LUND UNIVERSITY

Funktionell familjeterapi (FFT) på ett socialkontor

En kvalitetsgranskning och en forskningsutvärdering.

Bergström, Martin; Lundberg, Stefan; Cederblad, Marianne

2021

Document Version:
Förlagets slutgiltiga version

Link to publication

Citation for published version (APA):
Bergström, M., Lundberg, S., & Cederblad, M. (2021). *Funktionell familjeterapi (FFT) på ett socialkontor: En kvalitetsgranskning och en forskningsutvärdering.* (RESEARCH REPORTS IN SOCIAL WORK 2021:7).

Total number of authors:
3

General rights
Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.
• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: https://creativecommons.org/licenses/

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

RESEARCH REPORTS IN SOCIAL WORK 2021:7
School of Social Work
Lund University

Funktionell familjeterapi (FFT) på ett socialkontor

En kvalitetsgranskning och en forskningsutvärdering.

MARTIN BERGSTRÖM, STEFAN LUNDBERG OCH MARIANNE CEDERBLAD

Funktionell familjeterapi (FFT) på ett socialkontor – en kvalitetsgranskning och en forskningsutvärdering.

Martin Bergström, FD, Docent, Socialhögskolan, Lunds Universitet

Stefan Lundberg, Socialpedagog, Certifierad FFT terapeut, Lerum Kommun

Marianne Cederblad, MD, professor em, avdelningen för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet

ISBN: 978-91-7895-540-4

© Socialhögskolan, 2021

Adress: Lunds universitet, Socialhögskolan, Box 23, 221 00 Lund

Sammanfattning

Studien omfattade 124 ungdomar, 68 flickor och 56 pojkar, medelålder 15,3 år, som behandlades med FFT på ett socialkontor. Studien hade en pre – post - post design. Terapin pågick i 5 - 7 månader med i genomsnitt 13 sessioner, 89 % fullföljde behandlingen. Terapeuterna fick kontinuerligt handledning och certifierades flera gånger. De bedömdes därför vara programföljsamma. Mödrar och fäder samt ungdomarna fyllde i självsvarsskalor (CBCL respektive YSR) om psykosociala symtom före och efter behandlingen samt 6 månader efter dess slut. Formulären består av 118 frågor om psykosociala beteende symtom. Svaren delas in i åtta syndrom varav två är samlingsskalorna inåtvända och utagerande problem. Summan av alla frågorna ger total symtombelastning. Vid terapistarten rapporterade flickorna mer inåtvända problem än pojkarna. Flickorna låg stat. sign. över kliniskt gränsvärde (jf med en normalgrupp) beträffande total symtombelastning, inåtvända och utagerande problem. Pojkarna gjorde det beträffande total symtombelastning och utagerande problem. Mödrarna rapporterade att flickorna hade mer ångest/depression och pojkarna mer uppmärksamhetsstörning, antisociala beteende och aggressivitet. Detsamma ansåg fäderna beträffande pojkarna men de rapporterade även att dessa hade mer tankeproblem. Både mödrar och fäder rapporterade att åtminstone mer än hälften av ungdomarna oavsett kön och problematik låg över det kliniska gränsvärdet vid terapistarten. Vid avslutningen av terapin rapporterade både flickor och pojkar stat. sign. symtomminskningar på både inåtvända, utagerande problem och total symtombelastning. Effektstorleken var moderat ($d > 0,50$) till stor ($d > 0,80$). Även mödrarna rapporterade stora ($d > 0,80$) till mycket stora ($d > 1,20$) symtom minskningar på dessa tre mått. Fäderna rapporterade likadant men angav moderat ($d > 0,50$) eller stor effekt ($d > 0,80$). Vid uppföljningen 6 månader efter avslutad terapi rapporterade drygt hälften av ungdomarna och deras föräldrar ett lyckat behandlingsförlopp. Samtliga ansåg att resultatet kvarstod. Vi konstaterar även att ungdomarna och deras föräldrar rapporterade utagerande psykosociala problem. Ungefär hälften av ungdomarna rapporterade kriminell aktivitet och/eller bruk av alkohol/narkotika samt relationssvårigheter med föräldrarna. Eftersom FFT utvecklades för familjer med denna typ av problem förefaller studien omfatta rätt målgrupp. Det är också viktigt att notera att ungdomarna även hade många inåtvända problem som också minskade efter behandlingen.

Förord

Studien planerades och påbörjades av professorn i socialt arbete Kjell Hansson (död 2013)

Vi vill tacka ledningen för Lerums socialkontor som möjliggjort för Stefan Lundberg att insamla utvärderingsformulären vid tre tillfällen för varje deltagande familj inom sin tjänst.

Vi vill gärna tacka alla ungdomar och familjer som bidragit till att göra denna rapport möjlig.

Författarna.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING 2
FÖRORD 3

INTRODUKTION 5

SYFTE 8
Frågeställningar 8

FUNKTIONELL FAMIJETERAPI (FFT) 9

TEORETISK GRUND 9
INTERVENTIONSFÖRLOPPET I FFT 11
FFT OCH FORSKNING 12
Forskningsstudier för att utröna om FFT är mer effektiv än sedvanlig behandling. 13
FFT rekommenderas av olika organisationer. 16

METOD 18

FFT SOM ETT SEDVANLIGT BEHANDLINGSALTERNATIV INOM EN KOMMUN 18
REKRYTERING OCH URVAL AV FORSKNINGSPERSONER 19
FORSKNINGSDELTAGARE 21
MÄTINSTRUMENT 21
STATISTISK BEARBETNING OCH ANALYSER 22

RESULTAT 24

UNGDOMARNA SOM BLEV REMITTERADE TILL FFT 24
Ungdomarnas egna skattning av psykosociala problem (YSR) 27
Föräldrarnas skattning av ungdomarnas psykosociala problem (CBCL) 30
Ungdomarnas förändring över tid (YSR) 31
Ungdomarnas förändring utifrån föräldrarnas skattningar (CBCL) 32
Behandlingsförloppen enligt individanalyser 34

DISKUSSION 36

VILKA ÄR DET SOM FÅR FFT? 36
HUR FÖRÄNDRADES DEN PSYKOSOCIALA SYMPTOMMÄNGDEN HOS UNGDOMARNA SOM ERHÅLLIT FFT? 37
VÅRA RESULTAT JÄMFÖRT MED ANDRA STUDIER MED PRE – POST – POST DESIGN. 38
METODOLOGISKA BEGRÄNSNINGAR 39
SLUTSATSER 39

REFERENSER 41

Introduktion

Socialt arbete som praktikbaserat yrke och akademisk disciplin handlar i mångt och mycket om förändring (Johnsson & Svensson, 2005). Enligt den globala definitionen ska socialt arbete ”främja social förändring och utveckling” för att ”hantera livets utmaningar och förbättra välbefinnandet” (International Federation of Social Workers; www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/ 2014). Det sociala yrkets utgångspunkt är att ingripa ”när den nuvarande situationen, vare sig det är på nivån för personen, familjen, den lilla gruppen, eller samhället, bedöms behöva förändras och utvecklas.” Detta antyder att förändring kan komma från interventioner. En systematisk intervention har sin utgångspunkt i en programteori (innehåller en modell för förändring) och innebär en ändamålsenlig aktivitet som syftar till att skapa en förändring där den som genomför den löpande överväger interventionens begränsningar (Funnell & Rogers, 2011, Fraser & Galinsky 2010). Med ändamålsenlig avses här att det finns en uttalad idé om vem som ska erhålla interventionen och vad som ska förändras under en given tidsperiod. Med andra ord en programteori belyser vilka problem eller färdigheter som ska förändras enligt en intervention, hur man ska gå tillväga, anger olika aktörers roller samt klargör när förändringen förväntas ske (Fraser et al, 2009). Denna rapport presenterar en systematisk intervention som handlar om förändring för individer och familjen. Den systematiska interventionen, Funktionell Familjeterapi (FFT), har en uttalad problemteori för personernas och familjens problematik och en programteori för att åstadkomma förändring. Vi kommer här att presentera FFT i en svensk kontext för att undersöka vem som erhåller interventionen och hur förändringen över tid ser ut efter interventionen utifrån psykosociala symptom. Studien bygger på en västkustskommuns verksamhet i vilken FFT är en av interventionerna som erbjuds.

I mer än ett halvsekel har det funnits konstanta önskemål (eller krav) som rekommenderat sociala barnavårdsmyndigheter att utveckla systematiska och lagstadgade rutiner för att tillhandahålla socialtjänstens barn meningsfullt stöd och effektiva interventioner (Vinnerljung & Hjern, 2018). Övertygande kunskap om effektiva interventioner i social barnavård kräver specifika kvalitets- och designkrav på forskningsstudier för att kunna ge välgrundade rekommendationer. Om dessa specifika kvalitetskrav ska uppfyllas för att precisa frågeställningar ska kunna beröras, kommer endast ett fåtal interventioner att rekommenderas (SBU, 2016, 2017, 2018a, 2018b, 2020). Att identifiera en effektiv intervention innebär även en forskningsdesign baserad på aggregerade data (exempelvis analyser på gruppnivå). Faktum

är att även om ett av socialtjänstens barn får en intervention som är benämnd effektiv kommer inte varenda ett av socialtjänstens barn öka sitt välbefinnande i alla avseenden av denna effektiva intervention i jämförelse med sedvanliga interventioner (SBU, 2017, 2018a). Ingen intervention kan garantera ett positivt eller negativt utfall i alla avseenden, därför måste ”best research pratice” erhållas från flera forskningsdesigner inklusive studier utan kontrollgrupp och där individer observeras före och efter en intervention (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). I stort alla socialarbetare skulle kunna genomföra individuella observationer för att analysera kliniskt meningsfulla förändringar i sitt yrkesutövande av socialt arbete för att främja förändring och öka socialtjänstens barns välbefinnande. Denna rapport är även ett exempel på hur socialarbetare kan genomföra individuella systematiska observationer i sin dagliga verksamhet som kan aggregeras till gruppanalyser om förändring. Rapporten kan beskriva om det skett förändring för dessa individer och familjer över tid, men det går inte att bevisa om FFT hade varit det bästa eller sämsta alternativet för dessa familjer. För att kunna tillskriva förändring till en specifik intervention hade en experimentell forskningsdesign varit nödvändig (Shadish et al 2002). Denna rapporten bygger på för- och eftermätningar av psykosocial symptombelastning.

Det finns ett glapp mellan socialt arbete som ett praktikbaserat yrke och en akademisk disciplin (*läs*. forskning om psykosociala interventioner eller klinisk forskning). Försök att överbygga detta glapp har varit pågående i åtminstone 50 år (se exempelvis introduktion i (Jacobson et al, 1984). Mycket kritik då, som nu, är att klinisk forskning förlitar sig på gruppanalyser (aggregerade data) för att dra slutsatser om *medeleffekten* av en intervention. Däremot behöver den professionella socialarbetaren analysera förändring på individnivå, vilket skulle ge möjlighet till att bedöma *effekter av en intervention på ett specifikt barn*, det vill säga analysera meningsfull klinisk förändring. Styrkan i analyser av detta – i kontrast till statistiskt säkerställd förändring, det vill säga statistisk signifikansprövning – är att analysen tar utgångspunkt på den specifika klientens (exempelvis barnets, patientens eller familjens) nivå (Lambert & Ogles, 2009).

Uttrycket ”meningsfull klinisk förändring” var i fokus redan på 1980-talet (se exempelvis Jacobson & Revenstorf, 1988; Jaeschke et al 1989; Kendall & Grove, 1988) och flera benämningar såsom “clinical significance”, “minimal clinically important differences” eller “reliable change” finns i bruk. Kazdin (1999) har påpekat att förändringar i kölvattnet av en intervention kan delas in i tre olika resultat:

A. eliminering av symtom eller problematik (symptomfri),
B. betydande symtomminskning med kvarstående problematik (signifikant förändring) eller
C. ingen symtomförändring, men förbättrad hanteringsförmåga av symptomen/problematiken.

Symptom, problematik och hanteringsförmåga är relaterade till varandra och kan givetvis inbegripa flera livssituationer och förmågor. Meningsfull klinisk förändring är beskriven av Jaeschke et al (1989) som framhåller att förändring bör vara ur klientens perspektiv (vad tycker klienten är viktigt?) som ett resultat på förändring av en intervention (med hänsyn till orimliga kostnader eller kraftiga biverkningar). Vidare sägs meningsfull klinisk förändring äga rum när en observation via ett standardiserat tillvägagångssätt (exempelvis ett psykometriskt mätinstrument) registrerar påtagliga eller anmärkningsvärda skillnader hos en klient eller patient. Det finns flera indikatorer för att evaluera meningsfull klinisk förändring (Lassere et al, 2001; Lavigne, 2016; Lydick & Epstein, 1993; Wells et al., 2001). Wolpert et al (2015) har undersökt fyra indikatorer för att registrera meningsfull klinisk förändring hos ungdomar som genomgått en intervention via barn- och ungdomspsykiatri. Två av dessa fyra indikatorer ansågs registrera individuella behandlingsförlopp lämpligast (Reliable Change Index och Crossing the Clinical Threshold), vilka kommer att användas i denna rapport.

Syfte

Detta projekt avser att belysa användandet av FFT i en kranskommun till Göteborg. Eftersom projektet genomfördes i ordinarie verksamhet, finns möjlighet att undersöka vem som ansetts vara i behov av FFT och hur förändringen över tid efter att interventionen FFT tillhandahållits familjer sett ut. Detta innebär att det går att belysa hur många som fick familjernas behandlingsförlopp samt värdera om förloppet var lyckat, neutral eller negativt.

Frågeställningar

- Hur skattar ungdomarna sina relationer, kriminalitet och psykosociala problem vid behandlingsstart?
- Hur skattar mamma respektive pappa ungdomarnas psykosociala problem vid behandlingsstart?
- Hur förändras ungdomarnas psykosociala problem över tid (gruppanalyser)?
- Hur många ungdomar har ett lyckat, neutral eller negativt behandlingsförlopp utifrån deras psykosociala problem (individanalyser)?

Funktionell Famijeterapi (FFT)

Den målgrupp som FFT vänder sig till är familjer med en ungdom i åldern 11-18 år (www.stiftelsenfftsverige.se/funktionell-familjeterapi/). För att FFT ska förväntas ge förändring ska ungdomen uppvisa ett relationsförsvårande beteende såsom skolk, bråk och konflikter, missbruk med mera. Interventionen uppnår resultat genom att få till beteendeförändringar hos familjesystemet samt genom att förbättra relationerna och kommunikationen mellan familjemedlemmarna.

En FFT-terapeut måste genomgå utbildning som i slutändan leder till en certifiering. För att säkerställa att enskilda terapeuter följer intervention krävs att man genomgått grundutbildningen och deltagit i specifik handledning. Grundutbildningen består av sex heldagar där föreläsning om metodens teoretiska grunder varvas med övningar och videovinjetter. I handledningen krävs att FFT-terapeuten kontinuerligt visar inspelade terapisessioner för att utveckla färdigheter enligt FFT-modellen och denna process leder till certifiering efter ett år. För att över tid säkerställa modelltrohet måste certifieringen förnyas en gång efter två år, re-certifiering (www.stiftelsenfftsverige.se/funktionell-familjeterapi/).

Teoretisk grund

FFT är som all familjeterapi baserad på systemteorin (Bateson 1972). Det innebär att den enskilda familjemedlemmens beteende och kommunikation alltid påverkar de övriga familjemedlemmarnas upplevelse och beteende. Ett verbalt eller ickeverbalt beteende kan bidraga till familjesystemets förändring eller stabilitet (homeopoes/homeostas). Ett psykologiskt symtom t ex trotsbeteende kan fylla en funktion i samspelet mellan familjemedlemmar. Försöken att kontrollera beteendet kan föra föräldrarna närmare eller längre ifrån varandra. Om problemet leder till större oenighet mellan dem, bli de svagare i sin socialiseringsuppgift. Under tonåren är två förändringar i föräldra-barn relationen särskilt viktiga. Graden av närhet minskas successivt och ersätts av den unges ökande autonomi. Hierarkin mellan föräldrar och barn ändras också mot ett mer jämställt kompisskap. Att kartlägga hur symtomen påverkar dessa båda relationsområden är därför i fokus. Men symtomet kan även ha en funktion unik för den enskilda familjen.

FFT skapades på 1970 talet vid universitetet i Salt Lake City, Utha av professor Jim Alexander, som ville utveckla en behandlingsmetod för ungdomar med externaliserade beteendeavvikelser och kriminellt beteende. Han startade en grundforskning om hur kommunikationen i familjer med en normbrytande tonåring tedde sig jämfört med tonårsfamiljer utan några speciella problem (Alexander 1973). Han fann att i de förstnämnda var det vanligare att man ofta uttryckte kritik och klander men sällan uppmuntran och stöd. Man lyssnade inte på varandra, hade svårt att kompromissa och kände sig oförstådda. Detta ledde i sin tur till svårighet att lösa problem och fatta beslut, som alla kände sig delaktiga i och nöjda med. Föräldrarna var ofta oense i uppfostringsfrågor, vilket gjorde dem ineffektiva. Alexander inspirerades även av Pattersons (1982) studier av ”tvingande samspel” mellan föräldrar och skolåldersbarn som resulterade i ökande aggressivt beteende. Tvingande samspel innebär kort att familjemedlemmar ”fastnat” i roller som de kan behöva bryta sig ur för att inte fastna i en negativ spiral.

Forskargruppen var även inspirerad av Bronfenbrenners (1979) socialekologiska modell. Han menade att individen och hens familj fungerade i ett intensivt samspel med andra sociala system som övriga släktingar, skola, grannskap, föräldrarnas arbeten, samhällsfunktioner, kulturella och politiska värderingar. Att förstå dessa faktorer var viktigt när terapeuten och familjen analyserade risk- och skyddsfaktorer för önskvärd förändring. Riskfaktorer som svårighet att klara skolkraven, många asociala kamrater kan begränsa, medan skyddsfaktorer som stödjande lärare, engagemang i hobbies och specialintressen kan öka chansen för terapiframgång. Men det innebär också att terapeuten måste arbeta med andra system än familjen. FFT fokuserar på ”Familjen först”, men övriga riskfaktorer måste hanteras i ”Generaliseringsfasen”.

Systemteorin innebär inte några speciella metoder för att förändra interaktionen i familjen. Därför har olika terapimetoder utvecklats av tongivande familjeterapeuter. Alexander var i utvecklandet av FFT influerad av Watzlawick et al (1967), Minuchin et al (1974) och Satir (1967). Företrädare för olika sorters beteendeterapi som Skinner (1957) och Bandura (1986), och senare utvecklingen av Kognitiv Beteende Terapi (KBT), gav impulser för utvecklandet av olika terapitekniker. I fråga om behandlingsmetoder är FFT integrativt, dvs terapeuten är fri att använda metoder, som utvecklats inom olika terapisystem (Alexander et al 2016).

Interventionsförloppet i FFT

FFT är en manualstyrd korttidsterapi som beräknas bestå av 12 - 15 en-timmes samtal ungefär en gång/vecka. Svåra familjer kan dock behöva behandlas avsevärt längre tid. Interventionsförloppet spänner över fem faser. Den första, ”Involveringsfasen”, har som mål att motivera samtliga familjemedlemmar att deltaga i behandlingen. Den sker huvudsakligen per telefon. Terapeuten försöker skapa en förtroendefull kontakt med samtliga inför det första mötet genom att beskriva hur terapin kan hjälpa var och en med problem, som de själva definierar. Syftet är att förmedla hopp att en positiv förändring är möjlig.

Den andra fasen, ”Motivationsfasen”, sker under de första samtalen i familjens hem eller på mottagningen. Syftet här är att skapa en balanserad allians med samtliga familjemedlemmar och att skapa tilltro till metoden. Eftersom dessa familjer oftast har en samtalsstil präglad av aggressiva attacker, försvarsinställning snarare än kompromissvilja, hopplöshets och ensamhetskänslor samt ömsesidig besvikelse försöker terapeuten minska negativa och skuldbeläggande uttalanden med positiva omformuleringar och genom att lyfta fram underliggande känslor av engagemang och kontaktlängtan, ”den goda avsikten”, hos alla familjemedlemmar. Att förändra den identifierade patientens individuella problem till ett relationsproblem, som engagerar fler familjemedlemmar är en nödvändig förutsättning för att kunna gå över till nästa fas.

I den tredje fasen, ”Hypotesbildningsfasen”, reflekterar terapeuten själv och tillsammans med familjen om hur de relationella problemen, som är sammankopplade med ungdomens symtom ska lösas. Man enas om ett behandlingskontrakt. Det kan vara kommunikationsträning för att utveckla bättre sätt att hantera aggressivitet, visa kärlek och omsorg, uttrycka behov, lösa konflikter och fatta beslut. Det kan handla om föräldrarnas sätt att sätta gränser för oacceptabelt beteende eller behov av mer eller mindre närhet och distans i relationen mellan ungdomen och endera eller båda föräldrarna.

I fjärde fasen, ” Beteendeförändringsfasen”, arbetar man mot de behandlingsmål som man kommit överens om. Metoderna var från början beteendeterapeutiska, numera ofta KBT baserade, men terapeuten är fri att använda även andra tekniker t ex Gestalt eller emotionsfokuserade. Man tränar nya sätt att samtala direkt i terapirummet, ett slags rollspel, och får i uppgift ”som läxa” att träna hemma mellan terapitimmarna. Förändringsfokus är på

att ersätta dysfunktionella beteenden, som används för att reglera en relation, t ex bråk och trots för att få mors odelade uppmärksamhet (mer närhet i dyaden).

I femte fasen ”Generaliseringsfasen” diskuteras risksituationer för återfall i gamla beteenden och eventuellt behov av ytterligare hjälp för någon familjemedlem av andra samhällsorgan (skola, BUP, vuxenpsykiatri, missbruksvård). Man kan även planera glesare uppföljningsmöten.

FFT och forskning

Det utmärkande för FFT är att utvecklingen av metoden och kontrollen av att den fungerar hela tiden åtföljts av forskning. I uppbyggnaden och utvecklandet av psykosociala interventioner rekommenderas att hänsyn tas till både professionellas erfarenheter och forskningsstöd (Fraser et al., 2009). FFT som modell har genomlysts i forskningsstudier med olika designer för att senare integreras i interventionen. För att avgöra och fastställa om en intervention är ”best practice” behöver interventionen undersökas utifrån olika forskningssyften som kräver olika forskningsdesigner (APA Presidential Task Force on Evidence-based Practice, 2006). Det är ett starkt argument för en professionell social arbetare att använda just FFT i stället för mindre utvärderade psykoterapimetoder, eftersom det finns ett rikt forskningsunderlag för modellen. Forskning är dock i det närmste ett oändligt arbete och nya forskningsfrågor är ofta ett integrerat resultat i en studie. Forskningen om FFT är inget undantag, det finns forskningsunderstödd kunskap och det finns frågeställningar som väntar på svar.

Utvecklingen av ett nytt behandlingsprogram, i det här fallet, ett behandlingsprogram för familjeterapi, kräver först en problemdefiniering (se exempelvis Fraser & Galinsky, 2010). I det här fallet var problemet normbrytande beteende i vid bemärkelse hos ungdomar. Därefter behövs grundforskning i form av processforskning, som kan besvara frågan om vad som utmärker den typ av familjer, där en ungdom visar sådant beteende jämfört med familjer med ungdom utan beteendet. Man gjorde standardiserade observationer av båda familjetyperna när de samarbetade, löste konflikter, diskuterade problem mm. Därefter utvecklades behandlingstekniker som prövades i effektstudier. FFT jämfördes med annan typ av familjeterapi, med individualterapi, med övervakning och med brottsstatistik. Den nuvarande terapiformen med fem behandlingsfaser har tillkommit som resultat av den forskningen, som

pågått under 1970 och 1980 talen, huvudsakligen i Alexander gruppen men även på andra universitet mestadels i USA.

De två första faserna i FFT (Involveringsfasen och Motivationsfasen) handlar om att få med hela familjen och alla familjemedlemmar i ett förtroendefullt samarbete. FFTs programteori utvecklades genom systematiska studier av skillnader i samspelet mellan familjemedlemmarna i familjer med en ungdom, som visade normbrytande beteende (t ex skolk, utespring, trots, snatteri, inbrott, vandalisering, misshandel) och tonårsfamiljer utan dessa problem (Alexander et al 1973, 1989, Barton et al 1988). Man beskrev att de förstnämnda familjerna karaktäriserades av hög ömsesidig negativism och skuldbeläggande och låg omvårdnad, värme, empati och respekt. Man fann att om terapeuten inte kunde påverka denna defensiva kommunikation snabbt avbröt familjen terapin (Alexander et al 1976). Om terapeuten däremot lyckades förändra dialogen med hjälp av positiva omformuleringar och genom att lyfta fram en god vilja bakom negativiteten ökade chansen att familjen skulle stanna kvar i terapin och börja känna hopp att positiv förändring var möjlig (Morris et al 1991, Robbins et al 1996, Robbins et al 2000). Dessa studier har visat vikten av behandlingstekniken ”positiva omformuleringar” i de inledande faserna av FFT för att nå de två första delmålen.

Framgång i alla terapier förutsätter att terapeut och klient utvecklar en förtroendefull arbetsallians. Studier av FFT har visat att i denna terapiform är det avgörande att alliansen med de olika familjemedlemmarna är balanserad (Robbins et al 2003, Robbins & Rowlands 2012). Det kräver att terapeuten anstränger sig särskilt mycket för att nå tonåringen (Robbins & Rowlands 2012).

Forskningsstudier för att utröna om FFT är mer effektiv än sedvanlig behandling[1].

De första studierna på 1970-talet gjordes på ganska små grupper och på mindre allvarliga utåtvända beteendestörningar som skolk, trots, utespring. På 1980-talet studerade man större behandlingsgrupper med allvarligare beteendeavvikelser som olika belastade kriminella grupper. Samtliga studier visade att FFT minskade risken för återfall i trotsbeteende, normbrytande och kriminella handlingar. Resultaten kvarstod när man följde upp grupperna 6

[1] Sedvanlig behandling är ett vanligt begrepp i litteraturen. I engelska vetenskapliga artiklar finns flera begrepp som används synonymt exempelvis Usual Care, Treatment As Usual och Service As Usual.

månader – ett år senare. Återfallsrisken var ung. hälften i FFT grupperna jämfört med andra former av familjeterapi, övervakning eller nationella register (för en översikt se Alexander et al 2016, Robbins et al 2016).

Den största studien gjordes i början på 2000-talet (Aos et al 2004, Baronski & Aos 2004). Den omfattade 427 familjer som behandlades med FFT. Resultatet jämfördes med 323 kontroller som fick övervakning. 12 månader efter avslutad terapi hade FFT gruppen stat. sign. lägre återfall både totalt (34% resp. 43%) och då det gällde allvarliga brott (13% resp. 19%). I den studien undersökte man för första gången hur viktigt det var att terapeuten följde behandlingsmanualen ordentligt, det vill säga var metodföljsam eller programtrogenhet (adherence på engelska). De FFT terapeuter som bedömdes ha hög metodföljsamhet sänkte återfallsfrekvensen i sina terapier jämfört med kontrollgruppen, men det gällde inte dem, som inte följde manualen tillräckligt noga. Sålunda har FFT utvecklats genom att man utformat en problemteori som lett till en programteori. Den har prövats i verkligheten genom effektstudier i olika grupper av sådana problem som ingick i problemteorin, det vill säga både lättare beteendeavvikelser av den typ man ser som tidiga stadier av allvarligare normbrytande beteenden och olika typer av brott.

Inledningsvis bedrevs forskningen från 1970-talet i USA. Sverige var det första land utanför USA, som började använda metoden i praktiken och forska på den. Två svenska studier gjordes under 1990 talet (Hansson et al 2000, 2004) I den första studien jämfördes återfall i brott inom ett och två år efter FFT behandling i en grupp med 40 ungdomar som gripits av polisen för olika brott med 49 ungdomar som fick sedvanlig behandling. I denna studie med RCT design (randomiserad kontrollerad studie) var återfallet i brott för FFT gruppen hälften jämfört med kontrollgruppen (41 % och 82 %) efter 2 år. Den andra studien där 45 ungdomar behandlades med FFT och jämfördes med 50 socialvårdsfall som matchats beträffande ålder, kön och brottstyp (en s.k. kvasiexperimentell design) visade samma skillnad mellan grupperna i återfallsfrekvens efter 18 månader (35 % respektive 65 %). I de svenska studierna hade de ungas internaliserade (inåtvända) och externaliserade (utagerande) beteendesymtom minskat i FFT grupperna. Även studiernas mått på olika familjefunktioner hade förbättrats efter behandlingen. Man kunde dock inte jämföra dessa resultat med utvecklingen i kontrollgruppen på grund av alltför stort bortfall av självrapporteringen efter behandlingen i denna.

Under 2000 talet har det gjorts ett flertal studier i andra länder än USA. I de flesta jämför man FFT med sedvanlig behandling. Då behöver man veta vad sedvanlig behandling innebär för att kunna värdera skillnad i behandlingsresultat. I en RCT studie omfattande 65 ungdomar som fick FFT och 46 som fick sedvanlig behandling från England (Humayuan et al 2017) visade FFT och sedvanlig behandling lika goda resultat. Båda grupperna återföll i brott i 24 % efter 6 månader och i 19 % efter 18 månader, en kraftig minskning. Båda grupperna hade fått omfattande andra stödinsatser (hjälp med skola eller anställning, hjälp vid drogmissbruk, ilske kontroll träning, sexualrådgivning, hjälp vid psykisk ohälsa, social träning, konfrontation med brottsoffer). Med ett så omfattande behandlingsprogram som sedvanlig behandling, gjorde tillägget av FFT inte någon avgörande skillnad. Ingendera gruppen rapporterade förändringar i familje- eller individernas funktion med de mått man använde i studien. Denna studie och nästa är exempel på att man under 2000-talet även börjat använda andra utfallsmått än återfall i brott.

I en kvasiexperimentell studie från USA omfattande 155 ungdomar, runt 15 år, mätte man både återfall i olika brottstyper inom ett år efter avslutad FFT terapi jämfört med individualterapi med den unga och sju olika mått på familjefunktion och ungdomens beteendeproblem före och efter terapin (Celinska, et al., 2018). FFT gruppen återföll statistiskt signifikant mer sällan i drog- och egendomsbrott. Överträdelse av skyddstillsyn minskade nästan statistiskt signifikant. Båda grupperna hade förbättrats lika mycket i fem av de sju familje- och individpsykologiska variablerna.

Att FFT påverkar återfall i brott har således visats i många studier, men mekanismerna är fortfarande oklara. Det behövs mer forskning om vilka förändringar som måste ske i familjens dynamik och vilka beteendestörningar som påverkas av terapin hos den unge. De flesta studierna har också gjorts på pojkar, i våra svenska studier var bara ca 10 % flickor. En allvarlig form av normbrytande beteende är missbruk av alkohol och narkotika. Under 1990 och 2000-talen har ett antal studier gjorts där ungdomarna haft missbruk som huvudanledning till familjeterapi. Det har mest rört sig om cannabismissbruk (French et al 2008, Waldron et al 2001, Hobs et al 2011). FFT har jämförts med KBT behandling av den unge individuellt eller i grupp. I andra studier har FFT jämförts med olika typer av pedagogiskt stöd till föräldrarna enskilt eller i grupp (Friedman et al 1989, Lewis et al 1990). I de flesta studierna fungerade både FFT och KBT individuellt och i grupp, men förbättringen kvarstod längre, när familjen fått FFT. I Lewis studie men inte i Friedmans, där FFT jämfördes med enbart

föräldrapedagogik, var resultatet för FFT överlägset. En översikt av sex metaanalyser och fyra review artiklar beträffande behandling av ungdomars missbruk visade positiva resultat för FFT i sju av artiklarna (Robins & Turner 2019).

FFT rekommenderas av olika organisationer.

FFT har ansetts vara tillräckligt evidensbaserad för att rekommenderas vid ”The Center for the Study and Prevention of Violence ”, vid Colorado universitetet, USA, där man har bedömt 1000 behandlingsprogram för ungdom med våldsamt beteende och annan kriminalitet. FFT är en av de elva interventioner som ansågs tillräckligt utvärderade inledningsvis för att rekommenderas i deras ”Blueprints for Violence Prevention” (Elliott 1997) och är så än (www.blueprintsprograms.org/programs/28999999/functional-family-therapy-fft/). Vidare rekommenderar Socialstyrelsen FFT för behandling av missbruk av alkohol och narkotika sedan 2019 (www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/fft-funktionell-familjeterapi/). Svenska föreningen för barn och ungdomspsykiatri rekommenderar också FFT vid ODD och CD (Hellner et al 2019). Vid en genomgång av 19 interventioner för att påverka återfall i brott generellt, som gjordes nyligen (SBU, 2020), där FFT ingick, ansågs dock ingen av interventionerna har tillräckligt forskningsstöd för att ge en generell rekommendation.

I en nyligen publicerad översikt av översiktsartiklar inkluderades 31 översiktsartiklar gjorda av olika forskare (6 metaanalyser och 25 narrativa översikter) (Weisman & Montgomery 2019). Författarna framförde kritik av hur de olika forskarna beskrivit effekten ”återfall”. Detta har varit det vanligaste effektmåttet för FFT studierna. De kritiserade även att förändring av familjeinteraktionen och ungdomarnas inåtvända och utagerande problem sällan redovisas som effektmått liksom uppgifter om skolnärvaro. Robbins och Turner (2019) påpekade i sin kritik av artikeln, att det dock framgår av denna att FFT gruppen återföll i brott i genomsnitt i 28 %, medan jämförelsegrupperna med ”annan behandling” återföll i genomsnitt i 57 % (Cohens d=0,60), det vill säga en stor effekt. Denna kritik lyfter fram behovet av att man har mått både på återfall och på olika familje- och individfunktioner, som kan belysa sådana förändringar i familjesamspelet och i individens psykosociala beteende, som terapin är avsedd att påverka. Trots den omfattande forskning som bedrivits på effekten av FFT, när det gäller återfall i brott, är det fortfarande oklart hur behandlingen påverkar de

ungas psykosociala problem, som de manifesterar sig i olika beteendeavvikelser och psykiatriska symtom samt hur olika familjefunktioner förändras i terapin, framför allt gäller det flickorna.

Metod

Studien har en pre-post-post design (Shadish et al, 2002), vilket innebär att det görs observationer vid tre tillfällen, en gång före interventionen och två gånger efter interventionen. En ansökan om godkännande av forskningsprojektet har genomfört och ansökan har följt de villkor som ställdes (EPN Lund, Dnr 2016/1029). Alla data är redan insamlade sedan tidigare och har lagrats elektroniskt i datafiler genom Journal Digitals försorg. Kommunen har köpt denna tjänst av Journal Digital. Forskningsansvarig Martin Bergström har inte haft tillgång till enskilda individers identitet.

FFT som ett sedvanligt behandlingsalternativ inom en kommun

Projektet bygger på FFT som ges inom ramen för det ordinarie arbetet på ett socialkontor i en ort i Västsverige. Bakgrunden till att kommunen valde att implementera FFT var att familjearbetet var uppdelat, det vill säga att några socialarbetare jobbade som ungdomsbehandlare och andra jobbade med föräldrastöd. Detta innebar att de professionella socialarbetarna sällan träffade hela familjer. Tre socialarbetare efterfrågade familjebehandling, dessa tre blev även erbjudna att gå en FFT utbildning inom tjänsten. Sedan år 2007, i åtminstone 13 år, har FFT varit ett familjebehandlingsalternativ och antalet FFT terapeuter som jobbat praktiskt med klienter inom kommunen är fem. En implementering av ett helt nytt evidensbaserat behandlingsprogram i en ny organisation kräver ofta mellan 2 – 4 år (Fixsen et al, 2005).

För att programmet ska anses vara etablerat måste det finnas kvar i organisationen under efterföljande år. Professionella socialarbetare kommer och går, men programmet ska kunna fortsätta existera för att kunna anses som etablerat och uppnå hållbarhet[2] i organisationen (Fixsen et al., 2005). De orsaker som underlättat hållbarhet för FFT på detta socialkontor är att ledningen sett en nytta av att det bedrivs ett systematiskt familjearbete. Detta har även underlättat remitteringen av familjer till FFT inom organisationen, vilket är avgörande. Vidare har de utbildade FFT terapeuterna haft kontinuerlig handledning på programmet av en erfaren FFT handledare. Handledningen har underlättat programföljsamhet i mötet med klienterna, men även hur arbetet kan organiseras för att bibehållas. Givetvis är hängivna FFT terapeuter med eget driv att utvecklas för att bli skickliga i sin profession starkt bidragande. Den långa

[2] Begreppet som återfinns i litteraturen är ”sustainability”.

hållbarhet som FFT haft inom kommunen gör att det idag bör betraktas som ett sedvanligt behandlingsalternativ som erbjuds, oavsett hur unikt det är med alternativ som de facto går att beskriva som en Evidensbaserad Praktik (se exemeplvis Shlonsky & Gibbs, 2004).

Rekrytering och urval av forskningspersoner

Urvalet i denna studie består av de familjer som inom ordinarie verksamhet har bedömts vara i behov av familjebehandling i form av FFT. Dock har denna bedömning varit olika under alla de år som FFT varit etablerat. Under de första åren remitterades familjerna till FFT, efter en ansökan eller anmälan enligt Socialtjänstlagen, som biståndsärenden. Före remitteringen dessa år gjordes en ”Barn och unga” utredning av myndighetsavdelningen inom kommunen. Någon tid senare togs ett kommunbeslut att familjer kunde remitteras via en servicefunktion, vilket innebar att familjer själva kunde ansöka direkt till FFT teamet. Dock fick familjen besvara en enkät ”Bakgrundsvariabel socialtjänst” (se under avsnitt ”Mätinstrument”). En socialsekreterare utgick från svaren i en mindre BBIC-utredning[3]. Allt för att det skulle gå snabbt och enkelt för familjen. Sedan några år tillbaka är servicefunktionen borttagen och återigen remitteras familjerna till FFT som biståndsärenden.

Oavsett remitteringsförfarande har alla familjer tillsammans med sin socialsekreterare och FFT terapeut genomgått ett informationsmöte där FFT presenterats och där de fått information om kvalitetsutvecklingen. Erbjudandet om FFT bygger på att de frivilligt vill delta. Studien är en totalundersökning, det vill säga alla familjer som under denna tid tackat ja till FFT redovisas här. Sedan FFT blivit implementerat har samtliga familjemedlemmar fått frågan om att medverka i kvalitetsutveckling av verksamheten vad gäller FFT i kommunen. Familjerna har fått information om syftet med denna (att följa behandlingsprocessen för att försäkra sig om förväntat resultat). Medverkan i kvalitetsutvecklingen har även den varit frivillig och det har varit möjligt att erhålla FFT utan att delta i den. Kvalitetsutvecklingen består av att familjemedlemmarna fyller i frågeformulär vid tre tillfällen före och efter genomförd FFT samt 6 månader efter avslutad behandling. Frågeformulären har nästan uteslutande besvarats i kommunens lokaler.

[3] BBIC är ett utredningsförfarande (se Socialstyrelsen, 2018).

Det insamlade materialet bygger på svar från klienter inom socialtjänstens regi, vilka alla under vårdtiden fått information om den sekretess en myndighet har. Samtliga deltagande familjer har fått tydlig muntlig information om att deras insamlade data via skattningsformulär i Journal Digitals databas (se under avsnitt ”Mätinstrument”) kan komma att användas för kvalitetsgranskning i syfte att förbättra vården. Vidare kan den insamlade datan komma att analyseras av forskare vid Lunds Universitet, även det i syfte att förbättra vården och kunskapen kring vården. Informationen har givits vid ett journalfört första möte med familjen, kallat "informationsmöte". Samtliga individer har av ansvarig socialsekreterare fått information om vårdalternativet FFT. För att få FFT bokar socialsekreteraren ett informationsmöte med FFT-terapeuten tillsammans med familjen.

FFT terapeuten informerar familjen om att man som rutin filmar sina FFT-sessioner (för klinisk handledning) och önskar att de fyller i frågeformulär systematiskt. Allt i syfte att förbättra och kvalitetsgranska vården kontinuerligt. Socialsekreteraren dokumenterade möte med innehåll och samtycke i den sociala journalen. Alla har även här fått information om att frågeformulären kan komma att analyseras av en forskare. De har inte fått information om vilken specifik forskningsfråga som kommer att analyseras i så fall. De enskilda individerna har därigenom inte samtyckt till de specifika frågeställningarna som denna studie avser att analysera.

Det fanns en väg att informera försökspersonerna om denna studie och ge dem möjlighet att avböja medverkan, nämligen via annons. Genom att annonsera kan forskningspersonerna få information och möjlighet att avböja medverkan. För att nå alla behöver annonseringen ske så att den får största möjliga spridning för dem det berör. Annonsering skedde på kommunens hemsida, socialhögskolans hemsida och i en lokaltidning med störst spridning. En annonsering är förenat med möjligheten att vissa individer inte ser möjligheten att avböja. Men det "tvingar" inte enskilda individer att bli påminda om något de lagt bakom sig. Sannolikt känner de flesta individer till att forskare ibland gör studier på journalmaterial eller register. De enskilda individer som absolut inte vill delta i forskningsstudier är förhoppningsvis uppmärksamma på denna typ av annonser och kan därigenom avböja medverkan. En annonsering är att betrakta som ett "passivt" tillvägagångssätt att ge information på och därigenom få ett passivt samtyckte till specifika forskningsfrågor och -syfte.

Forskningsdeltagare

Studien omfattar 124 ungdomar, 68 flickor och 56 pojkar i genomsnittsåldern åldern 15,3 (sd=1,7). Flickorna var lika gamla som pojkarna (ANOVA F= 0,3, p=0,58). Föräldrarna bestod av 114 mammor (inklusive styvmammor) och 57 pappor (inklusive styvpappor). I nästan hälften av familjerna deltog båda föräldrarna inledningsvis i familjeterapin (43 %, n=53) oavsett om föräldrarna hade en flicka eller pojke med sig i terapin (Ch2=1,25, df=1, p=0,26). Terapin pågick i fem till sju månader och 89 % (n=110) av de påbörjade terapierna genomfördes som planerat. I genomsnitt hölls 13 sessioner i de fall som genomfördes som planerat. De familjer som hade en pojke erhöll i genomsnitt signifikant fler sessioner än de med flickor (Flickor (n=62) M=12,3 (2,2); Pojkar (n=48) M=13,8 (2,7); ANOVA F=9,9, p=0,002). De flesta familjer (93 %) har fått sin terapi via två olika FFT-terapeuter. Dessa fick kontinuerligt handledning och blev certifierade vid flera tillfällen. Även behandlingsteamet, där också de övriga två terapeuterna ingick, blev teamcertifierat två gånger. Vi kan således konstatera att terapeuterna varit programföljsamma (”adherent”).

Mätinstrument

Det är ovanligt att man inom ordinarie verksamhet använder sig av standardiserade mätinstrument, vilket man i detta fallet har gjort och som möjliggjort en forskningsbaserad utvärdering. Det som har underlättat är att kommunen köpt in en tjänst från ett privatföretag som tillhandahållit databearbetning och mindre analyser åt socialarbetarna för att snabbt kunna återföra det till sin verksamhet (se https://journaldigital.se). Samtliga mätinstrument är självskattningsskalor. När familjerna kommit till FFT-teamet för att fylla i skattningsformulären har varje familjemedlem fått sitta i eget rum. Detta för att de i lugn och ro och oberoende av varandra skulle fylla i formulären. De olika familjemedlemmarna har inte fått reda på enskilda svar som andra familjemedlemmar har gett. Varje familjemedlem har haft cirka 20 minuter på sig att besvara formulären innan en FFT-terapeut kom in och undrade om fanns frågor de inte förstod. Dessa frågor hjälptes man sedan åt att fylla i och eventuella obesvarade frågor besvarades också, vilket eliminerade internbortfall i frågeformulären.

Formuläret ”Bakgrundsvariabel socialtjänst” används för att registrera sociodemografiska variabler, kriminalitet, risker man tar och skolnärvaro med mera. Formuläret är konstruerat av

Journal Digital för att täcka in alla de förhållanden som kan vara av intresse vid en socialtjänstutredning. Det är ungdomarnas svar som använd i denna studie och svaren fylldes i innan de genomgick FFT. Från detta formulär redovisas både enskilda frågor och svarsalternativ samt sammanräknade indexsvar. Tre enskilda frågor om *familjerelationer* handlade om man kunde enas med (1) och tala med (2) samt vilken vikt man lade hos (3) mamma eller pappa. En fråga om vilken vikt man lade hos sin lärare redovisas också. *Kriminalitet* består av nio frågor som har konstruerats utifrån frågeformulär i avhandling av Ring (1999). Två subskalor har konstruerats för *Egendomsbrott* (fem frågor) och för *Personbrott* (fyra frågor). Dessa redovisas även i en Total skala. En högre poäng mellan 1-5 indikerar på mer kriminellt beteende utifrån en semantisk svarsskala från aldrig (1) till 11 gånger eller fler (5). En låg poäng (1) betyder att individen aldrig gjort brottet som efterfrågas det senaste året. Två andra enskilda frågor handlade om ungdomen *dricker alkohol* eller *använt droger* någonsin i sitt liv och besvaras jakande eller nekande.

För att undersöka psykosociala symptom hos ungdomarna användes YSR (Youth Self Report) och CBCL (Child Behavior Checklist) som är en del av ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment) (Achenbach & Rescorla, 2001). CBCL och YSR är bland de mest använda mätinstrumenten i världen för att undersöka mental hälsa hos barn (Reiss, 2013). Här användes CBCL (som besvaras av föräldrar om deras ungdom) och YSR (som besvaras av ungdomen själv för åldrarna 6-18 år (Achenbach & Rescorla, 2001). Dessa har 118 specifika frågeställningar med svar från ”stämmer inte” (0) till ”stämmer ofta/alltid” (2). Dessa frågeställningar delas in i åtta syndromskalor. *Ångest/depression, Tillbakadragen/inbunden* och *Kroppsliga symtom* som tillsammans formar samlingsskalan *Inåtvända problem*. *Anti-socialt beteende* och *Aggressivitet* formar samlingsskalan för *Utagerande problem*. *Sociala problem, Tankeproblem* och *Uppmärksamhetsproblem* är fristående syndromskalor. Summan av alla frågor ger skalan *Total symtombelastning*. Ungdomarna och föräldrarna ombads fylla i YSR och CBCL före och efter terapin samt vid uppföljningen 6 månader senare.

Statistisk bearbetning och analyser

Det finns två kategorier av analyser, gruppanalyser och individanalyser. Gruppanalyser för att beskriva eller analysera inkluderar frekvensanalyser, medelvärdesberäkningar,

standardavvikelser, effektstorlek (Cohens d), Chi^2-test, *t*-test och ANOVA. Förändring över tid mellan förmätning och eftermätningar beräknades med parvis *t*-test och effektstorlek (Cohens d). Gränsvärdena för att bedöma effektstorlekarna är satta till: 0,01= mycket liten; 0,2 = liten; 0,5 = moderat; 0,8 =stor; 1,2 = mycket stor och 2,0 = enormt stor (Sawilowsky, 2009). Effektstorlek anses som mått på meningsfull förändring (Copay et al 2007), är ett standardiserat mått på förändring som inkluderar medelvärdet och standardavvikelserna (Cohen, 1992). Fishers z-transformering användes för att undersöka signifikanta skillnader mellan olika korrelationer.

Individanalyser bygger dels på om individen är över eller under det kliniska gränsvärdet för använt mätinstrument. Det kliniska gränsvärdet är satt till den nittionde percentilen, vilket är brukligt (Bergström & Baviskar, 2020) och det faktiska värdet för CBCL är hämtat från Larsson & Frisk (1999) och för YSR från Broberg et al (2001). Dels bygger individanalyserna på RCI (Reliable Change Index) beskrivet av Jacobsen & Traux (1991), vilket även det anses som ett mått på meningsfull förändring (Copay et al., 2007). Här anses en meningsfull förändring vara vid 90% konfidensnivå efter resonemang av Burgess et al (2009), vilket benämns ”klinisk förändring” vid redovisningen av resultaten. Positiv eller negativ avser minskning eller ökning av symptom. Beräkningen av RCI följdes av att undersöka om varje individ passerat det kliniska gränsvärdet mellan mättillfällena och redovisas i resultatdelen.

Resultat

Vi kommer först att beskriva vilka som blev remitterade till FFT i kommunen utifrån deras egna självskattade symptom mängd och via deras förälders rapporterade symptom mängd. Detta kommer att jämföras med hur samma symptom framträder i en normalpopulation. Vidare beskriver vi hur pass överens föräldrarna var om sina barns problem.

Ungdomarna som blev remitterade till FFT

De ungdomar som ingick i studien beskrev sin relation till andra och kriminalitet det senaste året vid starten av FFT behandling.

Tabell 1 Relationen till mamma och pappa utifrån flickorna och pojkarna

	Mamma		Pappa	
	Flickor (n=63) N (%)	Pojkar (n=46) N (%)	Flickor (n=63) N (%)	Pojkar (n=46) N (%)
Brukar du komma överens med				
Inte relevant	1 (2)	1 (2)	2 (3)	4 (9)
Aldrig	3 (5)	1 (2)	1 (2)	3 (7)
Oftast inte	22 (35)	9 (20)	9 (14)	9 (14)
Lika mycket bra som dåligt	7 (11)	10 (22)	8 (13)	8 (13)
För det mesta	28 (44)	24 (52)	30 (48)	15 (33)
Alltid	1 (2)	1 (2)	8 (13)	3 (7)
Träffar aldrig	1 (2)	0 (0)	5 (8)	4 (9)
Kan du vanligtvis tala om allt (t.ex. dina problem) med				
Inte relevant	2 (3)	3 (7)	6 (10)	5 (11)
Absolut inte	9 (14)	7 (15)	15 (24)	9 (14)
Knappast	15 (24)	7 (15)	10 (16)	12 (26)
Kanske (beror på)	21 (33)	14 (30)	16 (25)	9 (14)
Ibland	6 (9)	4 (9)	8 (13)	1 (2)
Ja, absolut	10 (16)	11 (24)	8 (13)	10 (16)

På grund av avrundningar blir den sammanslagna procenten runt 100 %

Som framgår av tabell 1 uppger hälften av både pojkar och flickor att de kommer överens med sin mamma för det mesta/alltid medan drygt var tredje flicka och var femte pojke inte tycker det. Flickorna har oftare problem med mamma (Chi^2=8,8, df=2, p= **0,01**). Ett liknande mönster framkommer för kontakten med papporna. Här är det dock ingen skillnad mellan pojkar och flickor (Chi^2=3,88, df=2, p= 0,18). När det gäller att kunna prata med föräldrarna

om allt, t ex problem, var det färre ungdomar, ung 25 %, som tyckte att de absolut/eller ibland, kunde göra det, medan ung. 40 % knappast eller absolut inte gjorde det. Här var det ingen större skillnad mellan föräldrarna eller mellan pojkar och flickor (Mamma: Chi^2=3,93, df=2, p= 0,14; Pappa: Chi^2=1,76, df=2, p= 0,41). Som framgår i tabell 2 är det de närmsta familjemedlemmarna som upplevs som viktigast, vilket ytterligare motiverar familjebehandling.

Många ungdomar hade inte begått något brott det senaste året innan de påbörjade FFT. Total skalan hade ett genomsnitt på 1,3 (sd=0,4, n=109) där 1 innebär inga brott senaste året, vilket innebär att strax under hälften (46,8 %) inte skattat något brott. Flickorna uppgav i genomsnitt signifikant mindre Totalt brott än pojkarna (Flickor: n=63, M=1,2, sd=0,3; Pojkar: n=46, M=1,4, sd=0,5; ANOVA F=15,3, p=.0,000). Flickorna uppgav både mindre Egendomsbrott och Personbrott än pojkarna (Egendomsbrott: Flickor n=63, M=1,2, sd= 0,4; Pojkar n=46, M=1,5, sd=0,7; ANOVA F=12,0, p=.0,001, Personbrott: Flickor n=63, M=1,1, sd=0,3; Pojkar (n=46) M=1,3 (0,4); ANOVA F=12,2, p=.0,001).

Bland ungdomarna (n=109) uppgav 49 % att de drack alkohol. Bland flickorna (n=63) drack 48 % alkohol och bland pojkarna (n=46) drack 52 % alkohol. Det var ingen signifikant skillnad i hur många som drack alkohol utifrån kön (Chi2=0,22; df=1; p=0,64). Färre ungdomar uppger de använt droger (16 %). Bland flickorna (n=63) hade 5 % använt droger och bland pojkarna (n=46) hade 30 % använt droger. Det var signifikant fler pojkar som använt droger (Chi2=13,3; df=1; p=0,000).

Tabell 2 Förteckning över hur viktiga följande personer är för flickan eller pojken.

	Flicka (n=63) N (%)	Pojke (n=46) N (%)	Flicka (n=63) N (%)	Pojke (n=46) N (%)	Flicka (n=63) N (%)	Pojke (n=46) N (%)	Flicka (n=63) N (%)	Pojke (n=46) N (%)	Flicka (n=63) N (%)	Pojke (n=46) N (%)	Flicka (n=63) N (%)	Pojke (n=46) N (%)
	Mamma		**Pappa**		**Syskon**		**Styvmamma**		**Styvpappa**		**Lärare**	
Inte relevant	2 (3)	1 (2)	3 (5)	4 (9)	5 (8)	2 (4)	43 (68)	38 (82)	40 (63)	28 (61)	4 (6)	4 (9)
Inte alls viktig	6 (10)	2 (4)	4 (6)	4 (9)	3 (5)	3 (7)	6 (10)	2 (4)	7 (11)	3 (7)	15 (24)	20 (43)
Ibland ”varken-eller”	6 (10)	3 (7)	9 (14)	8 (17)	6 (10)	2 (4)	3 (5)	2 (4)	7 (11)	4 (9)	21 (33)	11 (24)
Ganska viktigt	6 (10)	6 (13)	10 (16)	4 (9)	5 (8)	8 (17)	6 (10)	2 (4)	4 (6)	3 (7)	15 (24)	9 (20)
Mycket viktig	21 (33)	16 (35)	25 (40)	13 (28)	21 (33)	14 (30)	5 (8)	1 (2)	5 (8)	7 (15)	8 (17)	1 (2)
Denna person betyder mest för mig av alla	22 (35)	16 (35)	12 (19)	13 (28)	23 (37)	17 (37)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	1 (2)	0 (0)	1 (2)

På grund av avrundningar blir den sammanslagna procenten runt 100 %

Ungdomarnas egna skattning av psykosociala problem (YSR)

I en normalpopulation rapporterar flickor och pojkar små, men signifikanta, skillnader i symptommängd i tonåren (Broberg et al., 2001). Flickor rapporterar signifikant högre symptommängd på Totalt, Inåtvända, Ångest/Depression, Tillbakadragenhet/Inbunden, Kroppsliga symptom och Uppmärksamhetsproblem. På Antisocialt beteende rapporterar pojkar signifikant högre symptom mängd. I en normalpopulation rapporterar ungdomarna själva lika hög symptommängd på utåtagerande, aggressivt beteende, sociala problem och tankeproblem (ingen signifikant skillnad).

Bland ungdomarna som blev remitterade till FFT rapporterade även här flickorna signifikant högre symptom mängd, där skillnader förväntades (Totalt, Inåtvända, Ångest/Depression, Tillbakadragenhet/Inbunden och Kroppsliga symptom) (Tabell 3). Men här var skillnaderna små ($d < 0{,}50$) i endast två YSR skalor, emedan skillnaderna var moderata ($d > 0{,}50$) eller stora ($d > 0{,}80$) i fyra YSR skalor. Vidare fanns det ingen förväntad signifikant större symptom mängd utifrån Uppmärksamhetsproblem bland flickor eller Antisocialt beteende bland pojkarna. I FFT populationen rapporterade dessutom flickorna signifikant mer symptom på Tankeproblem än pojkarna, även om skillnaden var liten ($d < 0{,}50$).

Tabell 3 Deskriptiva data: självskattning, förskattningar, råpoäng

Instrument **YSR**	M(sd) **Flickor n= 66**	M(sd) **Pojkar n= 55**	*p*	*d*	M(sd) **Totalt n= 121**
Totalt	59,9 (25,1)	50,0 (21,4)	**,022**	0 ,42	54,4 (23,9)
Inåtvända	19,2 (10,0)	9,8 (6,9)	**,000**	1,90	14,9 (9,9)
Utagerande	18,3 (9,6)	20,3 (9,7)	,251		19,2 (9,7)
Ångest/Depression	8,1 (4,9)	3,2 (3,3)	**,000**	1,17	5,8 (4,8)
Tillbakadragenhet/Inbunden	5,5 (3,1)	3,3 (2,6)	**,000**	0 ,77	4,5 (3,1)
Kroppsliga symptom	5,6 (3,8)	3,3 (2,7)	**,000**	0 ,70	4,6 (3,5)
Sociala problem	4,1 (2,7)	3,5 (2,8)	,251		3,8 (2,8)
Tankeproblem	6,2 (4,1)	4,8 (3,7)	**,042**	0 ,36	5,6 (4,0)
Uppmärksamhetsproblem	7,2 (3,4)	7,0 (3,6)	,698		7,1 (3,5)
Antisocialt beteende	7,5 (5,2)	8,6 (4,6)	,260		8,0 (4,9)
Aggressivitet	10,7 (5,3)	11,7 (5,7)	,314		11,2 (5,5)

t- test. Signifikanta värden är redovisade i fetstil.

För att avgöra om en individ rapporterar så pass stora problem att de är i behov av behandling behövs ett värde som indikerar problem om det överstigs. Detta värde benämns ofta kliniskt

gränsvärde (eller liknande). Ett sådant gränsvärde sätts i relation till en normalpopulation[4] och brukar motsvara värdet på den 90de percentilen i normalfördelningen av måttet, vilket innebär att endast 10 % i en normalpopulation rapporterar ett värde över det. Det kliniska gränsvärdet för YSR Totalt, Inåtvända och Utagerande för flickor och pojkar i tonåren beräknades utifrån Broberg et al (2001) studie.

Tabell 4 Över kliniskt gränsvärde (90th) utifrån kön (flickor n = 66; pojkar n= 55) vid förskattning

Instrument	Flicka	Pojke	
YSR	% (n)	% (n)	Chi2[1] (*p*)
Totalt	26 (17)	29 (16)	,2 (,681)
Inåtvända	22 (15)	9 (5)	**4,0 (,044)**
Utagerande	32 (21)	33 (18)	,0 (,915)

1. Samtliga df=1. Signifikanta värden är redovisade i fetstil.

Mellan var tredje till var femte flicka i FFT populationen självrapporterade ett värde över det kliniska gränsvärdet i en normal populationen (Tabell 4), vilket innebar att det återfanns signifikant fler flickor över det kliniska gränsvärdet oavsett Totalt, Inåtvända och Utagerande (Chi2, p<.05, df=1. Ej redovisat i tabell). För pojkarna i FFT populationen självrapporterade mellan var tionde till var tredje ett värde över det kliniska gränsvärdet. Bland FFT pojkarna återfanns i jämförelse med normalpopulationen signifikant fler över det kliniska gränsvärdet gällande Totalt och Utagerande (Chi2, p<.05, df=1. Ej redovisat i tabell).

[4] Här avses det statistiska begreppet normal population, vilket inkluderar samtliga möjliga avsedda individer utan undantag.

Tabell 5 Deskriptiva data: föräldraskattning, förskattningar, råpoäng

	Mamma				Pappa				Mor *vs.* far	
Instrument	M(sd)	M(sd)	*p*	*d*	M(sd)	M(sd)	*p*	*d*	Flicka	Pojke
CBCL	**Flickor n= 60**	**Pojkar n= 54**			**Flickor n= 39**	**Pojkar n= 32**			*p*	*p*
Totalt	49,3 (26,6)	56,6 (27,6)	,152		40,8 (22,6)	55,3 (29,6)	**,023**	**0,55**	,103	,838
Inåtvända	14,8 (10,8)	11,9 (7,2)	,101		12,0 (8,1)	12,5 (7,0)	,760		,145	,953
Utagerande	18,2 (9,9)	25,2 (12,7)	**,001**	**0,61**	15,6 (10,1)	23,4 (13,6)	**,007**	**0,65**	,208	,538
Ångest/Depression	6,5 (5,7)	4,0 (4,1)	**,010**	**1,07**	5,2 (4,8)	4,3 (3,8)	,405		,242	,737
Tillbakadragenhet/Inbunden	4,7 (3,5)	5,1 (3,5)	,566		4,1 (3,1)	5,4 (3,3)	,094		,386	,696
Kroppsliga symptom	3,6 (3,4)	2,8 (2,6)	,177		2,7 (1,9)	2,8 (2,4)	,814		,095	1,00
Sociala problem	3,4 (3,5)	2,8 (3,1)	,377		2,8 (2,7)	2,9 (2,9)	,862		,340	,883
Tankeproblem	2,8 (3,1)	2,9 (2,7)	,797		1,7 (2,0)	3,3 (3,7)	**,025**	**0,54**	**,034**	,565
Uppmärksamhetsproblem	5,9 (3,8)	8,7 (4,5)	**,000**	**0,67**	5,3 (4,0)	7,8 (4,5)	**,013**	**0,59**	,454	,373
Antisocialt beteende	7,3 (5,4)	10,6 (5,6)	**,007**	**0,60**	7,2 (5,6)	10,4 (6,7)	**,029**	**0,52**	,929	,882
Aggressivitet	10,9 (5,9)	14,5 (8,2)	**,001**	**0,50**	8,5 (5,5)	13,0 (8,1)	**,006**	**1,04**	**,045**	,412

t- test. Signifikanta värden är redovisade i fetstil.

Föräldrarnas skattning av ungdomarnas psykosociala problem (CBCL)

En av de teoretiska utgångspunkterna för FFT är systemteori. Inom systemteorin anses den enskilda familjemedlemmens beteende och kommunikation alltid påverka de övriga familjemedlemmarnas upplevelse och beteende (Bateson 1972). Detta innebär att både moderns och faderns rapportering av ungdomens problematik är att ta i beaktning. Men i den svenska normeringen av CBCL görs ingen uppdelning av vilken förälder som besvarar formuläret (Larsson & Frisk, 1999), vilket hade varit önskvärt utifrån FFTs programteori. Vidare har studier av psykometriska mätinstrument för att mäta denna typen av problematik visat att mödrars och fäders skattning av deras barns symptombelastning inte är utbytbar, utan var förälders egna skattning bör tas i beaktning (Bergström & Baviskar, 2020).

Tabell 5 visar hur mammorna och papporna rapporterar symtombelastning vid behandlingsstart. Mammorna rapporterar ingen signifikant skillnad på fyra av de åtta syndromskalorna mellan pojkar och flickor. Bland de fyra syndromskalor med signifikant skillnad rapporteras pojkarna med mer syndromproblem på tre skalor (uppmärksamhet, antisocialt beteende och aggressivitet) och flickorna på en skala (ångest/depression). Mammorna rapporterade pojkarnas tre signifikant större problem i förhållande till flickorna som moderata ($d > 0,50$) och flickornas större problem i förhållande till pojkarna som stort ($d > 0,80$).

Papporna, liksom mammorna, rapporterar ingen signifikant skillnad på fyra av de åtta syndromskalorna mellan pojkar och flickor (tabell 5). Papporna rapporterar pojkarna med signifikant mer syndromproblem på tre skalor (uppmärksamhet, antisocialt beteende och aggressivitet), vilket överensstämmer med mammans rapportering. Dessutom rapporterar papporna pojkarna med signifikant högre problem på ytterligare en skala (tankeproblem) i jämförelse med flickorna. Papporna rapporterade pojkarnas tre av de fyra signifikant större problemen i förhållande till flickorna som moderata ($d > 0,50$) och ett större problem (aggressivitet, $d > 0,80$).

För att avgöra om föräldrarna rapporterar stora problem över det kliniska gränsvärdet (eller liknande) undersöktes även detta i relation ett en normalpopulation och värdet på den 90de percentilen. Det kliniska gränsvärdet för CBCL Totalt, Inåtvända och Utagerande för flickor och pojkar i tonåren beräknades utifrån Larsson & Frisk (1999).

Tabell 6. Över kliniskt gränsvärde (90th) utifrån kön rapporterat av förälder vid förskattning.

	Flicka (N = 60 vs. 39) Mor *vs.* Far			Pojke (N= 54 vs. 32) Mor *vs.* Far		
CBCL	% (n)	% (n)	Chi2[1] (*p*)	% (n)	% (n)	Chi2[1] (*p*)
Totalt	75 (45)	64 (25)	1,4 (,244)	81 (44)	84 (27)	,1 (,732)
Inåtvända	62 (37)	56 (22)	,3 (,602)	61 (33)	69 (22)	,5 (,475)
Utagerande	70 (42)	54 (21)	2,7 (,108)	87 (47)	75 (24)	2,2 (,155)

Både mammor och pappor rapporterade att åtminstone mer än hälften av barnen oavsett kön och problematik var över det kliniska gränsvärdet vid starten av FFT behandlingen (tabell 6). Det fanns inga signifikanta skillnader mellan föräldrarnas rapporterade magnitud av problematik.

Ungdomarnas förändring över tid (YSR)

Det finns flera sätt att analysera förändringen över tid. I dessa sammanhang bygger analyserna främst på gruppanalyserna utifrån aggregerade svar från enskilda respondenter. Eventuella slutsatser från gruppanalyser handlar om en medeleffekten (se inledning i Jacobson et al, 1984). Gruppbaserade index för förändring, såsom statistiska signifikansprov och effektstorlek, ger viktig information om genomsnittliga skillnader, men de ger inte information om olika svar på behandling bland individer i den behandlade gruppen. Därför kompletteras gruppanalyserna med analyser av förändring hos enskilda individer, vilket ofta brukar benämnas ”meningsfull förändring” och är vedertaget sedan några decennier (se exempelvis Jacobson et al, 1984, Lavigne 2016, Ferrer & Pardo 2019). I detta sammanhang redovisas RCI och ”förändring över kliniskt tröskelvärde”, vilket har framhållits som lättillgängliga index för social arbetare i liknande sammanhang (se exempelvis Wolpert et al 2015). Se under rubrik ”Behandlingsförlopp enligt individ analyser”.

Ungdomarna rapporterar signifikanta symptomminskningar över tid på Total symtombelastning, Inåtvända och Utagerande problem (tabell 7). Effektstorlekarna var mestadels moderata (d > 0,50) på samlingsskalorna, men oftast stor (d > 0,80) på Total symtombelastning. Separerar man flickornas och pojkarnas rapportering, rapporterar alla en symptomminskning som är signifikant över tid. Men när flickorna rapporterar effektstorlekar som är moderata till stora, så rapporterar pojkarna effektstorlekar från små till stora. Flickorna

har även en mindre effekt på Utagerande vid uppföljning i jämförelse vid behandlingsslut, men skillnaden är inte signifikant (z=1,17; Fisher's z-transformering).

Tabell 7 Ungdomarnas egna rapportering av symptom (*t*-test paired, paired samples effect sizes)

Instrument				T1-T2		T1-T3	
YSR	T1 m (std)	T2 m (std)	T3 m (std)	*t* (p)	d	*t* (p)	d
Alla	n=121	n=100	n=81				
Total sym.	55,4 (23,9)	39,9 (17,6)	38,4 (18,7)	**8,3 (,000)**	0,83	**7,7 (,000)**	0,86
Inåtvända	14,9 (9,9)	10,7 (7,6)	10,1 (7,6)	**5,6 (,000)**	0,58	**5,9 (,000)**	0,67
Utagerande	19,2 (9,7)	13,9 (6,5)	13,4 (6,6)	**7,5 (,000)**	0,75	**6,1 (,000)**	0,68
Flickor	n=66	n=57	n=46				
Total sym.	59,9 (25,1)	41,7 (16,6)	41,2 (19,1)	**6,5 (,000)**	0,87	**5,5 (,000)**	0,82
Inåtvända	19,2 (10,0)	13,1 (7,4)	12,3 (8,3)	**5,2 (,000)**	0,69	**4,7 (,000)**	0,70
Utagerande	18,3 (9,6)	12,8 (6,0)	13,0 (6,0)	**5,4 (,000)**	0,71	**3,8 (,000)**	0,57
Pojkar	n=55	N=43	N=35				
Total sym.	49,9 (21,4)	37,4 (18,7)	34,7 (17,9)	**5,1 (,000)**	0,78	**5,3 (,000)**	0,90
Inåtvända	9,8 (6,9)	7,4 (6,6)	7,2 (5,5)	**2,8 (,008)**	0,42	**3,7 (,001)**	0,63
Utagerande	20,3 (9,7)	15,3 (6,7)	14,0 (7,3)	**5,3 (,000)**	0,81	**4,9 (,000)**	0,83

Signifikanta värden är redovisade i fetstil. T1 = Behandlingsstart, T2 = Behandlingsslut, T3 = Uppföljning

Ungdomarnas förändring utifrån föräldrarnas skattningar (CBCL)

Det är utifrån programteorin för FFT (Alexander et al 2016) och psykometriska teorier (Bergström & Baviskar, 2020) av vikt att separera mammors och pappors rapporter om sina barn. Därför presenteras föräldrarnas svar separat.

Tabell 8. Mammornas rapportering av ungdomarnas symptom (*t*-test paired)

Instrument				T1-T2		T1-T3	
CBCL	T1 m (std)	T2 m (std)	T3 m (std)	*t* (p)	d	*t* (p)	d
Alla	n=114	n=95	n=78				
Total sym.	52,7 (27,2)	31,5 (22,0)	23,4 (16,0)	**9,1 (,000)**	0,94	**10,3 (,000)**	1,17
Inåtvända	13,4 (9,3)	8,0 (6,8)	6,1 (5,2)	**6,6 (,000)**	0,68	**7,5 (,000)**	0,85
Utagerande	21,5 (11,8)	12,4 (9,1)	9,5 (7,2)	**9,3 (,000)**	0,95	**10,2 (,000)**	1,16
Flickor	N=60	N=52	N=43				
Total sym.	49,3 (26,6)	27,5 (23,1)	21,6 (15,0)	**7,4 (,000)**	1,02	**9,0 (,000)**	1,37
Inåtvända	14,8 (10,8)	7,9 (7,5)	6,1 (5,2)	**6,1 (,000)**	0,84	**6,8 (,000)**	1,04
Utagerande	18,2 (9,9)	10,0 (7,8)	8,3 (6,5)	**6,7 (,000)**	0,93	**8,1 (,000)**	1,24
Pojkar	N=54	N=43	N=35				
Total sym.	56,6 (27,6)	36,4 (19,7)	26,3 (17,0)	**5,5 (,000)**	0,84	**5,8 (,000)**	0,98
Inåtvända	11,9 (7,2)	8,2 (6,0)	6,0 (5,4)	**3,3 (,002)**	0,50	**3,8 (,001)**	0,65
Utagerande	25,2 (12,7)	15,4 (9,7)	11,0 (7,8)	**6,4 (,000)**	0,97	**6,7 (,000)**	1,14

Signifikanta värden är redovisade i fetstil. T1 = Behandlingsstart, T2 = Behandlingsslut, T3 = Uppföljning

Mammorna rapporterar, oavsett om de rapporterar om en flicka eller en pojke, signifikanta symptomminskningar över tid på Total symtombelastning, Inåtvända och Utagerande problem (tabell 8). Alla effektstorlekar var stora (d > 0,80) till mycket stora (d > 1,20) med ett undantag där det var en moderat effektstorlek (d > 0,50) för pojkars minskning av inåtvända problem.

Tabell 9 Pappornas rapportering av ungdomarnas symptom (*t*-test paired)

Instrument				T1-T2		T1-T3	
CBCL	T1 m (std)	T2 m (std)	T3 m (std)	*t* (p)	d	*t* (p)	d
Alla	N=71	N=57	N=45				
Total sym.	47,4 (26,8)	29,0 (18,6)	21,6 (15,3)	**7,1 (,000)**	0,95	**6,4 (,000)**	0,96
Inåtvända	12,2 (7,6)	7,9 (5,6)	5,9 (4,7)	**5,2 (,000)**	0,69	**5,4 (,000)**	0,80
Utagerande	19,1 (12,4)	11,4 (7,8)	8,7 (7,0)	**5,8 (,000)**	0,77	**5,7 (,000)**	0,85
Flickor	N=39	N=31	N=26				
Total sym.	40,8 (22,7)	26,0 (14,6)	20,8 (13,0)	**5,2 (,000)**	0,93	**4,3 (,000)**	0,85
Inåtvända	12,0 (8,1)	7,8 (5,5)	6,0 (4,6)	**3,6 (,001)**	0,65	**3,8 (,001)**	0,75
Utagerande	15,6 (10,1)	10,2 (6,3)	8,3 (6,6)	**3,3 (,002)**	0,60	**3,8 (,001)**	0,75
Pojkar	N=32	N=26	N=19				
Total sym.	55,3 (29,6)	32,6 (22,2)	22,7 (18,3)	**5,0 (,000)**	0,98	**4,8 (,000)**	1,10
Inåtvända	12,5 (7,0)	7,9 (5,7)	5,7 (4,9)	**3,7 (,001)**	0,72	**3,7 (,001)**	0,86
Utagerande	23,4 (13,6)	12,8 (7,8)	9,2 (7,8)	**5,0 (,000)**	0,98	**4,2 (,000)**	0,98

Signifikanta värden är redovisade i fetstil. T1 = Behandlingsstart, T2 = Behandlingsslut, T3 = Uppföljning

Papporna rapporterar såsom mammorna, oavsett om de rapporterar om en flicka eller en pojke, signifikanta symptomminskningar över tid på Total symtombelastning, Inåtvända och Utagerande problem (tabell 9). Papporna rapporterade på de olika utfallen vid T2 ungefär hälften av förändringarna som moderata effektstorlekar (d >,50) eller mycket stora effektstorlekar (d >,80), men vid uppföljningen T3 var mestadels effektstorlekar stora (d > 0,80). Papporna rapporterade en minskad effektstorlek för flickor från T2 till T3 på Total symtombelastning, men skillnaden var inte signifikant (z=1,43; Fisher's z-transformering).

Behandlingsförloppen enligt individanalyser

Om ett lyckat behandlingsförlopp motsvarar ett meningsfull kliniskt signifikant bättre värde enligt RCI, ingen förändring ett neutralt förlopp enligt RCI och ett misslyckat behandlingsförlopp motsvarar kliniskt signifikant sämre enligt RCI går det även att uttala sig om hur många ungdomar som fått olika behandlingsförlopp.

Tabell 10 Bedömning av behandlingsförlopp enligt RCI beskrivit i procent utifrån YSR och CBCL (%)

		Kliniskt signifikant bättre		Oförändrad	Kliniskt signifikant sämre	
Respondent	Period	Passerat klinisk tröskel	Förbättrad		Försämrad	Passerat klinisk tröskel
Flickor (n=57)	T1-T2	16	32	47	4	2
Flickor (n=46)	T2-T3	4	11	72	9	4
Flickor (n=46)	T1-T3	15	35	46	2	2
Pojkar (n=43)	T1-T2	21	33	37	9	0
Pojkar (n=34)	T2-T3	3	18	74	6	0
Pojkar (n=34)	T1-T3	24	38	35	3	0
Mor (n=96)	T1-T2	34	22	42	2	0
Mor (n= 78)	T2-T3	10	12	74	3	1
Mor (n=78)	T1-T3	48	19	31	0	1
Far (n=57)	T1-T2	20	20	61	0	0
Far (n=45)	T2-T3	16	5	73	0	7
Far (n=45)	T1-T3	32	18	50	0	0

På grund av avrundningar blir den sammanslagna procenten runt 100 %. T1 = Behandlingsstart, T2 = Behandlingsslut, T3 = Uppföljning

Ungefär hälften av flickorna rapporterade ett lyckat behandlingsförlopp (48–50 %) eller ett neutralt behandlingsförlopp (46–47 %) från T1 till T2 eller T3 (Tabell 10). Ungefär var tjugonde (4–6 %) rapporterade ett negativt behandlingsförlopp under samma tidsintervall. Mer än hälften av pojkarna rapporterade ett lyckat behandlingsförlopp (54–62 %) mellan tidsintervallet T1-T2/T3. Ungefär var tredje (35–37 %) rapporterade ett neutralt behandlingsförlopp och mindre än var tionde rapporterade ett negativt behandlingsförlopp (3–9 %) under samma intervall. Mammorna rapporterade att mer än hälften av ungdomarna hade ett lyckat behandlingsförlopp (56–67 %) mellan T1 till T2 och T3. Mindre än hälften av ungdomarna rapporterades av mammorna ha ett neutralt behandlingsförlopp (27–40 %) och få hade ett negativt behandlingsförlopp (0–1 %) under samma intervall. Papporna rapporterade att drygt hälften av ungdomarna hade ett lyckat behandlingsförlopp (40–52 %) från T1. Hälften eller mer av ungdomarna rapporterades av papporna ha ett neutralt behandlingsförlopp (50–61 %), men inga hade ett negativt behandlingsförlopp (0 %). Mer än var tredje (73-74 %) hade ett neutral förlopp efter att behandlingen hade avslutats (T2-T3).

Diskussion

Denna kvalitetsgranskningsstudie har inte bara redovisat utagerande beteenden, som ofta föregår utveckling av normbrytande beteenden hos ungdom, utan även inåtvända beteenden som också innebär lidande hos den unge och dess omgivning. Den här studien visar även att både flickor och pojkar har höga nivåer av båda typerna av beteendeproblem enligt både mödrars och fäders skattningar av de psykosociala symptomen. Flickorna själva skattar också höga nivåer av dessa problem medan pojkarna rapporterar mest utagerande psykosociala symptom. Studien visar också att både flickor och pojkar har minskade psykosociala problem efter FFT. Både utagerande och inåtvända psykosociala symtom minskar kraftigt vid terapins slut både enligt föräldrarna och vid självrapporteringen av såväl flickor som pojkar. Resultaten står sig och har förbättrats vid uppföljningstillfället sex månader senare enligt mödrarnas och fädernas skattning.

Vilka är det som får FFT?

Det är den beskrivna målgruppen för FFT som borde vara de som erhåller FFT i denna studie, vilket det även tycks vara. En substantiell del av både flickor och pojkar uppgav att de hade svårt att komma överens eller tala med sin mamma eller pappa. FFT är en intervention designad för att ändra kommunikationen i familjen (Alexander et al 2016). De familjemedlemmar som är viktigast för ungdomen är mamma eller syskon, alltså en familjemedlem i kärnfamiljen. De viktigaste personerna finns alltså inom den närmsta familjen, vilket i FFT används som utgångspunkt för förändring. Ytterligare en indikator på att kommunen remitterat ”rätt” familjer till FFT är att endast 11 % avbröt FFT i förtid. I FFT som intervention förväntas terapeuten lägga resurser på att minska för tidiga behandlingsavslut (Alexander et al 2016).

Enligt FFT manualen är huvudmålgruppen en familj med en familjemedlem som är 11-18 år och att denne uppvisar ett utåtagerande beteende (Alexander et al 2016). Enligt ungdomarna själva har ungefär var tredje ett utåtagerande beteende över kliniskt gränsvärde som indikerar ett behov av en intervention. Betydligt fler föräldrar menar att de har en ungdom som har ett utåtagerande beteende, främst är det mammorna som skattar att mellan 70 – 87 % av ungdomarna har ett behov av en intervention på grund av sitt utåtagerande beteende. Mer än hälften av ungdomarna uppger att de begått en kriminell handling det senaste året, vilket även

det är ett tecken på förväntad målgrupp för FFT. Ungefär hälften av ungdomarna uppgav att de drack alkohol och en tredjedel av pojkarna uppgav att de använt droger. Sammantaget betyder detta att den remissgång man haft inom kommunen har i stort lyckats remittera de ungdomar som är i behov av FFT eller en liknade intervention. För en erfaren social arbetare borde det vara anmärkningsvärt att så många familjer faktiskt fullföljt behandlingen med denna höga psykosociala symptombelastning.

Men populationen i kommunen skiljer sig från flera populationer som använts för att effektevaluera FFT eftersom andelen flickor är betydligt högre. I exempelvis de tidigare svenska FFT studierna var bara 12% (Hansson et al 2000) respektive 10% (Hansson et al 2004) flickor. Eventuellt har flickorna blivit underrepresenterade i dessa två tidigare studier eftersom kriminalitet använts både som inkluderingskriterium och utfallsmått. Inom den här FFT-populationen är de könsskillnader som finns liknande de könsskillnader som rapporterats från tidigare studier med syfte att klargöra normalfördelningen av psykosocial problematik bland ungdomar i allmänhet. Exempelvis skattar och skattas pojkar med mera utagerande och flickor med mera inåtvända psykosociala problem enligt YSR (Broberg et al 2001) och CBCL (Larsson & Frisk 1999) i sådana tidigare studier.

Hur förändrades den psykosociala symptommängden hos ungdomarna som erhållit FFT?

Samtliga gruppanalyser visade signifikant och ofta stora effektstorlekar, vilket indikerar stora positiva förändringar bland alla respondenterna (flickorna, pojkarna, mammorna och papporna). Hälften eller mer av ungdomarna rapporterades ha ett lyckat behandlingsförlopp utifrån psykosocial symptomminskning även här oavsett respondent. Bland dessa hade även en substantiell del av ungdomarna passerat det kliniska tröskelvärdet, vilket kan indikera att deras behandlingsförlopp kan ha medfört att familjen kunde klara sig utan ytterligare hjälp. Ungefär var tionde ungdom rapporterade ett negativt behandlingsförlopp, ungefär var tjugonde mamma och ännu mer sällan rapporterade papporna ett negativt behandlingsförlopp. Ungefär hälften eller fler rapporterade ett neutralt behandlingsförlopp. Förändringarna över tid verkar vara lika stora för både pojkar och flickor, vilket innebär att FFT kan användas på både pojkar och flickor även om tidigare effektevalueringar mestadels inkluderat pojkar.

För att kunna värdera ett individuellt behandlingsförlopp efter en intervention måste det finnas ett tydligt förväntat mål för varje individ. Men det går inte att konstruera eller utveckla en ny intervention för varje individ som är i behov av stöd för det skulle inte vara resurseffektivt (se exempelvis Fraser et al 2009). Exempelvis kan ett neutralt behandlingsförlopp när man erhållit FFT värderat utifrån förändring av psykosociala symptom vara en behandlingsframgång ifall den enskilda individen samtidigt som denne erhöll FFT exponerades för flera stressorer utanför den problematik som FFT är designad för (exempelvis ekonomisk stress) utan att få en förhöjd symptommängd.

Våra resultat jämfört med andra studier med pre – post – post design.

FFT studien i Växjö (Hansson et al 2004) använde också YSR och CBCL som effektmått. Men eftersom bara 10% i den var flickor jämförs resultaten för pojkgruppen. CBCL redovisades där bara för föräldrarna sammanslaget. Vi har jämfört det med mammornas rapportering i den här studien. Både ungdomar och mammorna rapporterade en generellt högre symtombelastning initialt i den här studien. Båda respondenterna rapporterade signifikant minskad totalpoäng (d_{ysr} = 0,54; d_{cbcl} = 0,56), inåtvända problem (d_{ysr} = 0,42; d_{cbcl} = 0,32) och utagerande problem (d_{ysr} = 0,82; d_{cbcl} = 0,66) psykosociala symptom. Effektstorlekarna (n=6) var två små effektstorlekar, tre moderata och en stor. Motsvarande effektstorlekar (n=6) i denna studie var en små, en moderat och fyra stora mellan behandlingsstart och behandlingsavslut (se tabell 6 & 7), vilket indikerar liknade behandlingsframgång i jämförelse.

En annan jämförbar studie har gjorts nyligen i Danmark (Vardanian et al, 2019). Det är också en studie med pre – post design. Den omfattade 687 familjer, men hade 60% bortfall i efter mätningen, vilket antyder att behandlingsavslutningarna i förtid kan ha varit betydligt större än i vår studie. Vidare användes ett annat mätinstrument (SDQ), vilket gör jämförelserna med effektmåttet Cohen´s d begränsade. Den danska studien hade ungefär lika många flickor som pojkar i studien, men de är inte redovisade uppdelade på kön. Vi har jämfört deras resultat med vår sammanslagna grupp ungdomar. Flera översikter av mätinstrumentet SDQ har rekommenderat att endast använda den totala psykosociala problembelastningen (se exempelvis Bergström & Baviskar 2020). Både föräldrar (mor och far sammanslagna) och ungdomar rapporterade statistiskt signifikant minskning av SDQ poäng för total symtombelastning. Cohen´s d för ungdomarna var 0,38 för totalpoäng SDQ, vilket motsvarar

en liten effektstorlek. Motsvarande effektstorlek vid föräldraskattningen motsvarande en medelstor effekt (d = 0,57). Ungdomarna i den danska studien skattade lägre psykosocial symtombelastning initialt än föräldrarna. Vår studie har liknande skattning initialt och behandlingsframgång över tid. Ytterligare en jämförbar studie har gjorts i Skottland (Marshall et al, 2016) på 164 ungdomar. De använde också SDQ som fylldes i av föräldrar och ungdomar. Båda grupperna rapporterade en statistiskt signifikant minskning av total poäng, emotionella symtom och beteende störningar. Man rapporterar endast Cohen´s d för föräldrarna, 0,53, det vill säga en moderat effekt. Även här skattade ungdomar lägre symtomnivå än föräldrarna initialt (Marshall et al, 2016). Vår studie har liknande skattning initialt och behandlingsframgång över tid.

Metodologiska begränsningar

Det går inte att utifrån denna forskningsdesign dra några slutsatser om att FFT skulle vara det bästa alternativet för dessa familjer. För att kunna bedöma det måste forskningsdesignen inkludera en jämförelsegrupp (se exempelvis Shadish et al 2002).

Analyserna i denna studie inkluderar endast de familjer som erhållit och besvarat frågeformulären vid de olika uppföljningarna. Detta betyder att resultaten endast kan generaliseras till familjer som fullföljer FFT och är villiga att besvara frågeformulär. Dessa familjer kan vara en selekterad population bland alla de familjer som söker hjälp i kommunen.

Slutsatser

Det finns fem slutsatser utifrån denna rapport:

1. FFT fungerade acceptabelt för målgruppen. Beteende störningarna minskade enl både de unga och föräldrarna.
2. Ansvarig socialsekreterare hade valt ungdomar och deras familjer som uppfyllde indikationen för FFT: beteende störningar av utåtvänd typ, kriminalitet och/eller bruk av alkohol/narkotika samt upplevda relationsproblem enligt ungdomarna.
3. De flesta familjerna fullföljde behandlingen, vilket talar för att de upplevde den som meningsfull.
4. Ungdomar och föräldrar uppgav att de unga även hade många inåtvända beteendeproblem, vilka även dessa minskade.

5. Förbättringarna fanns kvar vid uppföljningen 6 månader efter avslutad familjeterapi.

Är drygt hälften över kliniskt gränsvärde eller förbättrade ett tillräckligt bra resultat? Den typ av beteendestörningar som de här ungdomarna rapporterade har multifaktoriell orsak. Man kan därför inte vänta sig att en viss behandlingsmetod ska lösa alla problem. Alexander et al (2016) menade att familjen är så viktig för alla ungdomar att man skall arbeta med dess relationsmönster så långt det är möjligt för att sedan övergå i generaliseringsfasen. Många familjer har exempelvis psykisk sjukdom eller missbruk hos någon förälder som behöver åtgärdas i generaliseringsfasen. Den unge kan ha ADHD som kräver medicinering. Det kan finnas svåra kamratproblem eller inlärningsproblem i skolan. Därför kan man inte vänta sig att enbart FFT löser alla problem. Men 15 åringar har många år kvar i sin familj innan de klarar sig själva. Därför är familjerelationerna av stor betydelse. Om familjen fungerar som bättre stöd och styre ökar chansen att den unge ska klara sig bättre oavsett dessa ytterligare risk och belastningsfaktorer. Därför är resultaten tillräckliga för att motivera en familjebehandling som FFT. I en kommande rapport kommer vi att analysera och rapportera de förändringar som skett i familjerna efter behandling med funktionell familjeterapi enligt de skattningsskalor som ungdomar och föräldrar fyllt i före och efter denna.

Referenser

Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms and Profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Alexander, J. F. (1973) Defensive and supportive communications in normal and deviant families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 40 (2), 223-231.

Alexander, J. F., Barrett Waldron, H., Robbins, M. S. and Neeb, A. (2016) *Funktionell familjeterapi för beteendeproblem hos ungdomar.* Lund: Studentlitteratur.

Alexander, J. F., Barton, C., Schiaro, R. S. and Parsons, B. V. (1976) Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior, and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44 (4), 656-664.

Alexander, J. F. & Parsons, B. V. (1973) Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology* 81 (3), 219-225.

Alexander, J. F., Waldron, H. B., Barton, C. and Mas, C. H. (1989) The minimizing of blaming attributions and behaviors in delinquent families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (1), 19-24.

Aos,S., Lieb,R., Mayfield,J., Miller,M., & Pennucci,A. (2004) *Bennefits and Costs of Prevention of Early Intervention Programs for Youths*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist, 61,* 271-285.

Bandura, A. (1977) *Social learning theory.* Prentice-Hall series in social learning theory. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

Barnoski, R., & Aos,S. (2004) *Outcome evaluation of Washington State´s research-based programs for juvenile offenders*. Olympia WA. Vol 460 Washington State Institute for Public Policy.

Barton, C., Alexander, J. F., & Turner, C. W. (1988). Defensive communications in normal and delinquent families: The impact of context and family role. Journal of Family Psychology, 1(4), 390–405.

Bateson, G. (1972) *Steps to an ecology of mind.* New York: Ballantine Books.

Bergström, M., & Baviskar, S. (2020). A Systematic Review of Some Reliability and Validity Issues regarding the Strengths and Difficulties Questionnaire Focusing on Its Use in Out-of-Home Care. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1-32.

Broberg, A., Ekeroth, K., Gustafsson, P., Hansson, K., Hägglöf, B., Ivarsson, T., & Larsson, B. (2001). Self-reported competencies and problems among Swedish adolscents: a normative study of the YSR. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*, 186-193.

Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development: experiments by nature and design.* Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.

Burgess, P., Pirkis, J., & Coombs, T. (2009). Modelling candidate effectiveness indicators for mental health services. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(6), 531-538. doi:10.1080/00048670902873656

Celinska, K., Furrer, S. and Cheng, C.-C. (2013) An Outcome-based Evaluation of Functional Family Therapy for Youth with Behavioral Problems. *Journal of Juvenile Justice* 2 (2), 23-36.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.

Copay, A. G., Subach, B. R., Glassman, S. D., Polly, J. D. W., & Schuler, T. C. (2007). Understanding the minimum clinically important difference: a review of concepts and methods. *The Spine Journal, 7*(5), 541-546.

Elliott, D.S. (1997) *Blueprints for Violence Prevention (vol.1-2)* Boulder; University of Colorado, Center for the Study and Prevention of Violence.

Ferrer, R., & Pardo, A. (2019). Clinically Meaningful Change: False Negatives in the Estimation of Individual Change. *Methodology, 15*(3), 97-105.

Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida.

Fraser, M., & Galinsky, M. (2010). Steps in intervention research: Designing and developing social programs. *Research on Social Work Practice, 20*(5), 459-466.

Fraser, M., Richman, J., Galinsky, M., & Day, S. (2009). *Intervention Research: Developing Social Programs*. Oxford: Oxford University Press.

French, M. T., Zavala, S. K., McCollister, K. E., Waldron, H. B., Turner, C. W., & Ozechowski, T. J. (2008). Costeffectiveness analysis of four interventions for adolescents with a substance use disorder. Journal of Substance Abuse Treatment, 34(3), 272–281

Friedman, A. S. (1989). Family therapy vs. parent groups: Effects on adolescent drug abusers. American Journal of Family Therapy, 17(4), 335-347

Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models* (Vol. 31): John Wiley & Sons.

Hansson, K., Cederblad, M. and Höök, B. (2000) Funktionell familjeterapi - en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig tidsskrift* 7 (3), 231-243.

Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. and Benderix, Y. (2004) Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis. Om behandling av ungdomskriminalitet utanfor universitetsforskningen. *Nordisk Psykologi* 56 (4), 304-320.

Hellner, C., Helander, M. & Högström, J. (2019) *Riktlinje beteendesyndrom 2019* www.sfbup.se/wp-content/uploads/2019/03/Riktlinjer-Beteendesyndromwebb.pdf

Hops, H., Ozechowski, T. J., Waldron, H. B., Davis, B., Turner, C. W., Brody, J. L. et al. (2011). Adolescent health-risk sexual behaviors: Effects of a drug abuse intervention. AIDS and Behavior, 15(8), 1664–1676.

Humayun, S., Herlitz, L., Chesnokov, M., Doolan, M., Landau, S. and Scott, S. (2017) Randomized controlled trial of Functional Family Therapy for offending and antisocial behavior in UK youth. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 58 (9), 1023-1032.

Jacobson, N., Follette, W., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy, 15*, 336-352.

Jacobson, N. S., & Revenstorf, D. (1988). Statistics for assessing the clinical significance of psychotherapy techniques: Issues, problems, and new developments. *Behavioral Assessment, 10*, 133-145.

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12

Jaeschke, R., Singer, J., & Guyatt, G. H. (1989). Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Controlled Clinical Trials, 10*(4), 407-415. doi:10.1016/0197-2456(89)90005-6

Johnsson, E., & Svensson, K. (2005). Theory in social work - some reflections on understanding and explaining interventions. *European Journal of Social Work, 8*(4), 419-433. doi:10.1080/13691450500314442

Kazdin, A. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(3), 332-329.

Kendall, P. C., & Grove, W. M. (1988). Normative comparisons in therapy outcome. *Behavioral Assessment, 10*, 147-158.

Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy research, 19*(4-5), 493-501. doi:10.1080/10503300902849483

Larsson, B., & Frisk, M. (1999). Social competence and emotional/behaviour problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Child & Adolescent Psychiatry, 8*(1), 24-33. Retrieved from http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107202119&site=eds-live&scope=site

Lassere, M. N., van der Heijde, D., & Johnson, K. R. (2001). Foundations of the minimal clinically important difference for imaging. *The Journal of rheumatology, 28*(4), 890-891. Retrieved from http://ludwig.lub.lu.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=11327272&site=eds-live&scope=site

Lavigne, J. V. (2016). Systematic Review: Issues in Measuring Clinically Meaningful Change in Self-Reported Chronic Pediatric Pain Intensity. *Journal of Pediatric Psychology, 41*(7), 715-734. doi:10.1093/jpepsy/jsv161

Lewis, R.A., Piercy, F.P., Sprenkle,D.H. & Trepper,T.S. (1990) Family-based interventions for helping drug-abusing adolescents. *Journal of Adolescent Research, 5,* 82-95.

Lydick, E., & Epstein, S. (1993). Interpretation of Quality of Life Changes. *Quality of Life Research, 2*(3), 221.

Marshall, J.,Hamilton, R., & Cairns, N. (2016) Application of the strengths and difficulties questionnaire added value score in evaluating the effectiveness of Functional Family Therapy within local authority social work services. *Child and Adolescent Mental Health, 23(2),* 85-91

Minuchin, S., Rosman, B. L. and Baker, L. (1978) *Psychosomatic families: anorexia nervosa in context.* Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.

Morris, S. B., Alexander, J. F. and Turner, C. W. (1991) Do reattributions of delinquent behavior reduce blame? *Journal of Family Psychology* 5 (2), 192-203.

Patterson, G. R. (1982) *Coercive family process.* Eugene, Or.: Castalia Pub. Co.

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science & Medicine, 90*, 24-31.

Ring, J. (1999) *Hem och skola, kamrater och brott.* Stockholms universitet Doctoral thesis, monograph.

Robbins, M. S., Alexander, J. F., Hollimon, A. and Turner, C. W. (2016) Evolution of Functional Family Therapy as an Evidence-Based Practice for Adolescents with Disruptive Behavior Problems. *Family Process* 55 (3), 543-557

Robbins, M. S., Alexander, J. F., Newell, R. M. and Turner, C. W. (1996) The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy. *Journal of Family Psychology* 10 (1), 28-34.

Robbins, M., Alexander, J. and Turner, C. (2000) Disrubting defensive family interactions in family therapy with delinquent adolescents. *Journal of Family Psychology* 14 (4), 688-701.

Robbins, M. S. and Rowlands, S. (2012) *Using data to improve implementation outcomes and sustainability.* Paper presented at the Annual Blueprints for Violence Prevention Conference, San Antonio

Robbins, M. S. & Turner, C. W. (2019) Call for Revision of Weisman and Montgomery's Review of Functional Family Therapy. *Research on Social Work Practice* 29 (3), 347-357.

Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F. and Perez, G. A. (2003) Alliance and Dropout in Family Therapy for Adolescents With Behavior Problems: Individual and Systemic Effects. *Journal of Family Psychology* 17 (4), 534-544.

Satir, V. (1983) *Conjoint family therapy.* Palo Alto, CA.: Science and behavior books.

Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods, 8*(2), 26.

SBU. (2016). *Program för ungdomar med antisocial problematik inom institutionsvård. En systematisk översikt och utvärdering av ekonomiska, sociala och etiska aspekter.* www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/program-for-ungdomar-med-antisocial-problematik-inom-institutionsvard/

SBU. (2017). *Insatser för bättre psykisk och fysisk hälsa hos familjehemsplacerade barn*. www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/insatser-for-battre-psykisk-och-fysisk-halsa-hos-familjehemsplacerade-barn/

SBU. (2018a). *Behandlingsfamiljer för ungdomar med allvarliga beteendeproblem – Treatment Foster Care Oregon. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter.* www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/behandlingsfamiljer-for-ungdomar-med-allvarliga-beteendeproblem/

SBU. (2018b). *Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse. En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/oppenvardsinsatser-for-familjer-dar-barn-utsatts-for-vald-och-forsummelse/

SBU. (2020). *Insatser i öppenvård för att förebygga ungdomars återfall i brott*. www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/insatser-i-oppenvard-for-att-forebygga-ungdomars-aterfall-i-brott/

Shadish, W., Cook, T., & Campbell, D. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.

Shlonsky, A., & Gibbs, L. (2004). Will the Real Evidence-Based Practice Please Stand Up? Teaching the Process of Evidence-Based Practice to the Helping Professions. *Brief Treatment & Crisis Intervention, 4*(2), 137-153. doi:10.1093/brief-treatment/mhh011

Skinner, B. F. (1957) *Verbal behavior.* New York: Appleton Century Crofts.

Socialstyrelsen. (2018). *Grundbok i BBIC Barns behov i centrum* www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21106/2018-10-20.pdf

Vardanian, M.M., Scavenius, C., Granski, M., & Chacko, A. (2019) An International Examination of the Effectiveness of Functional Family Therapy (FFT) in a Danish Community Sample. *Journal of Marital and Family Therapy, 46(2),* 289-303

Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2018). *Health care in Europe for children in societal out-of-home care.* Retrieved from MOCHA – Models of Child Health Appraised. London: MOCHA/Imperial College. http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf:

Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69(5), 802–813

Watzlawick, P., Beavin, J. H. and Jackson, D. D. (1967) *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes.* New York: Norton.

Wells, G., Beaton, D., Shea, B., Boers, M., Simon, L., Strand, V., . . . Tugwell, P. (2001). Minimal clinically important differences: review of methods. *The Journal of rheumatology, 28*(2), 406-412.

Weisman, C. B. and Montgomery, P. (2019) Functional Family Therapy (FFT) for Behavior Disordered Youth Aged 10-18: An Overview of Reviews. *Research on Social Work Practice* 29 (3), 333-346.

Wolpert, M., Görzig, A., Deighton, J., Fugard, A. J. B., Newman, R., & Ford, T. (2015). Comparison of indices of clinically meaningful change in child and adolescent mental health services: difference scores, reliable change, crossing clinical thresholds and 'added value' - an exploration using parent rated scores on the SDQ. *Child & Adolescent Mental Health, 20*(2), 94-101. doi:10.1111/camh.12080