–12 år med despressionsdiagnos och som var sammanboende med minst en förälder. För- och eftermätningar gjordes med skattningsinstrumenten CDRS-R, MFQ-C/P (depressiva symptom), SCARED-C/P (ångestsymptom), CBQ-C7P (förälder-barnkonflikter), SAS-SR (interpersonella ”nedsättningar” = impairments). Behandlingen utfördes av tre kliniker, varav två är författarna till studien där samtliga har “advanced degree” i klinisk psykologi. Varje terapiesession granskades i efterhand i handledning tillsammans med “the primary investigator” och 20% av varje terapeuts sessioner skattades på en skala för följsamhet till behandlingsmetoderna. I båda grupperna mottog familjerna 14 behandlingssessioner. Fyra deltagare (21 %) i FB-IPT föll bort under behandlingens gång och en bortfallsanalys genom s.k. multipel imputering genomfördes för att predicera eftermätning.

Bedömning utifrån mall från SBU (2023). Den sammantagna bedömningen för systematisk snedvridning utifrån SBU:s granskningsmall (2023) bedöms vara medel. Studiens process redovisas på ett tydligt sätt både i ord och flödesschema. En fördel är att deltagarnas olika karaktäristiska finns redovisat i ett schema gällande tex demografi och symtombelastning. Resultatet kopplas till ursprunglig frågeställning och studien har genomförts utan större avvikelser. Ett undantag är ett större bortfall på 21%, i ena gruppen, vilket överraskade författarna. För att hantera detta bortfall har man genomfört multipel imputering där bedömningen var att bortfallet inte påverkat resultatet i någon större utsträckning. Processen kring analys av bortfall beskrivs tillförlitligt. En utmaning med studien är att författarna också varit utförande terapeuter och att man genomfört behandling i såväl FB-IBT som jämförelsegrupp. Författarna lyfter att det kunnat vara en styrka att samma terapeuter gett behandling i båda grupperna utifrån att garantera en likställd nivå på behandling. Å andra sidan lyfter man upp att det genom detta förfarande föreligger risk för kontaminering mellan metoderna. En tredje aspekt är att det inte går att utesluta jäv genom att författarna haft en hypotes inför studien att FB-IBT skulle vara mer effektfull än jämförelsemodellen och att detta skulle kunna ha påverkat prestationen i utförandet av de båda modellerna. En annan problematisk aspekt som i studien inte lyfts, i tillfredsställande omfattning, är att jämförelsegruppen hade en högre symtombelastning vid baslinjemätningen

och att studien genomförts i ett 2 till 1 förfarande med övervikt för FB-IBT. Här föreligger risk för snedvridning. Resultaten redovisas på ett tydligt sätt både genom effektmått och i tabellform.

Bedömning utifrån POMRF (Öst, 2016). Studien får i vår bedömning 31 poäng av 44 möjliga och bedöms därmed hålla ”Bra” kvalitet på gränsen till ”Måttlig” (se tabell 3). Studiens styrkor är bl.a. ett representativt och bra beskrivet sample, specifika utfallsmått som även mäter komorbiditeten och indirekt effekt (gällande tex. ångest, konfliktnivå med föräldrar, sociala svårigheter), att måtten har bra psykometriska egenskaper och är vedertagna skattningar för depression hos barn och ungdomar. Styrkorna utgörs även av terapeuternas långa kliniska erfarenhet och att kontrollerna av följsamheten till behandlingsmanualen var noggrant beskrivna och redovisade (95% av de inspelade sessionerna bedömdes som ”satisfactory” gällande ”treatment fidelity”). Det var positivt att samtliga sessioner granskades av handledare men betyget dras ner av att denna handledare också var en av författarna. Detsamma gäller för skattningarna av kontroller av de inspelade banden med sessionerna, vilket också genomfördes av författarna själva. Övriga styrkor är att antalet sessioner (terapi timmar) var samma för båda grupperna, och att båda behandlingarna hade god design och är manualiserade behandlingsprogram för den specifika målgruppen. På plussidan är också att adekvata statistiska metoder användes, att data presenterades med M och SD samt att en bortfallsanalys med s.k. multipel imputation genomförs och presenteras. Svagheter med studien är att ingen s.k. power analys utfördes, att de endast delvis använde sig av blind, obereonde bedömare, men framförallt att terapeuter var författarna själva och att de utförde båda behandlingarna. Till bristerna hör också den uteblivna förklaringen till den stora skillnaden i gruppstorlek samt hur själva randomiseringsprocessen gick till. Att det är relativt stort bortfall (21%) och endast från den ena gruppen samt att anledningen till bortfallen inte förklaras eller problematiseras drar också ner bedömningen av studiens kvalitet.

Studiens resultat och relevans utifrån våra forskningsfrågor. SFB-IPT hade högre remission jämfört med individuell behandling CCT, 66% respektive 33%. Den förstnämnda modellen medförde också en större sänkning av ångest och interpersonell nedsättning hos ungdomarna. Man såg i studien ett samband mellan att minskade depressiva symptom ledde till minskade sociala svårigheter i kontakt med jämnåriga.

Studien har relevans för vår uppsats genom att två manualbaserade metoder, en familjebaserad och ett individuellt alternativ, jämfördes mot varandra utifrån effekt på målgruppen. Ett plus är att jämförelsegruppen var ett alternativ som i tidigare studier visat sig

ha god effekt på målgruppen. Att skillnaden i effekt ändå var så pass stor, till fördel för det familjebaserade alternativet, gör att detta resultat sticker ut lite extra. Genom att FB-IPT är manualbaserat gör det möjligt att replikera modellen i vidare studier och i det kliniska arbetet.

RCT (3) A randomized controlled trial of the impact of a family-based adolescent depression intervention on both youth and parent mental health outcomes (Poole et al., 2018).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en s.k. dubbelblind RCT med syfte att undersöka effekten på både föräldrars och ungdomars psykiska hälsa efter att ha genomgått det familjebaserade behandlingsprogrammet BEST-MOOD jämfört med ”treatment as usual” enligt föräldrastödsprogrammet PAST. BEST MOOD är en manualiserad multi-familjeterapiintervention på systemisk grund med fokus på att stärka föräldra-barn kommunikationen, jobba med stressreduktion och psykoedukation. Till detta läggs anknytningsteorin och föräldrarna får jobba med sin lyhördhet och närhet, hur de svarar an på förlust och sorg samt få förståelse för hur skrämmande och stressande familjesituationer kan påverka deras barn. PAST är också ett manualiserat program som är tänkt att stötta föräldrarna att sätta ord på sin oro för sitt barn men också att få psykoedukation om depression för att öka deras kunskap och förståelse.

Studiens design. Deltagarna rekryterades framförallt från en stor psykiatrisk mottagning och 64 familjer mötte inklusionskriterier och tilldelades behandlingsmetod genom en s.k. blockrandomiseringsprocedur med två nivåer av blindning. 31 familjer analyserades i BEST MOOD och 33 familjer i PAST. Inklusionskriterier var familjer med en ungdom mellan 12 och 18 år som uppfyller diagnoskriterierna i DSM-IV för depressionsstörning (major, minor or dysthymic). Ungdomarnas psykiska hälsa mättes med SDQ samt SMFQ. För att undersöka ungdomens depressionsstil användes DEQ-A. Som mätinstrument för föräldrarnas psykiska hälsa användes DASS-21. Terapeuterna genomgick work shops och träning i metoderna och handleddes i samma utsträckning av skaparna av metoden, vilka även kontrollerade metodtrogenheten. Terapeuterna var blinda till behandlingarna i den mån att de inte visste om de gav kontrollbehandling eller den experimentella behandlingen. Båda behandlingarna gavs i åtta två-timmars gruppterapisessioner. I BEST MOOD medverkade ungdomen och eventuella syskon i hälften av sessionerna medan de i PAST medverkade vid endast en session.

Bedömning utifrån mall från SBU (2023). Den sammantagna bedömningen för systematisk snedvridning utifrån SBU:s granskningsmall (2020) bedöms vara låg. Studiens process redovisas på ett tydligt sätt både i ord och flödesschema. I randomiseringsprocessen har man använt sig av dubbel-blindad design för att motverka selektionsbias. Resultatet kopplas till ursprunglig frågeställning och studien har genomförts utan större avvikelser. De avvikelser som tas upp är att man fick ett lägre antal deltagare än vad som ursprungligen var planerat samt att man hade ett större bortfall på 22%, men att bortfallet var liknande mellan grupperna. Det hade varit en fördel om processen kring analysen av bortfallet hade redovisats på ett tydligare sätt. Datainsamling har skett vid samma mätpunkter och skattats av blinda oberoende bedömare. Statligt finansierad studie ger låg risk för jäv. Det föreligger ingen intressekonflikt hos upphovsmännen i studien.

Bedömning utifrån POMRF (Öst, 2016). Studien får i vår bedömning 31 poäng vilket gör att den hamnar inom intervallet för "Bra" kvalitet, på gränsen till "Måttlig". Några styrkor i denna studie är dess tydliga beskrivning av och representativitet hos samplet, dess specifika utfallsmått där komorbiditeten också mättes och tydligt presenterades i tabellform (tex. gällande ångest, stress, beteendeproblem, sociala och emotionella problem). Författarna redogör också för de psykometriska egenskaperna hos utfallsmåtten (skattningsskalorna). I studien användes blinda och tränade bedömare som handledes av senior psykolog. Dock fanns det inte utskrivet hur eller om de kontrollerade interbedömarreliabiliteten samt kalibreringen av denna. Till styrkorna hör att terapeuterna var blinda inför innehållet av den alternativa metoden dvs de visste inte om de levererade studiens experimentella behandling eller kontrollbehandling. Sessionerna filmades och handledes, men en svaghet är att författarna inte beskriver detaljerat hur mycket eller ofta samt att det är upphovspersonerna till metoden som bedömde metodtrogenheten. Övriga styrkor var likheten rörande terapitimmar (8 x 2 timmar), att det var två manualbaserade, replikerbara metoder designade för depression samt att det gjordes en uppföljning 3 månader efter avslut. Att bortfallen analyserades med "intent-to-treat" är en fördel men kvaliteten dras ner av att det inte gjordes en poweranalys före studiens start samt att ingenting nämns om kontroll av samtidiga behandlingar. En svaghet var även att de inte kontrollerade för den skillnad mellan grupperna (dock ej signifikant) som mättes gällande depressivitet hos föräldrarna vid baslinjemätningarna.

Studiens resultat och relevans för vår forskningsfråga. BEST MOOD och PAST visade på stor och likvärdig minskning av ungdomarnas depressiva symptom ($d=0,83$ respektive $d=0,8$) vilket bibehölls vid 3-månaders uppföljning. Det fanns en signifikant skillnad mellan

modellerna där BEST MOOD bidrog till att minska stress och depressiva symptom hos föräldrarna. Det fanns även skillnad kring föräldrars minskade ångestnivå, dock inte signifikant. En slutsats som författarna drar av resultaten är att föräldraskapsprogram likt PAST kan ge stora effekter på kort sikt men att systemisk familjebaserad behandling ger effekt på lång sikt och att den effekten bibehålls i större utsträckning vid uppföljning eftersom förändringarna är integrerade i familjesystemet.

Studien har relevans för vår uppsats utifrån att en manualbaserad multifamiljeterapeutisk intervention såväl som jämförande föräldrastödsprogram visade sig ha god effekt på målgruppen. Det är intressant att den multifamiljeterapeutiska interventionen hade en större effekt på en rad olika symptom hos föräldrarna, vilket kan tyda på en mer genomgripande förändring hos familjesystemet även om ungdomens symptomlindring var den samma som jämförelsegruppen. Klinisk erfarenhet visar att det ofta tar längre tid för ungdomar att rapportera effekt jämfört med deras föräldrar. Den korta uppföljningstiden (3 månader) beskrivs av författarna som en svaghet eftersom en "long term follow up" skulle kunna fånga upp en eventuellt fördröjd behandlingseffekt hos ungdomarna. En intressant aspekt med hänsyn till effektivitet är att BEST MOOD inkluderade syskon i behandlingsarbetet.

RCT (4) A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence (Tompson et al., 2017).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en RCT med syfte att jämföra utfallet av 15 sessioner av Family-Focused Treatment (FFT-CD) och Individual Supportive Therapy (IP) för ungdomar i åldersspannet 7-14 år med depressiv sjukdom. FFT-CD har sina rötter i KBT och familjebehandling med syfte att understödja familjer att utveckla färdigheter att behandla depressionen och stimulera till interaktion som skyddar barnet från ett kroniskt tillstånd av stress. IP är en klient-centrerad behandlingsmetod som är manualbaserad som hjälper barnet att hantera trauma med syfte att hjälpa barnet till ökad förståelse för sina känslor och att problemlösa på ett konstruktivt sätt.

Studiens design. Deltagare rekryterades lokalt via internet eller radio och i samarbete med ungdomspsykiatri och skolor. 134 ungdomar inkluderades i studien och randomiserades i ett 1:1 scenarion till de två behandlingsarmarna genom att man använde sig av en datoralgoritm. För att inkluderas i studien behövde ungdomen uppvisa allvarlig depressiv

sjukdom, dystymi (ihållande nedstämdhet som varar i minst två år) eller depressiv sjukdom, befinna sig inom åldersspannet 7–14 år och ha en vårdnadshavare eller viktig boendeperson som var villig att delta i behandling. Modellerna som jämfördes hade liknande behandlingsintensitet med 15 sessioner, med en behandlingstid på 50–60 minuter per session. Terapeuterna hade åtminstone en master i psykologi eller socialt arbete och deltog i en tvådagars workshop för respektive behandlingsmetod. Man certifierades genom videoinspelningar utifrån sina två första ärenden och mottog handledning varje vecka. Efter certifiering säkerställdes modelltrogenhet genom att man kollade adherence vid tre slumpmässigt utvalda tillfällen i varje ärende.

Bedömning utifrån mall från SBU (2023). Den sammantagna bedömningen för systematisk snedvridning utifrån SBU:s granskningsmall (2020) bedöms vara låg. Studiens process redovisas på ett tydligt sätt både i ord och flödesschema. En fördel är att deltagarnas olika karaktäristiska finns redovisat i ett schema gällande tex demografi och symtombelastning. Resultatet kopplas till ursprunglig frågeställning och studien utgår från tre mättillfällen; före-, efter- och uppföljningsmätning, skattat av blinda oberoende bedömare. En avvikelse från studiens ursprungliga upplägg är att man utökade åldersspannet på barn och unga från 7–12 till 7–14. Anledningen var att man i det ursprungliga åldersspannet fick ett för litet sample. Fram till 2017 var det den dittills största studien som genomförts för att utvärdera psykosocial behandling för depression hos barn och unga. Studien har ett relativt stort bortfall på 13,4% där skillnaden i bortfall mellan grupperna är stor med övervikt för FFT-CD. Författarna använder sig av multipel imputering för att analysera bortfallsdata och analysen redovisas noggrant i studien. En utmaning med studien är att den bara delvis bekostats av oberoende part och att det saknas deklaration för jäv. Då man använt sig av samma behandlare i båda behandlingsgrupperna föreligger det risk för kontaminering mellan de undersökta behandlingsmetoderna. Det går inte heller att utesluta att behandlare skulle ha lojalitet mot någon av behandlingsmetoderna. Kontroller visade dock på hög modelltrogenhet i båda metoderna.

Bedömning utifrån POMRF (Öst, 2016). Studien fick 36 poäng och bedöms därmed ha ”Bra” kvalitet. Till studiens styrkor hör en tydlig beskrivning och representativitet av samplet och dess komorbiditet, samt en gedigen randomiseringsprocess där man använde sig av en datoriserad algoritm och blinda bedömare. Vidare användes en s.k. blockrandomisering för att kontrollera för bl.a. kön, baslinjemätningen för depression och medicinering. Övriga styrkor var tex specifika utfallsmått med bra psykometriska egenskaper, att de kontrollerade för icke-

specifika behandlingsfaktorer (terapeut, faktorer, tid, dos). Behandlingseffekter på bortfallen mättes genom intent-to-treat och multipla imputationer användes för att predicera uteblivna skattningar vid post treatment. Dessa beräkningar redogjordes för och presenterades i detalj vilket stärker kvaliteten ytterligare liksom de adekvata statistiska metoderna med presentation av median och standardavvikelse. Till styrkorna hör även att de använde sig av blinda, välutbildade bedömare samt att man testade och redogjorde för interbedömarreliabiliteten. Studiens design bedömdes också bra då båda behandlingarna är empiriskt dokumenterade och avsedda för störningen. Vi skattade en 2a på mätpunkter eftersom det gjorts en uppföljningsstudie ett år efter denna studie. Till studiens fördel var också att det rådde likhet rörande terapitimmarna och skedde frekventa kontroller av terapeutkompetensen. Till studiens svagheter räknas en otydlighet kring kontroll och handhavande av medicinering och parallell behandling (de nämns i baslinjemätning men oklart hur det sedan hanteras).

Studiens resultat och relevans för vår forskningsfråga. Såväl FFT-CD som IP ledde till ett förbättrat tillstånd hos ungdomarna med en respons på 77,7% respektive 59,9%. FFT-CD uppvisade dock en högre sannolikhet till klinisk respons gällande depression. Ihållande förbättring observerades över tid gällande depressivt tillstånd, funktion, social anpassning och icke-depressiva symptom. Det fanns en större nöjdhet bland klienterna som mottagit FFT-CD.

En uppföljningsstudie som gjordes ett år senare indikerade fortsatt att FFT hade en något bättre respons gällande depression samt ett något större skydd mot förnyade självmordsförsök. Vid uppföljning vecka 52 hade ett barn från FFT-gruppen och sex barn från IP-gruppen återfallit i depression. Fyra barn hade gjort självmordsförsök där samtliga befann sig i IP-gruppen (Asarnow et al., 2020).

Studien har relevans för vår uppsats utifrån att den jämför familjefokuserad behandling med individuell behandling avseende effekt på deprimerade barn och ungdomar. Vidare är studien relevant för våra forskningsfrågor utifrån att den visar på ett familjebaserat alternativ där familjens resurser aktiveras för att bemöta ungdomens depression och skapa salutogena kommunikationsvägar med och runt omkring ungdomen. Eftersom FFT-CD bygger på ett konceptualiserat ramverk med förankring i evidens så är dess replikerbarhet god i vidare studier och i det kliniska arbetet.

RCT (5) A randomized controlled trial: Attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal (Diamond et al., 2019).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en RCT med syfte att jämföra utfallet av 16 veckors ABFT-behandling med FE-NST för ungdomar i åldersspannet 12-18 år med depressiva symtom och självmordstankar. Detta är den första ABFT-studie där jämförelsegruppen mottagit en aktiv, noggrant kontrollerad jämförelse-behandling. ABFT som behandlingsmodell beskrivs i tidigare avsnitt. FE-NST är en individuell behandling som fokuserar på att terapeuten stöttar ungdomen genom empatiskt lyssnande, där identifierandet av känslor och att bli uppmärksam på affekter bidrar till att göra ungdomens upplevelser mer begripliga och meningsfulla.

Studiens design. Deltagare rekryterades bl.a. från psykiatriska sjukhus, ungdomspsykiatriska- och öppenvårdsmottagningar där 129 ungdomar mötte inklusionskriterier. 66 deltagare randomiserades genom "urn randomization" till ABFT och 63 till NST. För att inkluderas i studien behövde ungdomen uppvisa klinisk signifikant nivå av självmordstankar som mättes genom SIQ-JR och åtminstone moderata nivåer av depressiva symptom mätt genom BDI-II. Det var ett krav att åtminstone en vårdnadshavare kunde delta i bedömning och behandling. 42% av deltagarna uppgav att de åtminstone vid ett tillfälle tidigare i sitt liv genomfört ett självmordsförsök. Över en 4-årsperiod levererade 14 terapeuter behandling. Fem av dem hade masters nivå och 9 hade doktorsnivå. För att kontrollera den terapeutiska effekten i båda grupperna levererade samma terapeuter båda behandlingarna. Terapeuternas träning i metoderna bestod av en 2–3 dagars workshop, genom att läsa manualerna samt bredvidgång som co-terapeuter i behandling utförda av mer erfarna terapeuter. För att säkra modelltrogenhet använde bedömare skattningsverktyg. Vid avslutad träning skattade fem bedömare videoband från 290 sessioner, vilket representerade 20% av samtliga sessioner i 118 ärenden. Data från skattningarna visade att båda metoderna genomfördes med god adherence.

Bedömning utifrån mall från SBU (2023). Den sammantagna bedömningen för systematisk snedvridning utifrån SBU:s granskningsmall (2020) bedöms vara låg. Studien visar på hög statistisk power. Processen redovisas på ett tydligt sätt både i ord och flödesschema. En fördel är att deltagarnas olika karaktäristiska finns redovisat i ett schema gällande tex demografi och symtombelastning. Resultatet kopplas till ursprunglig frågeställning och studien har genomförts utan större avvikelser. Dock har studien ett större bortfall. Bortfallet är emellertid jämt fördelat mellan grupperna där ABFT hade 18,2% och FE-NST hade 17,5%. Det hade varit önskvärt om bortfallsanalysen (intent-to-treat analys) redovisades överskådligt i en tabell där det blev tydligt hur det påverkade resultatet. Data-

insamling har genomförts av blinda oberoende bedömare. Författarna nämner att det gjorts en uppföljningsstudie, men inget av dessa resultat redovisas i denna studie. Ej heller redovisas källor till uppföljningsstudien. En utmaning med studien är att den bara delvis bekostats av oberoende part och att det saknas deklaration för jäv. I studien har man använt samma behandlare i båda behandlingsgrupperna. Förklaringen till att man gjort detta val är för att säkerställa samma terapeutiska effekt i båda behandlingarna. För att hantera risk för kontaminering mellan metoderna har man använt sig av olika skattningsverktyg för att säkerställa god modelltrogenhet.

Bedömning utifrån POMRF (Öst, 2016). Denna studie fick 32 poäng vilket innebär att den bedöms hålla "Bra" kvalitet. Några av studiens styrkor är beskrivningen och utförliga presentation av samplet samt dess representativitet, måttens psykometriska egenskaper och själva randomiseringsprocessen. Andra fördelar var att båda metoderna är manualbaserade och designade för störningarna som mäts (suicidtankar och depression), Samma terapeuter användes för båda metoderna vilken anges som ett sätt att kontrollera för terapeuteffekter. De flesta terapeuterna är vana terapeuter som erhållit träning och utbildning i metoderna. Metodtrogenheten kontrollerades med skattningsskalor (20% av de filmade sessionerna dvs 290 sessioner skattades) och terapeuterna fick handledning varje vecka av experter inom metoderna. Likhet rörande terapitimmarna (16 sessioner) är också ett plus. Bedömarreliabiliteten för bedömarna som utförde skattningarna av metodtrogenheten rapporteras också. Andra fördelar med studien var att det gjordes en poweranalys (80% power) samt att det används adekvata statistiska analyser där data presenteras med M och SD. För att undersöka den kliniska signifikansen användes Jacobsens kriterier och en full intent-to-treat analys gjordes för att hantera bortfallen. En svaghet är att ingen närmare förklaring eller bedömning gjorts av de blinda bedömarnas träning eller riktighet (interbedömarreliabilitet omnämns ej avseende detta), inte heller hur den diagnostiska processen gått till. Till studiens svagheter räknas också en otydlighet kring kontroll och handhavande av medicinering och parallell behandling (medicinering nämns i baslinjemätning men oklart hur det sedan hanteras. Ingen information om samtida behandlingar). Att inga förklaringar ges till varför resultaten av de fyra eftermätningar som gjorts efter denna studie inte inkluderas (utan bara nämns) bedömer vi som en svaghet. En annan brist är att effekten av terapeut på utfallet inte analyserades.

Studiens resultat och relevans för vår forskningsfråga. Båda behandlingsmodellerna, ABFT och FE-NST, visade på signifikant nedgång gällande självmordstankar och

förekomsten av depression hos ungdomarna. Det rådde ingen större skillnad mellan grupperna beträffande resultat.

Studien har relevans för vår uppsats utifrån att ABFT, som är en vedertagen familjeterapeutisk modell i arbetet med målgruppen, jämfördes med ett individuellt behandlingsalternativ gällande effekt. Speciellt för studien var att det var första gången som ABFT jämfördes med en aktivt kontrollerad behandling. Då behandlingsmodellerna bygger på många gemensamma komponenter och det visade sig vara liten skillnad i resultatet mellan grupperna hade det, med facit i hand, varit intressant om man i denna jämförelsestudie valt ett individuellt alternativ där skillnaden mellan behandlingarna varit större. Dock skulle man kunna säga att resultatet i studien faller väl ut med den forskning som gjorts kring common factors där tex empatiskt lyssnande (terapeutisk allians, empati) och medvetandegörande av känslor (vägen till förändring, terapeutisk teknik) kan sägas vara exempel på faktorer som visat sig ha positiv effekt på utfallet oavsett val av behandlingsmetod (Wampold, 2015).

Sammanfattning av studier av annan design och summering av resultaten

Tabell 4

Studier av annan design bedömda enligt relevans, selektionsbias, design, generaliserbarhet

Studier av annan design – bedömning kvalitet	Sammanvägd bedömning	Relevans	Selektionsbias	Design (svagheter och styrkor)	Generaliserbarhet/ överförbarhet	Effekt/ Styrka
AD 1	Medel till Hög	Tydligt samband mellan förälders attityd och depression hos HBTQ+. Depression överrepresenterat hos ungdomar inom HBTQ+. ABFT matchar målgrupp	Oklar urvalsprocess. Författare har varit aktiv terapeut i ärendet som presenteras	Väl utförd fallstudie. Fallstudie har föregåtts av en open trial. Använder sig av skattningar för att mäta effekt. Går på djupet men inte bredden	Borde vara god då ABFT finns representerat i flera länder med gott resultat. Depression kopplat till HBTQ+ i Sverige matchar amerikansk statistik som återfinns i rapport	God effekt. Symptomlindring och förbättrad relation
AD 2	Medel	Flertalet studier visar att depression korrelerar med stress, coping-stil, livshändelser och social support. Svårt att förstå relevansen av att mäta BMI	Något oklar rekryterings- och randomiseringsprocess. Nämnas inte hur många som exkluderades	Studien beskriver endast kända samband, inte kausalitet. Ingen kontrollgrupp för terapin. Oklar familjeterapeutisk metod. Terapeuters utbildning och bakgrund beskrivs inte. Positivt med mätillfällen T1->T3. Tilltagen analysdel	Diagnostillståndet är universellt, men hur påverkar kinesisk kontext utfallet? Oklar metod och terapeutiskt utförande	God effekt. Familjeterapi i kombination med medicin, mer effektivt än bara medicin
AD 3	Låg	Svårbehandlad målgrupp. Studie innehåller inga nya fokusområden/frågeställningar utifrån ABFT, men sätter modellen i en europeisk kontext. Ökad förståelse för behandling av deprimerade ungdomar med autism	Urval genom diskussioner i tvärprofessionellt team. Oklart hur urval gjordes från taget exklusionskriterier. 3 familjer som påbörjat behandling ingick inte i slutresultatet då de sades ej ha mottagit ABFT. Stora slutsatser på litet sample	Bristande adherence-kontroll. Nya terapeuter. Ingen jämförelsegrupp. Lång behandlingstid som krockade med eftermätningar. 48% mottog samtidigt parallell behandling	ABFT har visat sig ha god överförbarhet, men frågan är hur mkt ABFT som skedde utifrån nya terapeuter och låg adherence-kontroll	God effekt, men svårtolkat resultat
AD 4	Medel	Första explorativa studien i Kina som undersöker familjeterapi med deprimerade ungdomar. Samband mellan depression och upplevda skolkrav	Oklart om 5 av 17 (29%) familjer medverkade i hela behandlingen men inte den avslutande intervjun, eller om dessa hoppade av i starten. Om de hoppade av i slutet var det pga tidsbrist eller andra skäl?	Intervju med föräldrar och barn tillsammans. Deltagarna får information om studiens syfte på förhand. Olikhet i medicinering problematiseras inte	Litet sample, svårt att styrka validitet. Familjeterapeutisk inriktning specificeras och interventionerna beskrivs. Dock mäts inte metodtrogenhet. Psykiatriker som utför terapi. Kinesisk kontext med större kontroll och förväntningar	God effekt. Överlag positiv upplevelse av TP och familjeterapeutiska interventioner

AD (1) Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A case study (Levy et al., 2016).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en fallstudie, s.k. ”case study”, där man använt sig av ett evidensbaserat format, med syfte att exemplifiera nyckelmoment i en ABFT-behandling för ungdomar som identifierar sig som HBTQ+. ABFT har genom tidigare studier visat sig väl lämpat för att ge behandling till denna målgrupp. ABFT som behandlingsmodell beskrivs i tidigare avsnitt.

Studiens design. I en öppen studie från 2012 (Diamond et al.) behandlades tio ungdomar inom HBTQ+ för depression och hög risk för suicid. Författare till denna studie uppmärksammade att när föräldrar hade svårt att acceptera barnets sexuella läggning behövde terapeuten lägga extra mycket tid på egna samtal med föräldern för att arbeta igenom teman av känslor förlust, ilska, rädsla och skam. I tillägg till det såg man att det var viktigt att hjälpa föräldern att få ihop sin religiösa övertygelse med barnets läggning, att bemöta eventuella påtryckningar från den utvidgade familjen/slakten/nätverket, och adressera oron för barnets skydd och välmående. Det var först efter att föräldern fått hjälp att arbeta igenom sina egna känslor som denne kunde bli uppmärksam på barnets behov och visa empati för barnets kamp och psykologiska besvär. Studien från 2012 visade utifrån gruppnivå på en signifikant sänkning hos ungdomen av suicidtankar, depressiva symptom samt anknytningsrelaterad ångest. Fallet som beskrivs i vår valda fallstudie är en av ungdomarna med sin förälder som deltog i den öppna studien. Fallstudien är designad så att ABFT-modellens fem steg illustreras och där terapeutiska tekniker, teman och processer åskådliggörs med tyngdpunkt i arbetet med barn och förälder där barnet identifierar sig som HBTQ+ och lider av depression samt självmordstankar.

Bedömning av vetenskaplig kvalitet (se Tabell 4 för en sammanställning).

Relevans. Studien tydliggör att en förälders negativa attityd till barnets sexuella läggning med t.ex. skambeläggande eller avståndstagande kan skapa psykisk ohälsa med depression och suicidtankar hos ungdomen. Dessa symptom är överrepresenterade hos ungdomar inom HBTQ+. ABFT som behandlingsmodell har visat sig matcha målgruppen väl där ett förändrat bemötande hos föräldern och en större uppmärksamhet på ungdomens behov kan reducera barnets symtombelastning. Fallstudien tydliggör hur en sådan process kan se ut genom att exemplifiera både interventioner och utfall i arbetet med en specifik barn- och föräldrarelation.

Selektionsbias. Familjen som presenteras i fallstudien har ingått i en öppen studie där tio ungdomar och deras familjer tog emot ABFT-behandling utifrån att det förelåg depressionsproblematik kopplat till en konflikt mellan barn och förälder utifrån ungdomens sexuella läggning. Det är oklart hur urvalsprocessen gått till och om familjen som presenteras hade ett extra bra utfall eller om det är representativt för helheten. En annan faktor som kan påverka bias är att författaren har varit aktiv terapeut i ärendet som beskrivs.

Design för-/nackdelar. Som fallstudie är studien väl genomförd med en fördelaktig struktur och många tydliggörande exempel. Läsaren får en förståelse för hur behandlingsmetoden kan utföras i praktiken med den specifika målgruppen och det blir synbart hur interventionerna hänger ihop med utfallet. En fördel är att fallstudien går på djupet, medan en begränsning är att den saknar beredd på så vis att det är svårt att veta hur mycket av det som beskrivs är kopplat till familjens unika upplevelse och hur mycket som går att generalisera till arbetet med andra familjer som tar emot ABFT. Utifrån att det gjorts en öppen studie hade det varit intressant om författaren hade kopplat ihop denna mer med fallstudien genom att påvisa likheter och skillnader.

Generaliserbarhet/överförbarhet. Överförbarheten torde vara god utifrån att ABFT finns representerat med gott utfall på flera ställen i världen som t.ex. USA, Nederländerna, Norge och Sverige. Statistik visar att ungdomar i Sverige som finns inom HBTQ+ har en förhöjd risk för t.ex. depression och suicidtankar och matchar de siffror som tas upp i denna amerikanska studie (Folkhälsomyndigheten, 2014).

Studiens resultat och relevans för vår forskningsfråga.

Studiens resultat. Studien visade att en förälders förändrade attityd kring barnets sexuella attityd där denne kunde uppvisa acceptans medförde att tonåringen kunde använda föräldern som trygg bas och utforska viktiga utvecklingssteg mot självständighet. Ungdomens suicidtankar sjönk från 32 (klinisk nivå) till 4 (under normal nivå) på SIQ. Ungdomens depression hade en mer flack nedgång från 34 till 25 på BDI. Kommunikationen mellan barnet och föräldern stärktes och tonåringen hade en positiv utveckling på ECR:s sjugradiga skala som mäter viktiga komponenter för anknytning.

Relevans för vår uppsats. Sammantagen kvalitet för studien bedömer vi vara medel till hög. Studien har relevans för vår uppsats utifrån att den klär ABFT-modellen i levande exempel och åskådliggör den kliniska praktiken. Det blir ett viktigt tillägg till redan presenterade RCT-studier som haft utgångspunkt i ABFT. Här blir beskrivningar av specifika

interventioner och processer som kan vara av särskild vikt för effekt i terapeutiskt arbete med tonåringars depressioner viktiga för uppsatsens forskningsfrågor. Att studien intresserar sig för ungdomar inom HBTQ+ som på gruppnivå visat sig löpa en ökad risk för att utveckla depression och suicidtankar är också relevant utifrån vårt val av ämne.

Detta är ytterligare studier som visar på värdet av familjestöd och en acceptans av ens sexuella identitet för att ungdomen ska få en positiv utveckling (Newcomb et al., 2019; Pearson & Wilkinson, 2013).

Vi har valt att komplettera vald single case study med en kompletterande analys i enlighet med APA:s kriterier:

Analys utifrån APA:s riktlinjer kring evidensbaserade fallstudier gällande familjeterapi.

1. Studien använder sig av skattningsskalan ECR-RS för att mäta in- och utvärden gällande anknytning mor och dotter. Man använder sig också av skattningarna SIQ-JR och BDI för att mäta graden av självmordstankar respektive förekomsten av depression. Studien åskådliggör ABFT:s fem steg och hur terapeuten arbetar igenom varje steg med familjen och gör överenskommelser med dem för att gå vidare till nästa steg.

2. Resultatet vid behandlingens avslut visar att ungdomens suicidtankar hade sjunkit från 32 till 4, vilket innebär att tonåringen gick från klinisk nivå till att skatta under normalvärde. Hennes depressiva symtom sjönk inte lika mycket, utan gick från 34 till 25 på BDI. Vid intag skattade hon 6,83 på undvikande och 4,25 beträffande ångest på ECR:s sjugradiga skala. Vid behandlingens avslut hade undvikande gått ner till 2,5 och ångest 1,25. Även föräldra-barn kommunikationen hade stärkts.

3. Studien diskuterar inte resultaten i form av signifikanta förändringar men man kan anta att signifikans fanns både beträffande nedgången i självmordstankar och den förbättrande anknytningen som återspeglas i mätresultaten i ECR.

4. Det hade varit av intresse om studiens beskrivningar och resultat hade jämförts med en fallstudie där resultaten inte vara goda eller förändring uteblev.

5. Specifika interventioner som varit hjälpsamma för familjen diskuteras samt hur utfallet påverkats av dessa. Som exempel kan nämnas att mammans accepterande av dotterns sexuella identitet möjliggör både försoning och vidare utveckling av självständighet hos tonåring.

6. Familjen har gett sitt samtycke till att delta i studien. Deras namn har ändrats för att möjliggöra anonymitet.

AD (2) The influence of family therapy on psychological stress and social adaptability of depressed patients (Chen et al., 2021).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en kvaisexperimentell studie med två syften: att bättre förstå universitetsstudenters depression och dess koppling till deras livshändelser, socialt stöd, psykologisk press, copingstil samt vilken påverkan en behandling med familjeterapi kan ha på dessa parametrar. Familjeterapi som användes är ospecificerad och beskrivs som systematisk.

Studiens design. Studien utfördes i staden Hefei i Kina. 105 studenter (47 män, 58 kvinnor) som sökt vård på den psykiatriska kliniken på Hefei lasarett och som diagnosticerades med depression enligt ICD-10 och med över 17 poäng på HAMD-17 ingick i studien och jämfördes med en frisk kontrollgrupp. Både observationsgruppen och kontrollgrupp kartlades demografiskt (tex. ålder, kön, utbildningsnivå, familjestruktur, BMI m.m.) med hjälp av olika frågeformulär. In-, ut- och 3-månadersuppföljningmätning gjordes med skattningarna ASCLE (fysiska och psykologiska karaktäristika), The social support scale (upplevt stöd och förmåga att ta emot stöd), CPSS (upplevd psykologisk stress), CSQ (copingstil) och SAFE (social anpassningsförmåga). De deprimerade studenterna delades slumpmässigt in i två grupper. Den ena gruppen fick konventionell antidepressiv medicinsk behandling med Sertralin, den andra gruppen fick den medicinska behandlingen och dessutom s.k. systematisk familjeterapi. Terapin syftade till att stödja familjemedlemmarna att mer öppet kunna dela sina svåra känslor med varandra genom feedbackövningar, systematiskt frågande och med hjälp av olika hemuppgifter. Innan familjeterapi påbörjades kartlades familjens relationer, mönster, resiliens, stressorer, styrkor och andra symptom genom en två timmars intervju. Terapeuterna filmade sina sessioner och handleddes löpande. Varannan vecka genomfördes en och en halv timmes intervjuer. Totalt blev det 5 intervjuer under 2,5 månader. I slutet av terapin fick familjemedlemmarna utvärdera terapins effekt.

Bedömning av vetenskaplig kvalitet (se tabell 4 för en sammanställning).

Relevans. Författarna nämner själva inledningsvis att det finns åtskilliga studier som visar att psykologisk stress, copingstil, livshändelser och social support har ett starkt samband med depression, inte bara i Kina utan även i västvärlden. Författarna till studien lyfter att Kinas enbarnspolicy innebär ett ökat tryck på barnen att leva upp till föräldrarnas

förväntningar om att lyckas. Ungdomarnas situation och mående är med andra ord sammankopplat med föräldrarnas perspektiv och förhållningssätt vilket gör studiens andra syfte om att undersöka familjeterapins effekt på ungdomarnas depression extra relevant.

Risk för selektionsbias. De deprimerade studenterna randomiserades till två grupper (endast antidepressiv medicin samt medicin i kombination med familjeterapi) men randomiseringsprocessen beskrivs inte. Det står inte heller hur den friska gruppen rekryterades och hur den gruppens basvärden förhöll sig i jämförelse med en normalpopulation (var de mer eller mindre friska än studenter i allmänhet?). Det nämns inte heller hur många som exkluderades.

Design för-/nackdelar. Studenterna (både de deprimerade och de friska) blev på förhand informerade om studiens syfte och betydelse. Det är begripligt att viss information måste delas för att familjerna ska vilja tacka ja till att delta, men det blir också problematiskt eftersom vi då inte kan utesluta en förväntanseffekt. Det är en studie med syfte att öka förståelse och visa på samband vilket vi bedömer att designen lever upp till. Den är dock inte designad för att dra slutsatser om kausalitet. Det blir därför problematiskt när författarna tex. påstår att de deprimerade studenternas brist på social support beror på att de växer upp med ensamstående föräldrar vilket får dem att känna sig ensamma vilket i sin tur leder till depression. Denna kausalitet är kanske rimlig men denna studies design tillåter inte den sortens påstående. Det finns inte någon kontrollgrupp för terapin, vilket innebär att det inte går att uttala sig om familjeterapins effekt jämfört med någon annan slags terapi (men det var i och för sig inte heller författarnas syfte). Oklar familjeterapeutisk metod. Terapeuternas utbildning och erfarenhet beskrivs inte.

Generaliserbarhet/överförbarhet. En av studiens slutsatser är att familjeterapi i kombination med medicin *kan* ge signifikant större effekt på studenters depression än endast medicin. Vi bedömer dock generaliserbarheten som låg eftersom varken terapeututbildning eller terapeutkompetens beskrivs och då terapin endast förklaras med övergripande termer och inte tycks vara metodspecifik. Vi vet inte om det är just familjeterapi som ger effekten eller om tex. individuell terapi skulle kunna ge samma effekt. Även om studien är genomförd i en kinesisk kontext vill vi mena att den är överförbar till västerländsk och svensk kontext eftersom ungdomsdepression korrelerar till prestationskrav och skolsvårigheter även här och att familjens support har stark betydelse "world wide". Detta styrks av att författarna upprepade gånger tar avstamp i västerländska källor och studier.

Studiens resultat och relevans för vår forskningsfråga. Studien visade att det fanns en signifikant skillnad mellan en frisk kontrollgrupp och deprimerade unga universitetsstudenter avseende coping-stil, svåra livshändelser, socialt stöd, psykologisk stress och förmåga till positivt samspel. Familjeterapi i kombination med medicinering hade bättre effekt på studenters depression, psykologiska stress samt deras sociala anpassningsförmåga jämfört med endast behandling med medicin.

Sammantagen kvalitet för studien bedömer vi vara medel. Studien har relevans för vår uppsats utifrån att den undersöker kopplingar mellan unga människors depression och händelser som de varit med om, strategier som de utvecklat för att ta sig an utmaningar, upplevd stress och kravbild, samt möjlighet till support och stöd från omgivning och förmåga att ta emot detta. Intressant för våra forskningsfrågor är att studien visade att deprimerade unga har större utmaningar än jämnåriga friska på dessa områden och att familjeterapi visade sig ha bättre effekt på studenters depression än enbart medicinering.

AD (3) Attachment-based family therapy for adolescents and young adults with suicide ideation and depression: An open trial (van der Spek et al., 2024).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en öppen studie, s.k. ”open trial” med syfte att 1) undersöka måluppfyllelse och nöjdhet hos klienter utifrån deltagande i ABFT 2) att kontrollera behandlingsdos 3) att undersöka huruvida ABFT är associerat med reduktion av suicidtankar och depression samt förbättringar i samspelet mellan familjemedlemmar och psykologiska funktioner. ABFT som behandlingsmodell beskrivs i tidigare avsnitt.

Studiens design. Deltagare var unga personer i åldersspannet 12-23 år som initierades till behandling via klinker som de hade kontakt med på öppenvården för barn och unga (outpatient community clinic). Inklusionskriterier var att det fanns 1) en klinisk bedömning som visade på depressiva symptom och tankar på suicid hos ungdom 2) möjlighet för att åtminstone en förälder att delta i behandling 3) samtycke att filma sessioner för tränings syfte. 31 familjer inkluderades från början i studien men sex av dessa räknades bort från gruppen som beskrevs som ”fullföljare”. Orsaken till att de räknades bort var att tre fick behandling av en terapeut som inte bedömdes genomföra ABFT vid granskning och ytterligare tre genomförde max fyra sessioner innan de avvek från studien. 39,3% av deltagarna var diagnostiserade med autism (ASD) och 35,7% identifierade sig som HBTQ+. Behandling gavs av nio terapeuter som var på nybörjarnivå av ABFT och genomförde arbete under viss

handledning av ABFT-handledare i Belgien. Medelvärde för antal sessioner var 22 och genomsnittbehandlingen var 7 månader vilket är betydligt längre än de 16 veckor som gäller som standard för ABFT. Det innebar också att behandling pågick under planerade uppföljningsmätningar som skedde vid baslinjemätning, och sedan efter 3, 6 och 9 månader efter att första ABFT-session getts. Förutom ABFT gavs 48% av deltagarna kompletterande behandling av ospecificerat slag. Skattningsinstrument som användes var bl.a. SIQ-JR, CDI-2 och SDQ.

Bedömning av vetenskaplig kvalitet (se tabell 4 för en sammanställning).

Relevans. Författarna tar upp att barn och ungdomar med depression och suicidtankar är en svårbehandlad målgrupp och vill därför med sin studie undersöka om ABFT som familjeterapeutisk intervention kan reducera dessa symptom och samtidigt förbättra samspelet mellan familjens medlemmar. Studien i sig innehåller inga nya fokusområden/frågeställningar utifrån ABFT, men sätter modellen i en europeisk kontext. Ett tillskott dock är att den ger en ökad förståelse för depressionsbehandling av ungdomar inom HBTQ+ som har diagnos inom autismspektrumet.

Selektionsbias. Urval av deltagare gjordes utifrån diskussioner som fördes i ett tvärprofessionellt team. Urvalsprocessen är mycket sparsamt beskriven och det är oklart hur man valde deltagare för behandling av ABFT frångått de exklusionskriterier som nämns. Det är anmärkningsvärt att tre familjer som genomgick behandling inte inkluderades i slutresultatet då man gjorde bedömningen att de inte mottagit ABFT-behandling. Då samtliga terapeuter var nya inför ABFT och adherence-kontrollen var låg kan man fråga sig hur denna gränsdragning skett och huruvida detta beslut påverkat utfallet av studien. I övrigt så drar författarna ganska stora slutsatser på ett litet sample där man har en tendens att böja på meningarna så att fördelarna lyser och nackdelarna överskuggas. Samplet blev med tiden ännu mindre utifrån ett stort bortfall i eftermätningarna.

Design för-/nackdelar. Svagheter med studien var att terapeuterna var nya och eftersom adherence-kontrollen beskrivs som låg kan man anta att handledningen var bristfällig. Studien saknade jämförelsegrupp och 48% av de familjer som deltog mottog samtidigt annan behandling i tillägg. Det gör att det är svårt att veta vilken intervention som påverkat de olika utfall som studien lyfter fram. En traditionell ABFT-behandling pågår under 16 veckor. Medellängden för en behandling i studien var 7 månader vilket gjorde att detta i flera fall krockade med planerade eftermätningar vid 6 och 9 månader. Den ursprungliga

planen med mätillfällen vid 3, 6 och 9 månader hade i annat fall betraktas som en styrka hos studien.

Generaliserbarhet/överförbarhet. ABFT har visat sig replikerbart i många studier i olika länder, men frågan är hur modelltroget som ABFT genomfördes i denna studie utifrån att terapeuterna var nya för modellen och adherence-kontrollen var låg. Dessutom skedde en del av terapierna digitalt, s.k. hybrid-behandling, på grund av förutsättningarna som kom med COVID-19 och dåvarande lockdown.

Studiens resultat och relevans för vår forskningsfråga. Studien visade på en signifikant sänkning gällande suicidtankar men också beträffande reducering av depressiva symptom vid 6 och 9 månaders uppföljning. Mätningarna genom SDQ visade dock inte på någon signifikant förbättring gällande tex emotionella problem eller problematik kopplat till uppförande. Fyra ungdomar (15%) genomförde suicidförsök under pågående behandling. Två av dessa blev sammanbrott och de andra två var icke-suicidala vid avslutad behandling och påföljande eftermätningar.

Sammantagen kvalitet för studien bedömer vi vara låg. Studien har relevans för vår uppsats utifrån att den ger ytterligare ett exempel på ABFT som verksam behandlingsmodell i arbetet med deprimerade ungdomar. I detta fall behöver man dock vara försiktig med att dra för stora växlar på resultatet utifrån att modelltrogenheten i utförandet var bristfällig samt att ett redan litet sample blev kraftigt reducerat av ett större bortfall i eftermätningarna. Även om det inte har direkt koppling till våra forskningsfrågor så är det intressant att ta i beaktande hur depression och suicidtankar kan hänga ihop och att flertalet fick hjälp med sina problem kring detta, men där problematiken var mer akut i form av suicidförsök så gick resultaten på olika håll.

AD (4) What do Chinese families with depressed adolescents find helpful in family therapy? A qualitative study (Liu et al., 2020).

Studiens syfte och presentation behandlingsalternativ. Studien är en explorativ, kvalitativ studie där 12 kinesiska familjer med ett deprimerat barn rekryterades från en psykiatrisk avdelning på ett universitetssjukhus i Shanghai. Syftet med studien var att ta reda på hur de deprimerade ungdomarna och deras föräldrar upplevde familjeterapi och vilka terapeutiska faktorer som de upplevde hjälpsamma för att minska depressionen. Familjeterapin bedrevs av fyra terapeuter, alla psykiatriker, som under 10 års tid skolats i strukturell (Minuchin) och systemisk (Milanoskolan) familjeterapiutbildning.

Studiens design. Inklusionskriterier var ungdomar 16–18 år som uppfyllde kriterierna för allvarlig depression enligt DSM-5, förstagångsdepression, att båda föräldrarna medverkade i terapin och i efterföljande intervjuer samt att både barn och föräldrar hade adekvata kognitiva förmågor för att kunna redogöra för sina upplevelser. Samtliga familjer var enbarnsfamiljer och den depressiva perioden hade varat 6–12 månader. 31 potentiella familjer identifierades utifrån inklusionskriterierna och av dessa tackade 14 nej till att delta. Av de 17 kvarstående familjerna hoppade fem familjer av pga tidsbegränsningarna i studien men kvarstående 12 familjer slutförde terapin och den efterföljande intervjun. Terapisessionerna à 1,5 timmar hölls varannan eller var tredje vecka under 5–6 månader med genomsnittligt antal sessioner 10–11st per familj. Nio av ungdomarna fick antidepressiv medicinsk behandling parallellt med familjeterapi. Efter terapin genomfördes semistrukturerade intervjuer enligt en intervjuguide och de transkriberade dialogerna analyserades sedan med hjälp av tematisk analys. Fem huvudtemata (med undertema) utvecklades: 1) faktorer som stödjer den terapeutiska alliansen, 2) terapeutens systemiska attityd, 3) inriktningen på den systemiska terapin, 4) effektiva systemiska familjeterapeutiska tekniker, 5) strategier för att hantera pågående problem.

Bedömning av vetenskaplig kvalitet (se tabell 4 för en sammanställning).

Relevans. Tonårsdepressioner är ett stort problem inte bara i Kina utan i hela västvärlden och det finns inte sällan en koppling till skolproblematik eller prestationskrav. Denna koppling lyfts i en artikel av Steare et al. (2023). Att detta är den första explorativa studien som gjorts i Kina för att undersöka deprimerade ungdomars och deras föräldrars subjektiva upplevelser av familjeterapi höjer studiens relevans.

Risk för selektionsbias. Det var 10 flickor och endast två pojkar som ingick i studien men ingen förklaring eller problematisering görs kring detta. 5 av 17 familjer (29 %) medverkade inte i den avslutande intervjun pga tidsbrist. Oklart om de föll bort före eller efter den inledande intervjun.

Design för-/nackdelar. Ungdomarna och deras föräldrar blev på förhand informerade om studiens syfte och betydelse. Intervjuerna genomfördes med föräldrarna och barnet tillsammans vilket gör det svårt att skilja på vems perspektiv som egentligen framfördes. Gällande medicinering så var det inte alla ungdomarna som tog det parallellt. Detta lämnar frågetecken kring om det blir någon skillnad för ungdomarna i hur de uppfattar terapin beroende på om de medicinerar eller inte.

Generaliserbarhet/överförbarhet. Att samplet var så litet och att det var en explorativ studie är en begränsning i sig. En kvantitativ studie med större population skulle behövas för att styrka validiteteten. Att det tydligt specificeras vilka familjeterapeutiska inriktningar som terapeuterna är utbildade i och följer kan till viss del höja generaliserbarheten. Dock mäts inte metodtrogenhet. Ytterligare en begränsning som försvårar generaliserbarhet är att terapin utfördes av psykiatriker vars professionella status kan ha förhöjt förtroendet för terapin jämfört med terapeuter med annan professionsbakgrund. Att psykiatrikerna har stor kunskap om medicinering kan också bidra till ett annat fokus i terapin än vad en terapeut med annan bakgrund skulle ha. Resultaten från studien kan inte per automatik överföras till svensk kontext men familjeproblemen (föräldrars kontroll och förväntningar, triangulering, negativ kommunikation, gränser mellan subsystemen) förekommer såklart även i denna målgrupp i Sverige och de familjeterapeutiska metoderna som används (strukturell och systemisk) är väletablerade och vedertagna även här i familjeterapeutiska behandlingar.

Resultat och relevans för vår forskningsfråga. Studien visade att en förtroendefull allians med en kompetent och stödjande familjeterapeut hjälpte de deprimerade ungdomarna till ett bättre mående. Att terapeuten kunde ge psykoedukation kring depressionen, visa på tålamod, och tillämpa ett icke-auktoritärt, öppet och empatiskt förhållningssätt var faktorer som skattades högt bland deltagarna i studien. Genom detta hjälpte terapeuten familjen att utforska depressionen, skapa ny förståelse kring problematiken samt lyfta fram och understödja familjens egna resurser i behandlingsarbetet. Att få hjälp med nödvändiga gränser i familjens subsystem och att ungdomens självständighet och frigörelseprocess uppmuntrades av terapeuten var också interventioner som var omtyckta av de flesta deltagare. Det var också viktigt att terapeuten särskilt uppmärksammade ungdomarnas skolsvårigheter och/eller prestationskrav gällande studierna. Cirkulära frågor och hemuppgifter var uppskattade interventioner.

Sammantagen kvalitet för studien bedömer vi vara medel. Studien har relevans för vår uppsats genom att den på samma sätt som tidigare nämnda fallstudie (Levy et al., 2016) sätter fokus på hur deltagarna upplevde det terapeutiska arbetet och ger exempel på vilka interventioner och terapeutiska egenskaper som varit extra hjälpsamma. Den kan också sägas vara ett fint komplement till Chens studie (2021) genom att båda dessa studier intresserar sig för familjeterapeutiskt arbete med deprimerade ungdomar med ett stort fokus på utbildning och upplevda krav där man verkar inom en kinesisk kontext. Medan Chens studie intresserade

sig för effekt så fokuserar denna studie på deltagarnas upplevelse av terapeuten och dennes interventioner, vilket kan sägas vara två sidor av samma mynt.

Forskning och evidens för familjeterapi och familjebaserade interventioner vid depression hos barn och ungdomar. Det finns omfattande evidens för betydelsen av familjekontexten och föräldrarnas egen psykiska hälsa i relation till uppkomst av depression hos barn och unga, men det finns för få studier av god kvalitet som visar familjeterapins effekt vid behandling av depression (Fonagy et al., 2015). En översikt av resultaten av par- och familjeterapi som Stratton gjorde 2014 och som inkluderade både RCT-studier och studier av annan design visade att RCT-studierna bedömdes ha bättre kvalitet än studier av annan design, men inte desto mindre var det endast 21% av RCT-studierna som levde upp till kriterierna för en komplett beskrivning av randomiseringsprocessen (Stratton et al., 2015). Stratton påpekar att många stora äldre studier börjar få ett begränsat värde då många metoder som ingår i studierna nu inte längre används. Dessutom har kraven för RCTs och systematiska översikter successivt utvecklats vilket gör att slutsatser från äldre studier behöver användas med viss försiktighet (Stratton, 2016). RCT-studier är kostsamma och svårare att genomföra inom familjeterapi än för individualterapi tex. KBT, då det oftast krävs ett stort forskarteam för att kunna genomföra det enligt de rigorösa kraven som ställs för RCTs av god kvalitet. Ett annat dilemma för familjeterapiforskningen är att familjeterapi ofta inte formulerar mål som kan mätas enligt de vedertagna diagnossystemen ICD och DSM. Patienternas egna problemformuleringar ligger ofta utanför den medicinska begreppsapparaten. Av den anledningen är det viktigt att forskningen inbegriper studier med olika effektmått och design och inte begränsas till RCT även om dessa fyller en viktig funktion (Stratton, 2016). Andra försvårande omständigheter i sammanställningen av forskning inom familjeterapi och /eller familjebaserade interventioner är dels definitionerna av begreppen (familjeterapi, familjebaserade interventioner, familjestödsprogram etc.), dels vidden och olikheten i interventionerna och i mätmetoderna för resultaten (outcome measures). Vissa studier använder objektiva mätinstrument, andra använder självskattningar eller skattningar som görs av tex. en förälder om sitt barn. Stratton et al. (2015) fann att de flesta studier använder mer än ett utfallsmått. Endast 25% av studierna samlar skattningar från mer än en person i familjen och endast 25% av studierna använde systemiska familjeskattningar (Stratton et al., 2015). Omfattningen av föräldrainvolvering eller vilka familjemedlemmar som deltar i behandlingen uppges heller inte alltid i studierna och avsaknad av standardiserade eller

manualbaserade metoder sänker reliabiliteten och försvårar generaliserbarhet och slutsatser av resultaten (Stratton et al., 2015).

Då forskningsmedel följer politiska beslut innebär det att forskningen på vissa områden hamnar på efterkälken medan andra prioriteras. Gällande familjeterapiforskning på barn och ungdomar har det historiskt framförallt fokuserats på droganvändning, uppförandeproblem och ungdomskriminalitet där manualbaserade familjeterapimetoder som BSFT, MDFT, MSFT och FFT, även kallade “the big four”, slagit igenom stort som effektiva och kostnadseffektiva evidensbaserade behandlingar i många länder (Stratton, 2016).

Flertalet meta-analyser och systematiska översikter de senaste decennierna visar dock att Family Therapy and Systematic Practice (FTSP) är användbart och effektivt vid en uppsjö av problem. Stratton har sammanställt denna forskning och listar i sin uppdaterade rapport “*The Evidence Base of Family Therapy and Systematic Practice*” 72 olika tillstånd där det finns betydande evidens för effekt och effektivitet av familjeinterventioner i terapi, däribland vid depression och förstämningssyndrom hos barn och ungdomar. I denna sammanställning ingick såväl RCT -studier som studier av annan design (Stratton, 2016). En rapport som Stratton tycker fortfarande håller måttet trots att den har några år på nacken är en metaanalys av metaanalyser genomförd av Shadish och Baldwin 2003. I den sammanställdes 140 meta-analyser av psykoterapi varav 20 metaanalyser gällde par- och familjeterapi. Sammanfattningsvis konkluderar författarna att par- och familjeterapi är tydligt mer effektivt jämfört med ingen behandling och lika effektivt som andra metoder tex. individualterapi, och i vissa enstaka fall ännu mer effektivt. En annan slutsats var att det inte fanns evidens för att någon familjeterapeutisk inriktning var effektivare än någon annan. (Stratton, 2016; Shadish & Baldwin, 2003).

Av de inkluderade studierna kan också nämnas Carrs omfattande översikt som sammanställer effekten av systemiska interventioner inklusive såväl familjeterapi som andra familjebaserade metoder utifrån metaanalyser, systematiska litteraturoversikter och RCT-studier genomförda 2000–2014. Översikten slår fast att systemiska interventioner är effektiva för en rad olika problem hos barn och ungdomar, att dessa interventioner ofta är tämligen korta (max 20 sessioner) och kan levereras av olika professioner i den kliniska vårdapparaten. Även om översikten inte kan uttala sig om specifika metoders effektivitet, drar den slutsatsen att involvering av familjen för att reducera stress och öka stödet för deprimerade barn är fördelaktigt. Översikten pekar också på andra faktorer för att legitimera familjeinterventioner. Långtifrån alla ungdomar svarar på medicinsk antidepressiv behandling eller vill ta den pga.

dess bieffekter tex. ökad risk för suicid. Familjeterapi och/eller familjebaserade interventioner fyller då en allt viktigare roll när rekommenderad behandling (medicin) faller bort (Carr, 2014).

Stark et al. (2012) genomförde en översikt av 25 RCT-studier innehållande familjebaserade komponenter i behandling av barn och ungdomar med depression. Interventionerna hade vitt olika format, allt från “conjoint sessions”, manualbaserad ABFT, barnfokuserad KBT och interpersonell terapi kombinerad med föräldra- och familjesamtal eller parallell gruppterapi för föräldrar och/eller barn. Översikten konkluderade att familjebaserade interventioner eller komponenter i behandling av barn- och ungdomsdepression var lika effektiv som väletablerade individualterapierna såsom KBT eller IPT, dock ej mer effektiv. Kärnkomponenter för effektiva familjeinterventioner var enligt översikten: psykoedukation om depression, relationell omformulering av familjemönster som vidmakthåller depressionen, stödjande av tydlig kommunikation, konstruktiv problemlösning och trygg anknytning mellan förälder och barn, minskning av kritik och klander i samspelet. Utöver det var det viktigt att barnet fick hjälp med strategier för att hantera internaliserade negativa tankar om sig själv. Effekten (förbättringen av depressionssymtom) visade sig vid eftermätningar dock stå i relation till föräldrars involvering i behandlingen. Antalet sessioner som föräldrar deltog i “*Parent training meetings*” analyserades och jämfördes med effekten av behandlingen på barnets depression bland den grupp barn (i det här fallet flickor) som hade genomgått sin individualterapi till fullo. Det visade sig att de flickor vars föräldrar deltagit åtta gånger uppvisade störst minskning av depressionssymtom och att resultatet fortsatte att *förbättras* under en fyraårsperiod. De flickor vars föräldrar deltog sex gånger *behöll* sina resultat (minskning av depressionssymtom) under en fyraårsperiod. Men de flickor vars föräldrar deltog färre än sex gånger uppvisade först en liten minskning av depressionssymtomen som snart vände till en ökning (försämring) och att ökningen stod i relation till antalet gånger föräldrarna deltog (ju färre gånger, desto större ökning av depressionssymtom hos flickorna). En hypotes till detta samband är enligt Stark et al., som använder en “cognitive-interpersonal pathway model”, att flickorna internaliserar föräldrarnas bristande deltagande och konstruerar en förklaring som förstärker deras låga självkänsla. Det internaliserade budskapet kan då bli: “Om mina föräldrar inte går på mötena, men andra flickors föräldrar gör det, då måste det betyda att jag inte är viktig/älskvärd för mina föräldrar”. Det kan också generaliseras till budskap som “behandlingen är inte viktig” eller

“som vanligt finns det inget jag kan göra för att få mina föräldrars uppmärksamhet eller tillgivenhet” (Stark et al., 2012).

Vad kan vi då hitta bland färskare översikter? I en nyligen publicerad systematisk översikt och metaanalys av 12 RCT- studier undersöktes effekten av “familjebaserade interventioner” (däribland ABFT) för barn och ungdomar 3–18 år som behandlats för depression eller dystymi enligt DSM-5. Analyserna visade att familjebaserad terapi är mer effektiv för behandling av depression hos barn och ungdomar än individualterapi som KBT eller IPT-A, *men* att resultaten ej nådde statistisk signifikans. Författarna lyfter dilemmat om att behandling av depression hos barn och ungdomar inte visar samma tydliga positiva resultat som för behandling av vuxna och att bristen på studier och dess olika mätmetoder försvårar en tillförlitlig jämförelse av resultaten. Vidare betonar de ändå vikten av att forskare inte låser fast sig vid statistisk signifikans utan lägger vikt även vid klinisk positiv effekt om nya behandlingsmetoder för målgruppen ska kunna utvecklas (Aswegen et al., 2023).

Att psykoterapi för barn och ungdomar (särskilt för barn under 13 år) vid behandling av depression visar på signifikant lägre effekt än för vuxna är något som även Cuijpers et al. (2020) pekar på i sin omfattande metaanalys av effekten av psykoterapi i olika åldrar. Författarna skriver att en av hypoteserna till den lägre effekten kan vara att barn ges individualterapi (om än med viss anpassning) trots att metoderna är framtagna för behandling av vuxna och trots att det saknas tillräcklig forskning som stödjer individualterapi för barn under 13 år. En annan hypotes som författarna lägger fram är att yngre barn har svårare att tillfriskna från depressionen om det finns familjemönster eller svårigheter som vidmakthåller den och som yngre barn (till skillnad från ungdomar över 18 år) har svårare att undvika eller frigöra sig ifrån på egen hand (Cuijpers et al., 2020).

Som tidigare nämnts är det ett dilemma att s.k. familjebaserade behandlingar eller metoder kan innebära vitt skilda interventioner vilket försvårar evidensdiskussion och generaliserbarhet. Ett försök att bena ut och bringa klarhet i det gjorde Frey et al. (2021) då de skapade en översikt av familjebaserade interventioner som ungdomar med självmordstankar och självmordsbeteende eller svår depression tagit del av åren 2010–2019. 22 artiklar som täckte sju interventionskategorier med sammanlagt 12 olika interventioner analyserades för att undersöka behandlingskomponenterna och dess evidens. Interventionerna sorterades in i de sju kategorierna baserade på klinisk modell (tex KBT, DBT, systemisk). Interventionerna graderades sedan enligt kriterier på en femgradig skala som klassificerar evidensbaserade psykosociala interventioner (Southam – Gerow and Prinstein). Av de sju kategorierna var det

två kategorier som nådde högsta nivån (Level 1): DBT+Family Training och Systemic Principles. Dessa interventioner kombinerade hög kvalitet på studier/forskning med störst reduktion av självmordstankar och självmordsbeteende. Författarna konkluderar att de interventioner som här kallas “systemic principles” och som alltså levde upp till Level 1, krävde terapeuter som var utbildade i systemisk familjeterapi, vilket inte alltid är fallet “på fältet”. En annan slutsats är att de flesta familjbaserade interventionerna bedömdes vara hjälpsamma för målgruppen men att det fortfarande var svårt att sortera ut de specifika förändringsmekanismerna. Av de 22 undersökta artiklarna var det nämligen endast nio som använde familjefokuserade utfallsmått. Ännu färre undersökte potentiella interaktionsvariabler för självmordsrelaterade utfallsmått kopplat till de familjefokuserade komponenterna (Frey et al., 2021).

I en metaanalys från 2022 (Eckstain et al., 2022) undersöktes 11 RCTs med familjbaserade interventioner vid behandling av depression för barn och ungdomar 4–18 år. För att samla tillräckligt antal studier fick forskarna gå 40 år tillbaka i tiden. Författarna sammanfattar sin metaanalys med att behandling med familjbaserade interventioner visar på liten eller medium effekt på depressionssymtom och att det är att likställa med den modesta effekten vid sedvanlig (ej familjbaserad) psykoteraeutisk behandling för barn och ungdomar med depression tex. KBT och IPT. Författarna pekar på det bekymmersamma och förbryllande i resultaten eftersom det finns ett skriande behov att hitta verksamma behandlingar för målgruppen och då så mycket forskning och teorier om depression pekar på betydelsen av familjens involvering. Eckshtain et al. manar till försiktighet av slutsatserna eftersom det är ett litet antal studier och de familjbaserade interventionerna är väldigt olika samt endast fem av studierna hade gjort uppföljningsmätningar (follow-up assessment). De studier som gjorde sådana mätningar visade på något längre hållbarhet över tid för de familjbaserade interventionerna, dock ej signifikant. Här lyfter författarna hypoteser om att effekterna av familjbaserade interventioner kan kräva längre tid på sig för att visas på själva diagnossymtomen men att det är troligt att förändringar i familjesystemet ger mer ihållande effekt, särskilt om familjens mönster varit bidragande orsaker till depressionen. Om vi ska kunna se bättre effekt av psykoteraeutisk behandling behöver målgruppens olika behov analyseras och matchas till en viss behandlingsform i mycket större utsträckning än vad som görs idag resonerar författarna. Ungdomar med egna, inre svårigheter kanske får bäst hjälp av KBT eller IPT, men om familjeproblem eller familjemönster ligger till grund för depressionen är det troligtvis familjbaserade interventioner eller familjeterapi som ger bäst effekt. I vissa

fall kanske en kombination är att föredra. Att barn och ungdomar med depression randomiseras utan att diversiteten i problemen identifieras och adresseras innebär att många barn förblir ohjälpta och att resultaten i RCT-studierna förblir modesta. Forskningen på barn och ungdomar med depression behöver ta ett steg ifrån “one treatment fits all” konkluderar författarna (Eckstain et al., 2022).

ABFT har i flera kliniska studier och processtudier i bla. USA och i Norge visat på empiriskt stöd för modellen och för dess förändringsmekanismer vid behandling av ungdomar med depression och/eller suicidrisk. HBTQ+-ungdomar är en särskilt drabbad målgrupp. Även om de flesta ungdomar inom HBTQ+ mår bra så har rapporter visat att 28% går med suicidtankar. Med anledning av det har det på senare år även genomförts flera ABFT-studier med fokus på denna målgrupp och det pågår även andra studier för att styrka metodens relevans för andra målgrupper (Diamond et al., 2021). Den första randomiserade pilotstudien på behandling med ABFT visade att 12 veckors ABFT, jämfört med ungdomar på en väntelista, gav en stor minskning av depressionssymtomen där 81 % av ungdomarna efter behandlingen inte längre uppnådde klinisk nivå för depression (Diamond G.S et al., 2002). I den första RCTn som bedömdes ha fullgod power randomiserades 66 ungdomar till antingen ABFT eller till sedvanlig vård (EUC, usual care) under 16 veckor. Vid baslinjemätningarna rapporterade 60 % av ungdomarna ha gjort suicidförsök. Jämfört med EUC rapporterade ungdomarna som behandlats med ABFT signifikant större och snabbare minskningar av självmordstankar under behandlingen och dessa resultat höll i sig vid uppföljning (Diamond.G.S. et al., 2010, Fonagy et al., 2015). En andra analys visade att ungdomar som hade varit utsatta för sexuella övergrepp också svarade väl på behandlingen vilket de inte hade gjort i KBT-behandling (Diamond.G.S. et al., 2012). En studie från 2019 visade att ABFT var effektiv för att reducera självmordstankar och självmordsförsök med hjälp av behandling en gång i veckan inom öppenvård (Diamond.G.S. et al., 2019). ABFT har också visat på goda sekundära effekter bla. på familjeprocesser såsom signifikant ökning av familjesammanhållningen och upplevd anknytning (Diamond.G.S. et al., 2002). I en pilotstudie av ABFT för lesbiska, homosexuella och bisexuella ungdomar fann man en stor minskning av upplevd oro och undvikande i anknytningen till mödrarna efter genomgången behandling (Diamond.G.S. et al., 2012) och i en annan studie indikerade resultaten på att de ungdomar som hade icke-samarbetsinriktad kommunikationsstil med sina föräldrar innan behandlingen hade större minskning av depressionssymtom efter behandlingen (Diamond.G.S. et al., 2019). Efter 20 års forskning är ABFT listad som en evidensbaserad

metod i flera internationella register för riktlinjer gällande behandling av depression och suicid hos ungdomar.

Sammanfattande resultat för våra forskningsfrågor

Forskningsfråga (1). Vilken roll spelar perspektiv på forskning för val av behandling för depression hos barn och unga och vilka konsekvenser kan detta medföra för familjeterapeutiska alternativ i Sverige?

- Familjeterapi som metod har enligt Socialstyrelsen inte tillräckligt vetenskapligt stöd. Den hamnar långt ner på deras prioriteringslista över behandlingsalternativ och klassas som icke-göra. Socialstyrelsens definition av icke-göra är bland annat att åtgärden saknar effekt eller har påvisbart sämre effekt jämfört med andra alternativ eller att balansen mellan positiva och negativa effekter är tydligt ogynnsam för individen.
- I praktiken innebär detta inom BUPs verksamhet att om inte barnets depression avhjälpas genom psykopedagogisk insats inom loppet av 4–8 veckor så erbjuds barnet, enligt riktlinjerna, i första hand individualterapi och psykofarmaka. Familjeterapi erbjuds endast i vissa fall i ett senare skede och då endast som ett komplement.
- Ett sätt att möta Socialstyrelsens krav är att det skulle genomföras fler högkvalitativa RCTs inom familjeterapiforskningen.
- Forskning på familjeterapi och familjebaserade insatser försvåras av oklara begreppsdefinitioner och ospecifika interventioner eller otydliga beskrivningar av dessa.
- Familjeterapi skulle troligtvis tjäna på att i högre grad använda sig av relevanta och enhetliga effektmått där man samtidigt utvecklar en ökad precisering och manualisering av specifika förändringsmekanismer i terapi för att göra det terapeutiska arbetet replikerbart. ABFT som modell har gått i bräschen för en sådan utveckling och gjort viktiga bidrag på detta område.
- Socialstyrelsen är tydliga med att evidensbaserad praktik (EBP) ska råda vid val av psykologisk behandling, men det finns en tendens att synsättet för evidensbaserad medicin (EBM) dominerar.
- Det är inte tillförlitligt att dra generella slutsatser av en RCT. Även en RCT av god kvalitet reserverar sig oftast för diverse brister och svagheter som kan ha snedvridit resultaten. Till detta behöver även läggas den generella risken för publikationsbias och

terapeuters tendens att överskatta sina egna förmågor och att underrapportera negativa biverkningar av terapin.

- Resultaten från studier genomförda i strikt uppstyrda och reglerade laboratoriemässiga “settings” kan inte rakt av överföras till kliniska verksamheter “in real life” som inte har möjlighet att genomföra behandlingarna enligt samma förutsättningar eller med lika kvalificerad personal.
- Efficacy- och effectiveness-studier (ofta RCT) är bara en av flera potentiella källor till evidens som kan användas för att bedriva effektiv psykologisk behandling.

Forskningsfråga (2). Hur ser behandlingseffekten ut för familjeterapeutiska och familjebaserade interventioner på barn och ungdomar med depression?

- Både äldre och nyare översikter och metaanalyser visar att familjeterapi och individualterapi med familjeinterventioner ofta ger likvärdig effekt som individualterapi. I vissa fall, däribland studier som redovisats i denna litteraturstudie, presterar familjeterapi bättre än individualterapi, dock ej med en signifikant skillnad.
- Åtta av nio av våra granskade artiklar visade för sitt syfte god effekt. En RCT-studie visade på oförändrat resultat. I tre av fem RCT-studier visade familjeterapi och familjebaserade interventioner på bättre effekt än alternativet som det jämfördes med.
- Familjeterapi bidrar inte till ökade kostnader. Det finns exempel på studier som visar att familjeterapi kan vara mer kostnadseffektivt än individualterapi. Mer forskning genom välgjorda efficiency-studier skulle behövas göras framåt för att belysa detta område ytterligare.
- Familjeterapi kan innebära positiva effekter för barnet/ungdomen utöver direkta effekter på den primära diagnosen.
- Familjeterapi kan ge positiva synergieffekter på familjemedlemmarnas mående.
- Familjerelationer är viktiga i behandling av barn och ungdomar, både som stöd och för att resultaten ska hålla över tid samt för att kunna undanröja eventuella familjemönster som ligger i vägen för barnets tillfrisknande. Individualterapi för barn under 13 år som lider av depression eller dystymi har visat sig mindre effektivt än samma individualterapi för vuxna med depression.

Diskussion

Resonemang kring resultat samt jämförelser meta-analyser och Socialstyrelsens riktlinjer

Det har nu gått 10 år sedan Wirtberg et al. presenterade sin forskningsöversikt "*Par- och familjeterapi fungerar!*" i ett försök att påverka Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Redan då konstaterades att det fanns en hel del forskning som talade till fördel för familjeterapi både ur effekt-, effektivitets- och kostnadssynpunkt. Sedan dess har Svenska föreningen för Familjeterapi med sina remissvar till Socialstyrelsen fortsatt försöken genom att lyfta aktuell forskning och påminna om familjens betydelse i behandling vid psykisk ohälsa. Detta för att få Socialstyrelsen att omvandla familjeterapi (systemiska interventioner) från icke-göra till en rekommenderad behandling. Patienterna skulle då ges större möjlighet att välja en systemisk behandling, vilket skulle gå i linje med Socialstyrelsens egen uppmaning om att det är viktigt att erbjuda olika behandlingsalternativ utifrån patientens unika behov samt betydelsen av att involvera nätverket. Ett synsätt som har sina rötter i tidigare beskrivna evidensbaserade praktik.

Åtta av de nio studier som vi granskat i denna uppsats (där endast en totalt sett bedömts ha låg kvalitet) har visat att familjeterapi eller familjebaserade interventioner (av olika omfattning och slag) ger lika bra resultat som individualterapeutiska interventioner vid behandling av depression av barn och ungdomar. Vi ser det som en brist att så få studier inom familjeterapi genomför uppföljningar och det är extra synd med tanke på att de forskningsöversikter och metaanalyser vi har tagit del av ibland visar att behandlingens resultat oftare håller över tid om föräldrarna varit delaktiga i vården.

Ekonomiska analyser har visat att familjeterapi inte är dyrare än andra terapiformer, och ibland till och med billigare än alternativa behandlingar med likvärdig effekt (efficacy). Detta framhålls bla av Stratton i en översiktsrapport från 2016. Rapporten är kanske inte så förvånande med tanke på att återfallsrisken ofta är lägre hos de barn och ungdomar som genomgått familjeterapi eller familjebaserade interventioner och att dessa behandlingar kan ha positiva bieffekter även på föräldrarnas och syskonens mående.

Vi ser det som nödvändigt att det familjeterapeutiska forskningsfältet ställer sig en rad självkritiska frågor. Hur kommer det sig att familjeterapi som varit en verksam inriktning sedan 50-talet inte kan uppvisa ett mer välbyggt forskningsunderlag? Det är uppseendeväckande att det krävts en hel del arbete för oss i samband med denne uppsats att

med en tidsram om tio år få ihop tillräckligt många studier som kan belysa familjeterapins effekter i arbete med depression som är en så pass vanlig och utbredd diagnos. Vad beror det på att man inom familjeterapin inte kommit längre i arbetet med att skapa enhetliga definitionsbeskrivningar och effektivitetsmått? Och hur ska man förstå att förhållandevis få yrkesverksamma är beredda att ta steget ut i forskningsvärlden och fånga in praktikens upplevda effekt i vetenskapliga analyser och effektstudier?

Vi kan konstatera att det inte är *mängden* studier av familjeterapi som kommer att kunna påverka de nationella riktlinjerna utan kvaliteten på dem och vilka mått som de ringar in och mäter. Systemiska skattningar (utfallsmått) som bättre fångar synergieffekterna i hela familjen skulle kunna ta större plats. Det är ologiskt om kostnaden för en viss terapiinsats beräknas per person och kortsiktigt (från start till slut av behandlingen). Fler studier som mäter eventuella långtidseffekter skulle behöva göras. Att återfallsrisken bland depressionspatienter är hög måste problematiseras och beräknas i större omfattning för att göra diskussionerna om olika behandlingsformer rättvisa. Ett antal av de studier som inkluderats i denna uppsats har visat att effekterna av behandlingen tenderar att hålla i sig längre vid uppföljningsmätningar i de fall ungdomen mottagit familjeterapi jämfört med individuell behandling även om resultaten vid avslutad behandling var likvärdiga. Detta är intressant ur ett såväl humant (minskat lidande) som ekonomiskt perspektiv. Depression påverkar familjemedlemmarna i en växelverkan och samhällsekonomiska besparingar kan troligtvis göras om familjen ges behandling tillsammans. Behandling där tillfrisknandet då har större potential att hålla över tid och ge positiva synergieffekter på hela familjen. En meta-analys av Eckstain et al. (2022) tar upp att familjebaserade interventioner kan kräva längre tid på sig för att visas på själva diagnossymtomen men att det är troligt att förändringar i familjesystemet ger mer ihållande effekt, särskilt om familjens mönster varit bidragande orsaker till depressionen.

På det stora hela går det inte att hävda att systemisk familjeterapi generellt är mer effektiv än annan evidensbaserad behandling vid depression hos barn och ungdomar i det korta perspektivet (före och eftermätning). Huruvida det är lämpligt att jobba genom och med hjälp av de nära relationerna måste dock bedömas i det enskilda ärendet där patientens önskemål om terapimetod också behöver beaktas tillsammans med den kliniska bedömningen. För att kunna välja familjeterapi behöver familjeterapi erbjudas och patienterna behöver informeras om vilka för- och nackdelar som den terapimetoden kan innebära för just deras familj. Det förutsätter att beslutsfattare och klinikchefer ser familjeterapi som ett fullgott

alternativ. Detta bör särskilt tas i beaktande när det gäller barn under 13 år och för barn och ungdomar med självmordstankar. Med detta i åtanke frågar vi oss om Socialstyrelsen behöver se över rekommendationerna i sina nationella riktlinjer på nytt.

Om Socialstyrelsen vilar sina rekommendationer på tex. amerikanska RCT-studier som “transporterats” (överförts) till svenska omständigheter behöver detta tas i särskilt beaktande. Detta då TAU är kontextbunden och kan skilja sig i kvalitet mellan olika länder. När det kommer till inflytandet som RCT-studier får i Sverige saknar vi en diskussion, eller kanske snarare en debatt, kring vilka forskningsfrågor som får ta plats och hur olika designar på studier skulle kunna användas på ett förtjänstfullt sätt för att ge en ökad spännvidd och kunskap på forskningsfältet. På samma sätt som Terje Tilden manar till att uppvärdera betydelsens av empirisk evidens genom kvantitativ forskning i Norge så skulle man i Sverige kunna slå ett slag för ett ökat användande av process-studier, fallstudier och ett mer kvalitativt förhållningssätt inom forskningen. Inte på bekostnad av RCT-studier och dess förtjänster men som ett komplement för att öka bredden och i förlängningen valmöjligheterna för klienterna. Vi tänker att familjeterapi generellt sätt har svårare att hävda sig i RCT-studier då dessa studiers linjära design kan ha svårt att fånga upp de cirkulära samband som finns i familjeterapeutiskt förändringsarbete. Familjeterapins förespråkare kan inte nöja sig med att konstatera att det är svårt utan behöver utveckla former där man hävdar sig inom RCT-studier, men metoden hade troligtvis tjänat på om fler studier med olika forskningsdesign skulle få större plats i en svensk kontext. Detta stöds tex av en metaanalys av van Aswegen et al. (2023) som betonar betydelsen av att forskare inte låser fast sig vid statistisk signifikans utan lägger vikt även vid klinisk positiv effekt om nya behandlingsmetoder för målgruppen ska kunna utvecklas.

Ett förslag på en sådan utveckling skulle kunna vara att Sverige och andra länder följer England i spåren och öppnar upp för alternativa sätt att diagnostisera. Genom alternativa sätt att diagnostisera som mer tar hänsyn till helheten så skulle eventuella effekter från familjeterapeutiska interventioner bättre kunna fångas in och beskrivas. Ett annat intressant spår att utforska är common factors och den strävan som under lång tid funnits att försöka ringa in och skilja ut vilka universella komponenter som är verksamma i terapi. Tittar vi specifikt på behandling mot depression så kan vi se att några nyckelkomponenter är: *sammanhållning vid gruppbehandling, reparation vid kommunikationsbrott, adressering av såväl intrapersonella som interpersonella faktorer samt att involvera viktiga andra för att förebygga återfall.* Detta är faktorer som torde rimma väl med ett familjeterapeutiskt arbete.

Kanske skulle common factors kunna erbjuda ett sammanhållet språk som löser knuten om enhetliga definitionsbeskrivningar och effektivitetsmått som så länge gäckat familjeterapeutisk forskning. Ett större fokus på common factors inom forskning skulle kunna innebära att det på sikt blir mindre intressant att prata om vilken modell eller terapeutisk inriktning som specifikt bör användas för ett problem. I en sådan framtid skulle Socialstyrelsen istället för att rekommendera och prioritera insatser kunna ställa krav på att behandlingsalternativ uppvisar att man tydligt levererar olika nyckelkomponenter som visat sig vara verksamma för den specifika diagnosen.

Evidensbaserad familjeterapi och individualterapi är för det mesta bättre än ingen terapi alls (Shadish & Baldwin, 2003). Den största meta-analys som gjorts över behandling för depression (409 inkluderade studier) visade att KBT hade en signifikant effekt när det jämfördes med TAU, men när det ställdes mot annan psykoterapeutisk behandling visade det på liten eller ingen skillnad (Cuijpers et al., 2023). Just nu växer vårdköerna och familjeterapi som bevisligen kan generera positiva bieffekter och synergieffekter på flera personer runt den enskilde patienten, lämnas underutnyttjad.

Med detta sagt vill vi knyta an till den översikt som Wirtberg et al. tog initiativ till för tio år sen och vars kärna Svenska föreningen för Familjeterapi fortsatt driva och kan därmed konstatera att: Familjeterapi fungerar, fortfarande.

Begränsningar med vår studie

I enlighet med kursplanen för psykoterapeutprogrammet har vi ämnat att:

“(0) genomföra ett empiriskt vetenskapligt arbete, utifrån en frågeställning som är relevant för psykoterapiområdet, där kunskaper i vetenskapsteori, forskningsmetodik och forskningsetik kan tillämpas” samt att “utveckla sin förmåga till vetenskaplig kommunikation genom att skriva en examensuppsats (0)”. Utöver det har vi önskat bidra med en tankeväckande diskussion kring terapiforskningen gällande behandling för barn och ungdomar med depression. Sett ur ett vetenskapligt perspektiv har dock en uppsats av detta slag ett ytterst begränsat värde. Vi varken kan eller vill med denna uppsats ge sken av att, efter en genomgång av ett fåtal studier (9st), kunna dra några generella slutsatser. Det blir oundvikligen ett stort selektionsbias i en uppsats av detta slag. Eftersom uppsatsen är begränsad i tid och omfång var det inte möjligt att ta med alla studier utifrån sökorden utan vi var tvungna att välja ut de som vi bedömde kunde vara mest relevanta. Dessutom var det svårt att hitta relevanta studier av annan design vilket får oss att misstänka att sökorden i sig kanske

kan ha försvårat fynd av dessa. I vårt urval är det alltså troligt att vi missat studier som vid en ännu noggrannare genomgång eller sökning hade kunnat vara än mer relevanta för våra forskningsfrågor. Det finns många studier som visar på god effekt av systemisk familjeterapi vid behandling av vuxna och vid parrelationen. Dessa har vi dock inte tagit med eftersom det faller utanför våra forskningsfrågor. En del av de omfattande översikter och metaanalyser som vi refererar till inkluderar dock även behandling för vuxna och par.

Att granska studier enligt SBUs och Lars-Görans Östs granskningsmallar låter sig inte göras i en handvändning för den otränade. Många begrepp har varit nya för oss och det har varit en utmaning att förstå hur de på bästa sätt skulle appliceras i bedömningen av våra valda studier. Vi behöver därför reservera oss för att våra bedömningar troligen blivit strängare eller generösare än vad en professionell bedömare skulle ha kommit fram till.

När det gäller bedömningen av våra artiklar av annan design utifrån de fyra variablerna relevans, selektionsbias, svagheter i design och generaliserbarhet blev det en form av kvalitativ bedömning utifrån den kunskap som vi lyckats läsa oss till om dessa variabler. Vi följde förvisso instruktionerna för examensuppsatsen men det skulle kunna ses som en brist att bedömningen enligt dessa variabler inte gjordes med något instrument eller specifikt skattningsverktyg.

När det gäller forskningsfråga (1) har vi valt att lyfta ut och belysa vissa forskningsperspektiv och faktorer som kan påverka val av behandling inom vården. En del av referenslitteraturen, framför allt översikterna och metaanalyserna, har vi fått fram genom vår litteratursökning för de nio artiklarna vilket följde PICO. Övrig referenslitteratur har valts ut genom diskussion med vår handledare samt från vetenskapligt material som vi samlat på oss under våra studier på psykoterapeututbildningen. För att denna forskningsfråga skulle kunna rymmas inom ramen för denna begränsade uppsats har vi fått nöja oss med att belysa ett "axplock" av perspektiv och faktorer, vilket oundvikligen innebär ett visst mått av selektions bias. Det finns med andra ord mycket mer att säga kring dessa begrepp och vår sammanställning ska därför ej betraktas som en fullödig eller vetenskaplig redogörelse.

Framtida forskning

Det som återkommer i de artiklar och översikter vi läst är att författarna uppmanar till mer forskning i "real life" i stället för i tillrättalagd "laboratoriemiljö", och helst att upphovsmakarna till terapimetoden inte är inblandade i studien.

Fler uppföljningsstudier med mer precisa utfallsmått och systemiska skattningar saknas inom familjeterapin. Här kan tex ABFT som är manualbaserad göra ännu bättre studier med långtidsuppföljningar och på fler målgrupper.

Metaanalyser över effectivenessstudier, framför allt gällande kostnadseffektivitet dvs efficiency är också en bristvara. Här skulle studier på drop-outs också kunna ha en viktig plats. Lars-Göran Öst refererar till att KBT dvs korta, manualbaserade metoder har färre drop-outs. Ser det likadant ut gällande terapi för barn? Dvs om man jämför kort, manualbaserad individualterapi för barn med längre, djupgående familjeterapi (ej enbart psykopedagogiska insatser).

Det finns en utbredd föreställning på terapifältet att psykoterapi, till skillnad från psykofarmaka, inte skulle ha några biverkningar. Studier som belyser de negativa effekterna och uteblivna förbättringar är ett eftersatt område inom psykoterapiforskningen. Nyare studier pekar på att försämring efter psykoterapi kan uppgå till 10 procent av patienterna (och ibland mer) och att många patienters mående förblir oförändrat av terapin. Terapimetod, terapeutens utbildning och erfarenhet, svårighetsgraden av patientens problem är några av de faktorer som spelar in. Att terapeuter generellt överskattar sina förmågor och sällan mäter förändringar i patientens mående mellan sessionerna är ett observandum. Det har visat sig att kontinuerlig feedback om patienternas progression har en positiv effekt på utfallet av terapin. Patienters feedback kan mätas genom skattningsverktyget PCOMS som har utvecklats av Scott Miller och hans team. Verktyget består av två skalor; dels ORS som mäter före terapin med fokus på patienternas livskvalitet och dels SRS som skattar efter terapin med fokus på den terapeutiska alliansen (Öst, 2016).

Nyligen blev det klart att en stor RCT-studie med namnet *Empowering clients, preventing dropout and improving outcomes through routine outcome monitoring and systematic client feedback in social services* ska genomföras inom svensk socialtjänst för att undersöka effekten av användandet av ORS och SRS (på svenska FIT = Feedback Informed Treatment) på de tjänster som socialtjänsten tillhandahåller. Ett uttalat syfte med studien är att bättre fånga upp och belysa det ben inom den evidensbaserade praktiken som beskrivs som klientens upplevelse, unika situation och önskemål så att insatsen kan justeras fortlöpande under pågående behandling för att uppnå bästa möjliga resultat (Waitong, 2024). Begreppet livskvalitet är som tidigare nämnts ett viktigt mått för Socialstyrelsen när de beräknar kostnadseffektivitet för sina rekommenderade insatser och ett mått som vi noterat saknas inom de forskningsstudier på familjeterapi som vi tagit del av. Som ett förslag på framtida

forskning inom behandling för barn och ungdomar med depression tänker vi att en RCT-studie som jämför familjeterapeutisk intervention med individuellt alternativ utifrån skattningsverktyget PCOMS skulle vara gynnsamt att göra för att belysa eventuella skillnader, och koppla begreppet livskvalitet till familjebaserat arbete. Skulle det visa sig att flera individer, inte bara IP, utan personerna runtomkring IP får en förbättrad livskvalitet så skulle detta vara intressant data för Socialstyrelsen att ta hänsyn till i sina beräkningar för kostnadseffektiva insatser.

Referenslista

- American Psychological Association. (2005). *Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice*. <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- American Psychological Association. (2011). *Evidence-based case study guidelines*. <https://www.apa.org/pubs/journals/cfp/evidence-based-case-study-guidelines>
- Andrews, G. (1999). Efficacy, effectiveness and efficiency in mental health service delivery. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(3), 316–322.
- APA Task Force on Evidence Based Practice (2006). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Arbman, H. (2024). Felaktig behandling mot depression och ångest fortsätter – trots nya riktlinjer. *Dagens Nyheter*, 18 januari. <https://www.dn.se/insidan/felaktig-behandling-mot-depression-och-angest-fortsatter-trots-nya-riktlinjer/>
- Asarnow, J. R., Tompson, M. C., Klomhaus, A. M., Babeva, K., Langer, D. A., & Sugar, C. A. (2020). Randomized controlled trial of family-focused treatment for child depression compared to individual psychotherapy: One-year outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(6), 662–671.
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Natur och Kultur.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36(2), 107–157.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships and techniques factors. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 631–638.
- Chen, Q., Zhao, W., Li, Q., & Sagi, H. (2021). The influence of family therapy on psychological stress and social adaptability of depressed patients. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 69(2), 613–624.
- Crane, D. R. (2007). Research on the cost of providing family therapy: A summary and progress report. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(2), 313–320.

- Crane, D. R., & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 34(2), 204–216.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, Y. C., Ciharova, M., Ebert, D., & Karyotaki, E. (2023). Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*, 22, 105–115.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S., & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702.
- Dardas, L. A., van de Water, B., & Simmons, L. A. (2018). Parental involvement in adolescent depression interventions: A systematic review of randomized clinical trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 555–570.
- Diamond, G., Diamond, G. M., & Levy, S. (2021). Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research. *Journal of Affective Disorders*, 294, 286–295.
- Diamond, G.S & Diamond, G.M & Levy, S.A (2015). *Anknytningsbaserad familjeterapi för ungdomar*. Studentlitteratur.
- Diamond, G. S., Kobak, R. R., Krauthamer Ewing, E. S., Levy, S. A., Herres, J. L., Russon, J. M., & Gallop, R. J. (2019). A randomized controlled trial: Attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(7), 721–731.
- Dietz, L. J., Weinberg, R. J., Brent, D. A., & Mufson, L. (2015). Family-based interpersonal psychotherapy for depressed preadolescents: Examining efficacy and potential treatment mechanisms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(3), 191–199.
- Eckshtain, D., Horn, R., & Weisz, J. R. (2022). Family-based interventions for youth depression: Meta-analysis of randomized clinical trials. *Child Psychiatry and Human Development*.

- Folkhälsomyndigheten. (2014). *Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer - Resultat från nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*.
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/682897c8422c4e63889ea99aa875e197/utv-halsan-bestamningsfaktorer-homo-bi-fina-2014.pdf>
- Folkhälsomyndigheten (2022). *Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention. Sammanställning av analyser från myndigheter och organisationer och föreningar. Artikelnr.22164 (folkhalsomyndigheten.se)*
- Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D., & Allison, E. (2016). *What works for whom: A critical review of treatments for children and adolescents* (2nd rev.ed.). Guilford Press.
- Frey, L. M., Hunt, Q. A., Russon, J. M., & Diamond, G. (2022). Review of family-based treatments from 2010 to 2019 for suicidal ideation and behavior. *Journal of Marital and Family Therapy*, 48(1), 154–177.
- Guo, X., Slesnick, N., & Feng, X. (2016). Changes in family relationships among substance abusing runaway adolescents: A comparison between family and individual therapies. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(2), 299–312.
- Helsebiblioteket. (2023, 2 maj). *Faglig veileder i barne- og ungdomspsykiatri (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening 2019)*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/psykisk-helse/psyknytt/retningslinjer-og-oppslagsverk-om-depresjon-og-bipolar-lidelse>
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V-W. (2015). *Lärobok i familjeterapi*. Studentlitteratur AB
- Levy, S. A., Russon, J., & Diamond, G. M. (2016). Attachment-based family therapy for suicidal lesbian, gay, and bisexual adolescents: A case study. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 37(2), 190–206.
- Liang, J., Li, J., Wu, R., Li, J., Qian, S., Jia, R., Wang, Y., Qian, Y., & Xu, Y. (2021). Effectiveness comparisons of various psychosocial therapies for children and adolescents with depression: a Bayesian network meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 685–697.

- Liu, L., Wu, J., Wang, J., Wang, Y., Tong, Y., Ge, C., & Wang, Y. (2020). What do Chinese families with depressed adolescents find helpful in family therapy? A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 11.
- Marell, F. (2020, 11 januari). *Brittiska psykologförbundet överger psykiatriska diagnoser – The Power Threat Meaning Frame*. <https://psykodynamisktforum.se/brittiska-psykologforbundet-overger-psykiatriska-diagnoser-the-power-threat-meaning-frame/>
- Newcomb, M. E., LaSala, M. C., Bouris, A., Mustanski, B., Prado, G., Schrager, S. M., & Huebner, D. M. (2019). The influence of families on LGBTQ youth health: A call to action for innovation in research and intervention development. *LGBT Health*, 6(4), 139–145.
- Pearson, J., & Wilkinson, L. (2013). Erratum: Family relationships and adolescent well-being: Are families equally protective for same-sex attracted youth? *Journal of Youth and Adolescence*, 42(9), 1494–1496.
- Petitt, B. (2016). *System, context and psychotherapy : towards a unified approach*. Createspace Independent Publishing Platform.
- Poole, L. A., Knight, T., Toumbourou, J. W., Lubman, D. I., Bertino, M. D., & Lewis, A. J. (2018). A randomized controlled trial of the impact of a family-based adolescent depression intervention on both youth and parent mental health outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(1), 169–181.
- Read, J., & Harper, D. J. (2022). The power threat meaning framework: Addressing adversity, challenging prejudice and stigma, and transforming services. *Journal of Constructivist Psychology*, 35(1), 54–67.
- Remissvar till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 081212. Stöd för styrning och ledning. *Svenska föreningen för familjeterapi.*, 2017.
- SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). (2024, februari). *Bedömning av risk för bias i randomiserade kontrollerade studier*. <https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/>

- SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). (2022, maj). *Manual till mallarna för randomiserade och icke randomiserade interventionsstudier*.
https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/mall_systematiska_oversikter.pdf
- SBU (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering). (2023, november).
Utvärdering av metoder i hälso-och sjukvården och insatser i socialtjänsten: en metodbok. <https://www.sbu.se/sv/metod/metodboken-2023/>
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(4), 547–570.
- Socialstyrelsen. (2023, december). *Vård som inte bör göras - Följsamheten till nationella riktlinjer*.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2023-11-8818.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021, april). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7339.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019, maj). *Att arbeta evidensbaserat – Den evidensbaserade modellen*.
<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/arbetevidensbaserat/>
- Socialstyrelsen. (2021, april). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Metodbeskrivning. Bilaga* (socialstyrelsen.se).
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-4-7344.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021, december). *Långsiktiga konsekvenser av att få depression eller ångestsyndrom som ung* (socialstyrelsen.se) – Art.nr 2021-12-7721 Socialstyrelsen.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-12-7721.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018). *Kunskapsstöd. Metodguiden KBT. KBT (Kognitiv beteendeterapi) - Socialstyrelsen*. <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/evidensbaserad-praktik/metodguiden/kbt-kognitiv-beteendeterapi/>

- Stark, K. D., Banneyer, K. N., Wang, L. A., & Arora, P. (2012). Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(3), 161–184.
- Stear, T., Muñoz, C. G., Sullivan, A., & Lewis, G. (2023). The association between academic pressure and adolescent mental health problems: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 339, 302–317.
- Stratton, P (2016). *The evidence base of family therapy and systemic practice*. Association for Family Therapy, UK.
- Tilden, T., Solem, M.-B., Thuen, F., Lorås, L., Stokkebekk, J. & Whittaker, K. (2024) Taking empirical evidence seriously v.2.0. *Journal of Family Therapy*, 00, 1–14.
- Tompson, M. C., Sugar, C. A., Langer, D. A., & Asarnow, J. R. (2017). A randomized clinical trial comparing family-focused treatment and individual supportive therapy for depression in childhood and early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6), 515–523.
- van Aswegen, T., Samartzi, E., Morris, L., van der Spek, N., de Vries, R., Seedat, S., & van Straten, A. (2023). Effectiveness of family-based therapy for depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Psychology*, 58(6), 499–511.
- van der Spek, N., Dekker, W., Peen, J., Santens, T., Cuijpers, P., Bosmans, G., & Dekker, J. (2024). Attachment-based family therapy for adolescents and young adults with suicide ideation and depression: An open trial. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 45(1), 48–56.
- Waitong, N. (2024, 17 april). *Ny stor unik forsknings-studie om FIT; ORS-SRS, i svensk socialtjänst!* <https://www.waitong.se/post/ny-svensk-unik-fit-forskning>
- Wampold, E. & Imel, Z-E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate – The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge
- Waraan, L., Rognli, E. W., Czajkowski, N. O., Aalberg, M., & Mehlum, L. (2021). Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15.

Wirehag Nordh, E-L. (2023). *The Family and the Patient. An Investigation of mental health problems, risk factors and support for members of the families of psychiatric patients* (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet). Göteborgs universitet.
<https://hdl.handle.net/2077/75948>

Wirtberg, I., Petitt, B., Cederblad, M. (2015, 10 mars). *Par-och familjeterapi fungerar! -en översikt över internationell systemisk-par-och familjeterapiforskning*. Svenska föreningen för familjeterapi. <https://www.sfft.se/dokument/Familjeterapifungerar2015-03-09.pdf>

Appendix 1 - Ordförklaring förkortningar

ABFT = Anknätningsbaserad familjeterapi

AD = Studier av Annan Design

APA = American Psychiatric Association

ASCLE = The Adolescent Self-Rating Life Events Checklist

ASD = Autism Spectrum Disorder

BEST MOOD = a family-based intervention for adolescent depression

BSFT = Brief Strategic Family Therapy

BDI-II = Beck Depression Inventory

BMI = Body Mass Index

BUP = Barn- och ungdomspsykiatri

CBQ-C7P = Conflict Behaviour Questionnaire, Child and Parent version

CCT = Child-Centred Therapy

CDI-2 = Children's Depression Inventory 2nd Edition

CDRS-R = Children's Depression Rating Scale-Revised

CPSS = Chinese Perceived Stress Scale

CRA = Community Reinforcement Approach

CSQ = Coping Style Questionnaire

DASS-21 = Depression Anxiety Stress Scales-21

DBT-A = Dialectical Behavior Therapy for Adolescents (=DBT+Family Training)

DEQ-A = The Depressive Experiences Questionnaire for Adolescents

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EBFT = Ecologically Based Family Therapy

ECR-RS = Experience in Close Relationships-Relationship scale

ECT = Electroconvulsive Therapy

FBCI= Family Based Crisis Intervention

FB-IPT = Family-Based Interpersonal Psychotherapy

F-CBT= Family-Focused Outpatient Cognitive Behavioral Therapy

FE-NST = Family Enhanced Non-Directive Supportive Therapy

FFT = Funktionell familjeterapi

FFT-CD = Family-Focused Treatment
FISP= Family Intervention för Suicide Prevention
FTSP = Family Therapy and Systemic Practice
GRID-HAMD = Grid Hamilton Depression Rating Scale
HAMD-17 = Hamilton Rating Scale for Depression
HBTQ = Homosexual, Bisexual, Transgender, Queer
I-CBT= Integrated Cognitive Behavioral Therapy
ICD-10 = Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem systematisk förteckning
IP = Identifierad person
IPT = Interpersonal Psychotherapy
IPT-A = Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents
KBT = Kognitiv beteendeterapi
KID-SCID = Mood Episodes Module B
M = Medelvärde
MDD = Major Depressive Disorder
MDFT = Multidimensional Family Therapy
MET = Motivational Enhancement Therapy
MFQ-C/P = Mood Feeling Questionnaire, Child and Parent version
MSFT = Multisystemic family therapy
OCD = Obsessive Compulsive Disorder
ORS = The Outcome Rating Scale
PA-CBT = Parent-Adolescent Cognitive Behavioral Therapy
PAST= a treatment as usual supportive parenting program
PCOMS = The Partners for Change Outcome Management System
PDT = Psykodynamisk terapi
PTSD = Post-Traumatic Stress Disorder
RAP-P = Resourceful Adolescent Program för Parents (psychoeducation)
RCT = Randomized Controlled Trial
SAFE = Social Adaptive Functioning Evaluation
SAFETY= Safe Alternatives for youth (CBT+Systemic principles)

SAS-SR = The social Adjustment Scale-Self Report

SBU = Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

SCARED –C/P = The Self Report för Childhood Anxiety Related Emotional Disorders, Child and Parent versions

SD = Standarddeviation (standardavvikelse)

SDQ = The Strengths and Difficulties Questionnaire

SHIFT = Self-Harm Intervention Family Therapy

SIQ = Suicide Ideation Questionnaire

SIQ-JR = Suicidal Ideation Questionnaire-Junior

SMFQ = The Short Moods and Feelings Questionnaire

SRS = The Session Rating Scale

SSRI = Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

TAU = Treatment as usual

YST = Youth-Nominated Support Team

Appendix 2 - Flödesschema över inkluderade och exkluderade artiklar

