

## **Vetenskaplig sekreterare har ordet!**

Återigen har jag fått förtroendet att inneha posten som vetenskaplig sekreterare i SFT och jag ser fram emot arbetet tillsammans med styrelsen och SFT:s medlemmar. Redan innan jag blev vald ombads jag att bevista den ”Första Internationella Forskningskonferensen i System-och Familjeterapi” som hölls i Heidelberg 2014. Konferensen var upplyftande och stimulerande då den presenterade forskning som både var omfattande och utgjorde tydlig evidens för par- och familjeterapi.

Under våren 2014 pågick också en diskussion angående om det finns vetenskapligt underlag för att Familjpsykoterapi ska likställas med andra psykoterapier (KBT, Interpersonell-, Psykodynamisk psykoterapi) och i Region Skåne ackrediterades exempelvis inte familjpsykoterapeuter i den rådande upphandlingen med bl a argumentet att det inte fanns tillräcklig evidens för framförallt effekten av familjeterapi vad gäller ångest/depression. Socialstyrelsen inbjöd till en hearing om psykoterapi och dess evidensbas i april 2014 där Magnus Ringborg och Staffan Lundberg representerade SFT (SFT- nr2/2014.) Med detta som bakgrund inviterade jag Marianne Cederblad och Bill Petitt att tillsammans med mig sammanställa en forskningsöversikt vad gäller evidensen för systemisk-, par – och familjeterapi.

Syftet med arbetet är att sammanställa både svensk och internationell forskning vad gäller effekterna av systemisk-, par- och familjeterapi och göra det tillgängligt för fältet och beslutande organ vad gäller upphandling och ackreditering av psykoterapeuter. Presentationen är uppdelad i två delar; en första del som fokuserar på internationella (mestadels anglosaxiska) studier och främst så kallade ”Meta-studier” dvs. sammanställningar av andra studier: en andra del som ger en översikt över svensk familjeterapiforskning. På grund av utrymmesskäl har vi valt att endast publicera den första delen i tidningen.

Det är glädjande att det finns så mycket forskning som talar till vår fördel som par-, familj- och systemiska terapeuter både ur effektivitets och kostnadssynpunkt.

Ingegerd Wirtberg

# **Par- och familjeterapi fungerar!**

## *En översikt över internationell systemisk-, par- och familjeterapiforskning*

Marianne Cederblad, Bill Petitt, Ingegerd Wirtberg

### **Inledning**

För oss som praktiserat par- och familjeterapi under många år har det skett en tydlig svängning vad gäller bevekelsegrunderna för vårt arbete. Ordet evidens gjorde sitt intåg och sedan dess är ingenting sig likt! Det har efterhand blivit ett allt tydligare krav att en psykoterapimetod som ska accepteras och betraktas som trovärdig måste stödjas av forskning. Kognitiv Beteende Terapi har legat i framkant för den forskningen och ofta blivit betraktad som överläget vad gäller att vila på god evidens. Det är ett glädjande faktum att det finns en hel del forskning på området, och att den ger starkt stöd till antagandet att familje-, par- och systeminriktade modeller ger goda resultat.

Det primära syftet med den här artikeln är att presentera den internationella forskning som stöder familje-/par-/systemisk terapi. Känsliga läsare varnas redan här att det är en helt forskningsbaserad artikel med tabeller, statistik och många vetenskapliga facktermer!

Vi inriktar oss på ”studier av studierna”, det vill säga sådana studier som sammanställer och granskat översiktsstudier och metaanalyser som beskriver och granskar den forskning som gjorts inom specifika problemområden (t.ex. beteendestörning, relationsproblem, affektiva störningar). Fokus i vår artikel ligger främst på interventioner som genomförts med paret (både som partners och föräldrar) eller familjen som konstellation: det vill säga par- och familjeterapi eller riktat föräldrastöd, oavsett teoretisk inriktning. Undantaget från detta är von Sydows forskargrupp då de av politiska och ideologiska skäl valde att utgå från den teoretiska grund som de definierar som systemisk terapi för sina analyser. Det innebär att i princip har vi valt ut tre områden; familjeterapi, par-terapi och riktat föräldrastöd (föräldrautbildning).

Vår förhoppning är att terapeuter inom par- och familjeterapi liksom andra systemiska terapier kommer att ha glädje av och kanske sprida den här informationen till sina uppdrags-/arbetsgivare och kollegor och på så sätt kunna erbjuda informationen att många av de metoder och modeller som vi familjeterapeuter använder vilar på vetenskaplig grund även om det givetvis behövs ytterligare forskning. Värdet av en terapimodell kan beskrivas ur olika perspektiv men anslagsgivare och vårdplanerare bryr sig oftast mest om empirisk evidens. I

vilken mån vet vi - utifrån traditionella vetenskapliga metoder - om en terapimetod kan ge den hjälp som patienten/familjen önskar? Donabedians ord stämmer väl in på psykoterapi, även om han egentligen syftade på medicinsk läkekonst: *”Vi har gett klinikerna tillgång till de hemligaste och känsligaste områdena inom oss själva, och anförtrött dem sådant som berör vårt välbefinnande, lycka och överlevnad. I gengäld har vi förväntat oss av dem att de kontrollerar sig själva så strikt att vi inte behöver frukta exploatering eller inkompetens.”* (Donabedian, 1978, s. 856, egen översättning). Denna tanke understryker varför det är viktigt att terapeuten, när det är möjligt, kan hänvisa till forskning och beprövad erfarenhet när hon bestämmer sig för en terapeutisk modell/metod.

En vetenskaplig modell består av två delar: empiriska data, och ett antal tolkningar av dessa data. Tolkningarna utgör det kitt som samordnar och binder ihop empiriska data och formar en sammanhängande idé om vad de kan betyda i ”verkligheten.” Det som gör en sådan idé intressant är om den innehåller förutsägbara inslag som kan testas i ytterligare empiriska studier. Om en tankemodell innehåller antagandet att parrelationen, familjen och dess nätverk har avgörande betydelse för individens utveckling, hälsa och välbefinnande och att det därför är logiskt att arbeta med den konstellationen har vi skapat ett påstående som kan bilda basen för att med hjälp av forskning undersöka om vårt påstående är ”statistiskt sant”. Som tur är finns det många metoder och modeller för att bedriva familjeterapi och det förefaller rimligt att vi som terapeuter bör vara beredda att undersöka och testa våra metoder för att se om de har den effekt vi tror och önskar.

## **Internationell forskning**

Vår strategi för att samla in underlag till artikeln har varit enkel. Vi började med fyra betydande källor: studierna som har utförts av Kirsten von Sydow och hennes kollegor (tre artiklar: Retzlaff m.fl., 2013; von Sydow m.fl., 2010 & 2013), Allan Carrs studier (två artiklar: Carr, 2014a, 2014b), studien som gjordes av Peter Stratton för British Family Therapy Association (en artikel: Stratton, 2011) och slutligen studien genomförd av Sexton med kollegor (Sexton m.fl., 2014), som ingår i Bergin & Garfields ”Handbook of Psychotherapy and Behavior Change” (Lambert, 2014). Dessa författares huvudsyfte var att sammanfatta den omfattande familjeterapiforskning som finns. Därefter sökte vi i litteraturen efter andra relevanta artiklar. Det bör nämnas att det finns många artiklar som beskriver

enskilda forskningsprojekt. De presenteras inte här av utrymmes- och tidsskäl och vi har i princip bara valt ut det som är systematiska översiktsstudier och metaanalyser.

Oavsett vilka svårigheter det kan innebära att försöka jämföra betydelsen av hundratals studier med olika utformning, så ger de insamlade uppgifterna tydliga indikationer på att de terapimodeller som löst kan sammanföras under rubriken ”systemiska” är verkningsfulla behandlingsmetoder för många slags problem, och att de dessutom är kostnadseffektiva. Vi börjar med att sammanfatta de systematiska studier som presenteras av Alan Carr (2014a och 2014b).

### **Carrs systematiska studier (Carr, 2014a och 2014b)**

Vid det här laget har Carr publicerat sina systematiska studier tre gånger: 2000, 2009 och 2014. I den senaste studien delar han upp materialet i två avsnitt. I det första presenterar han forskning som undersöker kliniska interventioner med vuxna, medan han i det andra undersöker interventioner som riktar sig till barn och ungdomar. Vi har valt att behålla de engelska förkortningarna av de olika terapimodellerna då det kan underlätta om man vill söka vidare kunskap om någon modell.

Förklaring av förkortningar: **ABFT** – Attachment Based Family Therapy; **BCT** – Behavioural Couple Therapy; **BSFT** – Brief Strategic Family Therapy; **CBCT** – Cognitive Behavioural Couple therapy; **CBFT** – Cognitive Behavioural Family Therapy; **CBT** – Cognitive Behaviour Therapy; **CFT** – Couple and family therapy; **DBT** – Dialectical Behaviour Therapy; **EFCT** – Emotionally Focused Couple Therapy; **FFT** – Functional Family Therapy; **FT** – Family Therapy; **IT** – Individual Therapy; **MDFT** – Multi Dimensional Family Therapy; **MICF** – Model Integration and Common Factors; **MST** – Multisystemic therapy; **SCT** – Systemic Couples Therapy; **Triple P** – Positive Parenting Program; **VIPP** – Video Intervention to promote Positive Parenting.

## ***Systemisk terapi med vuxna (Carr, 2014b)***

<b>Problem område</b>	<b>Intervention</b>	<b>Styrka</b>
1. <i>Relations problem</i>	Första val: EFCT, BCT, MICF	Effektstorlek: 0.84 40% fick stor hjälp: 40% fick någon hjälp
2. <i>Psykos sexuella problem</i>		
Prematur ejakulation, smärta vid samlag (kvinnor), problem med orgasm (kvinnor) potensproblem	Vanligaste modell: Masters & Johnson kombinerat med CBT (KBT)	Effektstorlek 0.58
3. <i>Våld i nära relationer</i>	BCT för våld i nära relation och drogmissbruk; Parterapi fokuserat på våld i nära relation	Effektivt endast när våldsfrekvensen är mindre förekommande
4. <i>Ångest</i>		Få studier
Panikångest med agrofobi	Partnerassisterad; KBT exponering	Effektivt i 54-86% av alla fall
OCD	CBCT med exponering och träning; psykoedukativa interventioner	Mer eller lika effektivt som individualterapi
PSTD	CBCT & EFCT	Symptomlindring, ökad tillfredsställelse för partnern
5. <i>Depressiva syndrom</i>		
Depression	SCT; EFTC, BCT, CBCT, coping inriktad parterapi, par-korttidsterapi, familjeterapi, korttidsterapi (Mc Masters modell), BFT	4 konklusioner; 1. CFT är bättre än ingen terapi; 2. CFT lika effektivt som IT; 3 Parterapi och kognitiv terapi lika effektivt; När det också förekommer relationsproblem är parterapi första val
Bipolära syndrom	Medicinering + FT tillsammans med psykopedagogik ; systemisk terapi med nätverket; lösningsfokuserad gruppterapi, familje psykopedagogik	Minskar återinsjuknande; minskar relationell och omsorgspersoners stress och oro
6. <i>Alkoholmissbruk</i>	Socialt beteende nätverksterapi (SBNT) CT med MI; korttidsterapi och KBT	Starkt stöd för att CFT är effektivt – stora grupper med SBNT visade att det var mer kostnadseffektivt och lika effektiva resultat som IT
7. <i>Schizofreni</i>	Medicinering + psykopedagogik i olika konstellationer	Effektstorlek för återinsjuknande och hospitalisering; 1-2 år 0.32 respektive 0.48
8. <i>Kronisk fysisk sjukdom</i>	CT & FT, multi-familjestöd, stödgrupp av omsorgspersoner	Starkt stöd för CFT: små effektstorlekar 0.28 till =.35

Tabell 1. Interventioner uppdelat utifrån problemområden (Carr, 2014b.)

## Systemisk terapi med barn och unga (Carr, 2014a)

Problem område	Intervention	Styrka
<b>1. Problem under spädbarns-åren</b>		
Sömnpromblem	Systemisk (ospecificerad)	Avsevärt effektivare än medicin på lång sikt
Uppfödningssproblem	Familjeterapi (ospecificerad)	Effektivt
Anknytning	FT, VIPP, barn och föräldraterapi	Effektivt
<b>2. Misshandel och omsorgssvikt</b>		
Fysiskt våld och omsorgssvikt	KBT för fysiskt våld; samspelsbehandling med barn och föräldrar, MST för fysiskt våld och omsorgssvikt	Effektivt för att minska risken för framtida våld och omsorgssvikt
Sexuella övergrepp/våld	Mest traumafokuserad KBT – målet att reducera trauma, öka livskvalitet, stärka stödjande relationer	Första val för behandling
<b>3. Beteendeproblem</b>		
Utåtagerande beteende	Föräldrastöd: video feedback och utvalda videovinjetter; Eybergs föräldra-barn samspelsträning; (förskoleåldern) De Otroliga Åren; Triple-P	FT mycket mer effektivt än individualterapi (effektstorlek 0.45 jämfört med 0.23) Att inkludera fäder är en positiv faktor för resultatet
Uppmärksamhets och hyperaktivitet	Medicin, FT, föräldrastöd, skolbaserade interventioner	Medicin hjälper initialt men verkar klinga av efter 3 år; FT eller FT +medicin är första val
Uppförande-störning	BSFT; FFT; MST; MDFT	Effektstorlek 0.7. Dessa modeller är första val
Drogmissbruk under tonåren	BSFT; FFT; MST; MDFT	Effektiva: Dessa modeller är första val
<b>4. Emotionella problem</b>		
Ångest (separationsångest, selektiv mutism, fobi, social ångest, generaliserat ångestsyndrom)	FT, CBFT (Vänner)	Lika effektivt som IT, även mer effektivt när förälder också har ångest – förbättrar familjerelationer
Skolvägran	FT	Bättre än IT: Första val
OCD	Medicinering; FT	FT bättre än enbart medicin; Första val FT + medicin
Depression	ABFT; barnfokuserad KBT; interpersonell terapi; psykopedagogik	Lika effektivt som IT,; återfall i 2/3-3/4 av fallen
Sorg	FT + IT	Lovande
Bipolaritet	Psykopedagogik;	Hjälp i familjerelationer, ökar kunskap; reducerar maniska och depressiva symptom
Självskade- beteende	ABFT, MST, DBT kombinerat med multi familjeterapi; nätverksterapi med speciellt utvalda personer	Lika effektivt som IT; resultaten pekar på förbättrad anpassning
<b>5. Åtstörningar</b>		
Anorexia nervosa	FT (Maudsley modellen den mest utforskade)	-2/3 uppnår hälsosam vikt: efter sex år 60-90% har tillfrisknat fullt, 10-15% är fortfarande allvarligt sjuka. FT första val
Bulimia nervosa	FT (Maudsley modellen)	Lika effektiv som KBT Lovande
Obesity	FT SOFT systemisk och lösningsfokuserad modell (Malmö modellen)	Vid sexmånaders-uppföljning: 70% visade helt eller delvist tillfrisknande
<b>6. Somatiska problem</b>		
Enures	Familjträning med larm	60-90% blir torra
Encopres	Multimodal intervention – medicinsk bedömning och intervention+BFT; narrative FT	Viss evidens för att narrative metod är överlägsen
Ihållande magsmärta	BFT	4 studier visar goda resultat

Dåligt kontrollerad astma	FT (ospecificerad)	FT mer effektivt än IT
Dåligt kontrollerad diabetes	FT (ospecificerad)	Effektivt; Första val
7. Psykos.första episod	Medicinering+multi-familj; psykopedagogik	Verkar minska återfallsfrekvens

Tabell 2. Interventioner uppdelat utifrån problemområden (Carr, 2014a).

### Kommentarer till Carrs studier

Carrs studier (tabell 1 och 2) visar att systemisk par och familjeterapi tycks vara verksamt och är första val när det gäller många typer av problemställningar. Men att tolka resultaten är inte helt okomplicerat då själva behandlingarna ofta är ospecificerade och det är ofta svårt att utläsa vilken typ av behandling som ges. Det saknas också till stor del en jämförelse mellan olika behandlingsmodeller. Termen ”systemisk” tycks ha en generell innebörd, såvida man inte betraktar alla interventioner som systemiska – oavsett vilken teori de bygger på – så länge paret, familjen eller nätverket är de som är föremål för behandlingen. Det gör det svårt att veta vilka aspekter eller komponenter som betraktas som verksamma i terapin.

Vad som inte framgår tydligt vid en hastig blick är att ”de fyra stora” (FFT, MST, MDFT och BSFT) är de behandlingsmodeller som har studerats mest noggrant. 82 % av all familjeterapiforskning har hittills fokuserat på dessa (Sexton & Datchi, 2014). De är också manualbaserade och tydliga till innehåll och struktur.

En allmän slutsats från Carrs studie är att även om man inte får kunskap om specifika modellers effektivitet så får man tungt belägg för att själva konstellationen har stor betydelse. Att arbeta med paret, familjen och nätverket ger tydlig effekt och det är ett antagande som stöds av övriga översiktsstudier som vi undersökt.

### Tre systematiska studier av interventioner med systemisk terapi presenterade av von Sydow med flera

De tre översiktsartiklarna publicerade av von Sydow och hennes kollegor är lite ovanliga – och därför av särskilt intresse – eftersom de hade ett öppet angivet politiskt syfte i att lyfta fram och belysa den systemiska terapins starka effekter (Retzlaff m.fl., 2013; von Sydow m.fl., 2010, 2013). I sitt hemland Tyskland nådde de sitt mål och den systemiska terapin blev erkänd som evidensbaserad. Deras forskningsmetod gick ut på att först skapa en operationell definition av ”systemisk terapi” och sedan söka i litteraturen för att hitta studier som stämde med den definitionen. Dessa resultat jämfördes sedan med effekter av andra modeller. Vi

börjar med att presentera deras resultat i de tre kategorier som de använde: effekterna av systemisk terapi för vuxna, barn och ungdomar med internaliserade symptom och barn och ungdomar med externaliserade symptom.

### ***1. Jämförelse av effekterna hos vuxna***

Von Sydow och hennes kollegor (von Sydow m.fl., 2010) gjorde följande jämförelser i sin analys av materialet från 38 randomiserade kontrollerade studier (RCT) av vuxna patienter. I 34 av 38 studier visar sig systemisk terapi ge antingen betydligt större effekt än i kontrollgruppen jämfört med dem som inte fick någon terapi alls, eller med de som fick andra evidensbaserade interventioner (t.ex. KBT, psykopedagogiskt familjestöd, gruppterapi eller antidepressiva/antipsykotiska läkemedel). Jämförelsen visade särskilt goda resultat när det gällde förstämningssyndrom, ätstörningar, drogmisbruk, psykosociala symptom relaterade till sjukdomstillstånd samt schizofreni. Antalet fall där patienter avbröt behandlingen var lägre för systemisk terapi än för andra metoder. Man fann inga negativa effekter eller biverkningar av terapin. Det framgick också av studien att systemisk terapi i vissa fall inte var tillräckligt t.ex. när det gällde schizofreni, heroinberoende och allvarlig depression, men att behandlingsresultaten förbättrades när man kompletterade med andra terapeutiska interventioner eller medicinering.

### ***2. Jämförelse av effekterna hos barn och ungdomar med internaliserade eller andra symptom***

Von Sydow och hennes kollegor (Retzlaff m.fl., 2013) gör i princip exakt samma iakttagelser i sin studie av systemisk terapi med barn och ungdomar med internaliserade symptom och andra svårigheter som de gjorde i studien av interventioner med vuxna som beskrivs ovan. I 33 av 38 randomiserade kontrollerade studier ”gav systemisk terapi betydligt större effekt än i kontrollgrupper utan någon systemorienterad intervention, eller så gav systemisk terapi större effekter än andra evidensbaserade interventioner” (s. 642; egen översättning). Deras slutsats var att ”systemisk terapi i sina olika sammanhang (familj, grupp, ”multifamiljeterapi, individualterapi) har goda effekter i behandling av barn och ungdomar med internaliserade symptom, exempelvis psykiska störningar som förstämningssyndrom och ätstörningar samt andra psykologiska svårigheter som kan påverka en fysisk sjukdom” (s. 644; egen översättning).



### **3. Jämförelse av effekterna hos barn och ungdomar med externaliserade symptom**

De (von Sydow m.fl., 2013) drog i stort sett identiska slutsatser av studierna beskrivna ovan. I sin jämförelse av studier av systemisk terapi med barn och ungdomar med externaliserade symptom, hade systemisk terapi i 42 av de 47 studierna betydligt större effekter jämfört med de som inte fick någon behandling alls eller de som fick annan evidensbaserad behandling. Systemisk terapi hade också tydligt positiva effekter ”inom flera olika områden (primära och sekundära psykiska symptom, förbättrade familjerelationer asocialitet och förbättrade studieresultat” (s. 608). En annan intressant iakttagelse är att familjernas engagemang är högre och de slutför behandling i högre grad i systemisk terapi i jämförelse med andra behandlingsinriktningar. Slutligen är resultaten mer långvariga, och inga negativa resultat har noterats.

Von Sydow och hennes kollegor poängterar också att det är mycket intressant att trots att den systemiska terapin vanligtvis ignoreras inom ADHD-forskningen så pekar deras studier på att systemisk terapi är en intervention som ger goda effekter för den diagnosen.

#### **Kommentarer till studierna gjorda av von Sydow m.fl.**

Enligt de kriterier som föreslås av Sexton m.fl. (2011) kan många av de interventioner som von Sydows forskargrupp hänvisar till som bäst passa under kategorin ”lovande” av den enkla anledningen att enstaka RCT-studier inte räcker för att en intervention ska betraktas som ”fullt evidensbaserad”. Det är svårt att göra en bedömning av de tre analyserna som helhet och det kompliceras ännu mer av det faktum att de inkluderar många olika typer av terapeutiska interventioner som i sin tur är baserade på olika teorier och tillämpade i olika konstellationer. Många av metoderna saknar manual, vilket ökar svårigheterna ytterligare när det gäller att bedöma deras totala värde.

Forskargruppen argumenterar att de olika interventionerna delar teoretisk grund som är tillräckligt gemensam för att de olika behandlingsmodellerna ska kunna likställas. Kanske är den verkliga styrkan av de tre analyserna desamma som det vi angav för Carr. Återigen finns det starka indikationer på att det ofta är arbetet med konstellationen (paret, familjen, nätverket) som ger effekt, oavsett vilka teorier som används.

## **Strattons presentation av evidensbasen för systemisk par- och familjeterapi (SFCT – systemic family therapy and couples therapy), (Stratton, 2001)**

Strattons syfte är att presentera den allmänna evidensbasen för SFCT. För att göra detta använder han studierna som gjorts av Carr och von Sydow m.fl., vilka presenterats i den här artikeln. Han citerar också i stor utsträckning Shadish och Baldwins arbete (2003), *”där författarna genomförde en metaanalys av 20 metaanalyser av par- och familjeterapi, det är därmed en meta-meta analys. Den genomsnittliga effektstorleken för alla metaanalyser var .65 efter familjeterapi och .52 vid en uppföljning sex till tolv månader senare”*(Stratton, 2011; s. 8. Egen översättning). Effektstorlek (d) .20 betraktas som liten effekt, .50 medelstor effekt och för att betraktas som stor effekt bör man uppnå .80 enligt Cohen. (Se, Lipsey, M.W. & Durlak, J.A. 1991) Stratton drar tre viktiga slutsatser utifrån Shadish & Baldwins metaanalys:

1. Interventioner för par och familjer är klart verkningsfulla jämfört med ingen behandling alls.
2. Sådana interventioner ger minst lika stora effekt som andra modeller, som exempelvis individualterapi, och kan åtminstone i vissa fall ge större effekter.
3. Det finns få belegg för särskiljande effekter hos de olika modellerna när det gäller familje- och par-terapi, särskilt om man kontrollerar för dämpande och stödjande variabler (som till exempel terapeutens kvalifikationer, problemets intensitet vid terapins början och socioekonomiska faktorer; Stratton, 2011; s. 8).

Även Peter Stratton menar att ”de fyra stora” (MDFT, MST, FFT and BSFT) är de mest omfattande och välgjorda studierna. Han inkluderar också systemisk parterapi trots att han refererar till en enstaka RCT-studie (Leff m.fl., 2000).

Han finner inga nackdelar med systemisk par- och familjeterapi. Han medger dock att det behövs mer forskning, och menar att även om de befintliga fynden är positiva, så ”är evidensbasen begränsad” (s. 26). Han nämner särskilt skillnaden mellan ”efficacystudier” och ”effektstudier” (studier genomförda i särskilt avsedda forskningsmiljöer och studier utförda i klinisk vardag; se t.ex. Weisz, 1999; Hunsley & Lee, 2007).

I stort sett både speglar och bekräftar Strattons sammanfattning studierna från Carr och von Sydow. Han skriver också med stor ideologisk entusiasm om systemisk terapi och konstaterar att ”terapi utformade för att behandla individer har en anmärkningsvärd meritlista” och

fortsätter: ”Systemisk psykoterapi för familjer och par erbjuder något helt annorlunda. Den har inte utvecklats genom att ta ut människor från den centrala miljö som de lever i, behandla dem för en ”psykisk sjukdom” eller annan dysfunktion inombords, och sedan placera tillbaka dem i den ursprungliga miljön. I stället sker terapin i deras eget system av nära relationer – det vill säga familjen, som är en enhet för bekymmer och stöd för oss alla” (s. 3; egen översättning). Som kontrast till hans kommentar kan man konstatera att det räcker med en snabb genomgång av litteraturen för att se att systemisk terapi ofta tillämpas i just individsammanhang (Breunlin & Jacobsen 2014).

Hur som helst betonar Stratton att det är relativt litet bortfall i systemisk familje- och parterapi (SFCT), ofta färre än inom traditionell individualterapi (IT) (s. 21). Kostnaderna är inte heller högre (se nästa avsnitt). Det enda man kan ifrågasätta i Strattons sammanfattning har kanske med hans entusiasm för systembaserade interventioner att göra, en entusiasm som eventuellt gör att han tenderar att övergeneralisera värdet av sina forskningsfynd, och får honom att hävda att de är både mer självklara och starkare än de faktiskt är. Värdet av hans sammanfattning är att den ger tydliga och övertygande argument för att använda par- och familjeterapi i större utsträckning genom att den slår hål på myten om det överlägsna värdet av och lägre kostnaderna för individualterapi, och understryker den evidensbas som visar på par- och familjeterapiers positiva resultat.

### **Systematisk studie gjord av Sexton m.fl. (2013) av effekterna av par- och familjebaserade kliniska interventioner mellan 2003 och 2010**

Sexton och hans kollegors systematiska studie undersökte alla enskilda studier och metaanalyser som har publicerats mellan 2003 och 2010. De valde ut studier utifrån konstellationskriterier och valde interventioner som riktade sig till par eller familjer. Det bör nämnas att författarna gjorde en sträng bedömning av kvaliteten hos de studier som de inkluderade. Bedömningen utgick från sju kriterier: interventionen (hur specifik eller generaliserad), typ av kliniska problem, styrkan hos resultaten, patientkaraktäristika, kliniskt sammanhang, studiernas kvalitet samt evidensstyrka. Vidare delar de in interventionerna i tre kategorier: familjebaserade interventioner för barn och ungdomar, parbaserade interventioner för vuxna samt föräldrastödsprogram.

Nedan sammanfattas resultaten för var och en av de tre kategorierna i tabellform.

**Enstaka studier, familje-baserade interventioner med barn och ungdomar, 2003-2010 (Sexton et al., 2013)**

Problemområde	Styrka
1. Barn och ungdomar med beteendeproblem	75 studier: 25 visade positiva resultat 35 visade blandade resultat; 11 visade att FT & PT(föräldrastöd lika bra som andra interventioner; 4 inga resultat. FT rekommenderas som första val
2. Ungdomar med missbruksproblem	23 studier: 9 visade positiva resultat; 13 visade blandade resultat; 1 studie visade inga resultat; 1 meta-analys: FT är framgångsrikt rekommenderas som första val
3. Bipolära syndrom	12 studier: 6 visade positiva resultat; 5 blandade resultat; 1 inte bättre än andra metoder. Bedöms som lovande
4. Depressiva syndrom hos unga	9 studier: 3 visade positiva resultat; 3 blandade resultat; 2 inte bättre än alternativa interventioner; 1 inga resultat Bedöms som lovande
5. Medicinska sjukdomar	12 studier: 6 visade positiva resultat; 6 blandade resultat. Bedöms som lovande

Tabell 3: interventioner uppdelat utifrån problemområden 2003-2010 (Sexton et al., 2013)

Familjebaserade

**Metaanalyser:** Det gjordes bara fyra metaanalyser under den här perioden, och två granskade ett specifikt program, i det här fallet MST. Båda dessa bekräftade interventionens styrka.

**Enstaka studier, parbaserade interventioner 2003-2013 (Sexton et al., 2013)**

Problemområde	Styrka
1. Missnöje med relationen	11 studier: 7 positiva resultat; 3 studier visade att framgången i terapi samvarierar med problemets intensitet
2. Alkohol och drogmissbruk	12 studier: Samma resultat som andra modeller vid avslutad behandling men bättre än andra modeller vid uppföljning; Man antar att reduktion av missbruk samvarierar med relationstillfredställesen hos partnern
3. Otrohet	5 studier: 4 positiva resultat, speciellt effektivt vid våld i nära relation associerat till otrohet
4. Våld i nära relation	2 studier ingen effekt
5. Allmän psykisk ohälsa och depression	5 studier: 1 visade positiv effekt på psykiskhälsa; 1 positiv effekt på depression; 3 visade blandade resultat vid depression

Tabell 4: Par-terapi interventioner uppdelat utifrån problemområden (Sexton et al., 2013)

**Metaanalyser:** Två metaanalyser inkluderades, en inriktad på depressiva syndrom som visade på positiva resultat för tillfredsställelsen i relationen men inte för depressionen. Den andra fokuserade på alkohol- och drogmissbruk. Par-terapi visar sig här vara överlägsen andra terapimodeller, och rekommenderas som första val.

**Studie av föräldrastöd 2001-2010 (Sexton m.fl., 2013)**

Förkortningar: **BPT** – Behavioural Parent Training; **IYPT** – Incredible Years Parent Training; **PCIT** – Parent Child Interaction Training; **PMT** – Parent Management Training; **PST** – Parenting Skills Training; **PT** – general approach Parent Training; **Triple P** – Positive Parenting Program.

Föräldrastödsprogram	Problemområde	Styrka
1. PCIT	Bäst effekt vid beteendeproblem och hyperaktivitet; svagast vid allmänna beteendeproblem; verbal och sexual aggressivitet	9 studier: 3 visade positiva resultat; 3 visade blandade resultat 3 visade inga resultat
2. Triple P	De flesta studier fokuserade på externaliserade symptom	9 studier: 4 hade signifikanta positiva resultat; 2 blandade resultat; 1 visade ingen skillnad
3. IYPT (De otroliga åren)	7 studier: 4 signifikanta positiva resultat; 3 studier pekade på betydelsen av medierande faktorer tex.klientfaktorer, mätmetoder	De flesta studier fokuserade på uppförandestörning
4. PMT	Mest effektivt vid allmänna beteendeproblem, svagast för psykiska hälsoproblem	6 studier: 3 signifikant, positiva resultat; 3 blandade resultat
5. PT	Fokus på beteendeproblem & hyperaktivitet	6 studier: 3 signifikant positiva; 3 blandade resultat

Tabell 5. Interventioner med föräldraträning efter program (Sexton m.fl., 2013)

**Metaanalyser:** Sex analyser. Programmen som ingick: PST, BPT, Triple P, PCIT, IYPT, PMT & PT. Genomsnittlig effektstorlek: 0.44.

**Kommentarer**

När man studerar tabellerna ovan bör man komma ihåg att de omfattar studier som har gjorts mellan 2003 och 2010 i jämförelse med de andra. I den systematiska studien från 2004 (Sexton m.fl., 2004) fann man exempelvis till skillnad från de andra studierna vissa belegg för att parterapi är en verkningsfull behandling av depression exempelvis se Reibstein & Burbach, 2013).

Författarna nämner ett antal saker av allmänt och historiskt intresse.

1. I den första systematiska studien från 1991 som presenterade av Bergen and Garfield visade 200 studier att breda interventioner med par- och familjeterapi hade större effekt än i kontrollgrupper utan behandling i mer än två tredjedelar av studierna, och att par- och familjeterapi hade lika stor eller större effekt än individualterapi när det gällde problem relaterade till konflikt i familjen (Gurman & Kniskern, 1991). Andra systematiska studier har under årens lopp fortsatt att ge starka belägg för att par- och familjeterapi är en framgångsrik metod för många typer av problem. (Gurman, 1973; Gurman & Kniskern, 1981, 1991; Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986; Shadish & Baldwin, 2003).
2. Man konstaterade redan i den första studien, vilket bekräftades i senare studier, att systematiska och strukturerade metoder generellt har större effekter än generella metoder.
3. Mycket tidigt konstaterade man att terapeut- och patientfaktorer har stor betydelse för utfallet. Tre av huvudvariablerna tycks vara den terapeutiska alliansen, modelltroheten samt patientfaktorer (varav socioekonomiska faktorer har stor betydelse).
4. Sexton föreslår också viktiga områden för framtida forskning och praktik. Några förslag är att bredda urvalet av de kliniska problem som studeras, att utvidga CFT-forskningen bortom studier av enbart resultat, att studera de variabler som kan öka effekterna av CFT när den genomförs i klinisk vardag, att införa manualbaserade interventioner om det finns för problemområdet, att genomföra fler jämförande studier och att använda flera olika forskningsmetoder.

### **Jakko Seikkulas arbete**

I vår genomgång har vi som tidigare nämnts i huvudsak redovisat översiktsartiklar men gör ett undantag för vår granne Jakko Seikkulas banbrytande arbete med familj- nätverksterapi när en familjemedlem nyinsjuknat i schizofreni (Seikkula., 2003, 2006). Dessa studier har en kvasiexperimentell design (icke randomiserad). En annan studie undersöker effekten av parterapi där en partner lider av depression och är en randomiserad studie. Samtliga studier har lovande resultat (Seikkula et al., 2013).

## **Kostnadseffektivitet**

De författare vi citerar pekar på behovet av att genomföra mera socioekonomiska analyser och menar att det är en faktor som inte har fått tillräcklig uppmärksamhet i litteraturen. Det betyder bl.a att man undersöker de ekonomiska konsekvenserna när staten eller annan huvudman erbjuder par- familjeterapi eller föräldrastöd. Innebär kostnaderna för den aktuella behandlingen vinster i framtiden t.ex. i form av mindre behov av tjänster, medicin eller annan behandling? Caldwell m.fl. (2007) gjorde med hjälp av tillgängliga data en teoretisk beräkning av lönsamheten av par-terapi med 50 000 par, och kom fram till att det är en mycket lönsam affär. Om deras beräkning är korrekt skulle studier som exempelvis Shadish och Baldwins metaanalys (2003), där de påvisar de goda effekterna av par-terapi, betyda att samhället skulle spara stora summor på lång sikt om staten erbjöd sådan behandling.

Crane och hans kollegors arbete är av stort intresse i det här sammanhanget (Christensen m.fl., 2014; Crane & Christensen, 2012, Crane, Hillin & Jakubowski, 2005; Crane & Payne, 2011. Se även Doherty m.fl., 2014). I och med att de hade tillgång till amerikanska försäkringsbolags databaser kunde de studera ett stort populationsunderlag (ca. 600.000) och resultatet var entydigt: familjebaserade interventioner var inte dyrare – ofta billigare – och gav klart bättre resultat än annan behandling. En oväntad men viktig effekt var att även andra familjemedlemmar, utöver den aktuella patienten, visade sig ha mindre behov av vårdinsatser i framtiden. Detta stod i kontrast till individbaserade terapiformer som inte hade någon effekt på övriga familjemedlemmars vårdkonsumtion. Skillnaderna var slående i fråga om bl. a. kostnader.

## **Reflektioner kring några begreppsmässiga problem**

### **Vad är par-, familj, systemisk terapi?**

Det finns begreppsmässiga och praktiska problem när vi diskuterar ”familjeterapi” eller ”systemisk terapi”. Några av de problemen är kopplade till den komplexa frågan om hur begreppet familj ska definieras (Aasen, 2002; Petitt, 1995; Wirtberg, 1999). Andra bottnar i den kliniska praktiken, där par- och familjeterapeuter arbetar med en mängd olika patientkonstellationer (Breunlin & Jacobsen, 2014), och interventionstyper och ytterligare andra kommer av de olika teoretiska inriktningar som ryms under benämningarna familje-/par-/systemisk terapi.

Av ovanstående framgår att det inte lätt att ringa in kärnan i familjeterapi. Breunlin och Jacobsen (2014), till exempel, gör en distinktion mellan ”Whole Family Therapy” (WFT), definierad som behandling av hela familjen, och ”Relational Family Therapy” (RFT), definierat som arbete med ett delsystem av familjen eller med en individ samtidigt som man behåller ett ”systemperspektiv” (s. 462). Tyvärr leder den här distinktionen bara till ännu fler frågor. Till exempel: Vad är ett ”systemperspektiv”? Inkluderar detta psykodynamisk familjeterapi eller kognitiv familjeterapi? När en patient i individualterapi vill fokusera på sina familjerelationer, förvandlas då den terapimodell som används (vilken den nu är) automatiskt till familjeterapi eller systemisk terapi?

Pinsof (1995) föreslår ett annat förhållningssätt baserat på två grunddistinktioner: *teoretisk inriktning* (den explicita teori som en given modell innehåller) och *konstellation* (den/de som är närvarande när teorin tillämpas som intervention i praktiken – individer, par, familjer, nätverk etc.). Fördelen med detta förslag är att man kan använda det för att systematiskt kategorisera olika teoretiska terapimodeller i praktiken, och i samband med det kanske också underlätta ett mer eklektiskt eller integrerat förhållningssätt.

När man använder Pinsofs förslag för att undersöka området familje-/par-/systemisk terapi (de tre vanligaste benämningarna), framträder en mångfald av både konstellationer och teoretiska inriktningar. Att hitta ett gemensamt begrepp för så olikartade modeller innebär potentiella svårigheter när man vill försöka sammanställa värdet av tillgänglig forskning, och får konsekvenser för hur man planerar framtida forskning. De här svårigheterna kan exemplifieras med hjälp av von Sydows och hennes kollegors studier av ”systemisk terapi” (ST) (2010), där deras operationella definition av ”systemisk terapi” var ”...sådana terapeutiska interventioner som är inriktade på ett par, en familj, grupp, multifamilj eller individ och kopplade till någon av följande systeminriktade författare: Anderson, Boszormeny-Nagy, de Shazer, Haley, Minuchin, Satir, Selvini-Palazzoli, Stierlin, Watzlawick, White, Zuk – eller interventioner som specificeras genom användning av minst en av följande termer: systemisk, strukturell, strategisk, triadisk, ”Milano”, funktionell, lösningsfokuserad, ”narrative”, resurs-/styrkeorienterad, Mc Master-modellen...” (egen översättning, s. 460). Deras metodik för att definiera systemisk terapi kan diskuteras utifrån att de nämner olika terapikonstellationer från individ till nätverk och sedan kopplar dem till förutbestämda författare eller terapeutiska skolbildningar. Detta innebär att man i princip får kunskaps om forskning baserad på visa skolbildningar och/eller författare och det råder viss oklarhet kring



vad som är "gemensamma faktorer för "systemisk terapi". Vad har exempelvis Maria Palazzoli (Milanoskolan) och Michael White (narrativ terapi) gemensamt?

Ett liknande problem stöter vi på i Alan Carrs arbete. Han använder en snävare men samtidigt friare definition för att välja ut studier till sina analyser. I analysen av interventioner för barn och ungdom säger han: "*...en bred definition av systemiska tillämpningar har använts, vilken täcker familjeterapi och andra familjebaserade interventioner, som föräldrastödsprogram eller multisystemisk terapi, som involverar familjemedlemmar eller medlemmar av familjers nätverk i processen att lösa unga människors problem, från födseln upp till 18 års ålder...*" (egen översättning) (Carr, 2014a, s. 107).

I introduktionen av artikeln om arbetet med vuxna säger han: "*En bred definition av systemiska tillämpningar har använts i den här artikeln. Den täcker par- och familjeterapi och andra familjebaserade interventioner såsom psykoedukativa omvårdande insatser och stödgrupper som inkluderar familjemedlemmarnas deltagande i problemlösningsprocessen för vuxna över 18 år.*" (Carr, 2014 b, sid. 159)

Det är tydligt att termen "systemisk terapi" (ST) har börjat användas allt mer. Vid den första internationella forskarkonferensen i systemisk och familjeterapi (*First International Research Conference in Systems and Family Therapy*), som hölls i Heidelberg 2014, ställdes en intressant fråga vid flera tillfällen under de två dagarna: Vad är det för mening och vinst med att använda två termer (*systemisk* och *familje-*) för att beskriva något som förmodas vara en besläktad terapeutisk modell? En annan fråga som ställdes var: Om en viss (systemisk) specifik metod inte är manualbaserad, hur vet vi då att de benämningar som används för att definiera olika terapeuters arbete verkligen syftar på liknande sätt att arbeta?

Till Pinsofs två distinktioner (teori och konstellation) kan man lägga ytterligare två: metod och det definierade problemet. Många familjeterapeuter arbetar i en medicinsk kontext och då utgör de diagnoser som ställts en aspekt av problemformuleringen. Formulering av problem och mål utgör navet kring vilken klienter och terapeut rör sig och är medel för att mäta effekten av arbetet. Sammantaget ger den teoretiska inriktningen, metod, konstellationen och själva problemformuleringen terapeuten ett praktiskt verktyg för att göra sig en föreställning om det som alla terapimodeller handlar om, nämligen att koppla ihop patienters/klienters önskan om hjälp med den valda teorin, och den konstellation där metoden ska tillämpas och

den önskade förändringen ska ske. Detta skulle kunna vara ett möjligt sätt att kategorisera alla terapimodeller och i någon mån undvika den begreppsförvirring som vi pekat på.

Kanske skulle det enklaste vara att använda termen ”systemisk terapi” eller ”interaktionistisk terapi” som en klassificeringsterm för den grupp av terapier som uppfattar sig själva som kontext- och relationsinriktade. Detta liknar den definition av systemisk terapi som Stratton föreslår (2011): *”Systemiska metoder kan användas med en individ, ett par, en familj, en grupp av familjer, yrkesmässiga system och större sammanhang. Oftast ges den till par eller familjer, men alltid med det större eller mindre systemet i åtanke...”* (egen översättning) (s. 7). Vid första anblicken kan detta tyckas rimligt eftersom man påstår att den centrala tanken som stöder ”systemperspektivet” är att människor ständigt existerar i ett nätverk av relationer, och att deras sätt att fungera kommer att ha avgörande inflytande på individens upplevelser i allmänhet och på det sätt som svårigheter hanteras och så småningom löses i synnerhet. Men eftersom det är svårt att tänka sig att någon terapeut med annan teoretisk inriktning (exempelvis psykodynamisk eller kognitiv) skulle argumentera emot denna tanke, så är en sådan klassificering inte till särskilt stor hjälp. (Det kan nämnas att det finns allt fler tecken på att KBT-metoder används på ett systeminriktat sätt. Se exempelvis Dummet, 2010).

Pinsof identifierar två primära distinktioner, konstellation och teori, för att beskriva olika aspekter av terapi. Om vi börjar med t. ex konstellationen skulle termerna *”individ, familje-”* eller *”parterapi”* utgöra en distinktion som sedan kan förfinas med hänvisning till teoretisk inriktning (systemisk, beteende-, kognitiv etc.). Vi föreslår här att användandet av metod utgör en tredje distinktion och definitionen av problem den fjärde. På detta sätt skulle i princip all terapi kunna klassificeras.

Pinsofs tankar skapar dock ett möjligt problem för den primära klassificeringen (”systemisk”) som används av von Sydow och hennes kollegor. Deras studie från 2010 omfattar 38 enskilda RCT-studier som representerar en stor variation av olika behandlingsmetoder, av vilka många inte är standardiserade (d.v.s. inte manualbaserade). Om vi undersöker de aktuella interventionerna ur två olika perspektiv blir problemet tydligare. Om vi för det första intar det definierade problemets perspektiv – exempelvis kategorin affektiva störningar/depression – i samma studie, kan vi konstatera att följande behandlingsmodeller används:

Systeminriktad par-terapi (Friedman, 1975)  
Systemisk par-terapi (Jones och Asen, 2000/2002)  
Lösningfokuserad individualterapi (Knecht & Lindfors, 2004)  
Problemorienterad systemisk familjeterapi (Miller m.fl., 2005)  
Familjeterapi (McMaster-modellen) (Fabbri m.fl., 2007)  
Gruppterapi för multifamiljer (Lemmens m.fl., 2009)

Om vi för det andra plockar ut en undergrupp av interventioner som identifieras med samma namn – i detta fall ”*systemisk familjeterapi*” – hittar vi elva studier av systemisk familjeterapi. Åtta i kombination med medicinering, tre som följde Milanomodellen, en som fokuserade på användningen av paradoxer, en som kombinerades med MRT (magnetisk resonanstomografi) och en som var baserad på strukturell familjeterapi (Minuchin). Återigen ser vi att vad som kallas ”systemisk terapi” kännetecknas av stor variation av teorier och metoder såväl som konstellation.

Om vi ska undersöka specifika interventioner för specifika problem är klassificeringen viktig för båda delarna (interventionen och problemet), annars är det svårt att sammanställa forskning för att förtydliga och stärka evidensbasen. Vad säger det oss till exempel om vi upptäcker att en enstaka RCT-studie av SFT visar goda resultat, precis som en enstaka RCT-studie av familjeterapi enligt McMaster-modellen? I bästa fall är båda studierna (som representerar olika teoretiska inriktningar) lovande var och en för sig och förtjänar att upprepas enligt accepterad forskningspraxis.

Detta är ett problem för forskning inom vårt fält, eftersom det finns för många modeller som skulle behöva underkasta sig studier. Vid konferensen i Heidelberg (se sid. 1) belyste Peter Stratton problemet med ett humoristiskt men allvarligt exempel: Om vi vill skaffa oss evidensbaserad kunskap om alla praktiserade par- och familjeterapimodeller, skulle vi behöva undersöka alla sorters relationssystem multiplicerade med alla tänkbara problem multiplicerade med alla möjliga interventionsmetoder. En sådan beräkning visar att man skulle behöva genomföra minst 98 765 432 RCT-studier! På konferensen diskuterades några tänkbara alternativ till detta förfarande Ett är att använda det som identifierats som gemensamma faktorer (common factors) för olika terapiformer för att skapa ett integrerat eller eklektiskt perspektiv. Även om RCT-studier förblir den ”gyllene standarden”, har forskningsmetoder utvecklats som både utvärderar resultat aspekter och är mer relevanta för

den kliniska verkligheten. Dessa baseras på *deltagarforskning*, där terapeuten och patienter fyller i enkäter efter varje session. Sådana rapporter skickas sedan till en central interaktiv databas, där arbetet utvärderas och terapeuten och patienten erbjuds feedback på sitt gemensamma arbete. Detta kallas ”deltagarforskning med hjälp av måttssystem för feedback” (se exempelvis Breunlin m.fl., 2013; Fraser m.fl., 2012; Pinosof m.fl., 2013; Rohrbaugh, 2014; Sexton & Datchi, 2014; Slife & Wendt, 2007; Sprenkle, 2014; Weisz & Gray, 2007). Sexton & Datchi, 2014). I Sverige använder många Scott Millers skattningsskalor – ORS/SRS inom familjeterapeutiskt arbete (Region Västerbotten 2014)

Vi ska nu kort diskutera vad som utgör en acceptabel evidensbas utifrån Sextons perspektiv.

### **Sextons kriterier för att bedöma styrkan hos evidensbasen av en viss modell**

Det finns ingen specifik, allmänt accepterad överenskommelse när det gäller vilka kriterier som ska användas för att avgöra vilka specifika studier som ska inkluderas för att skapa en samlad bas för evidens. Detta förklarar varför det kan finnas olika uppfattningar om vilka studier som kan användas i systematiska studier och metaanalyser. Se till exempel Strattons (2011) kritik av Cochrane Collaborations systematiska granskning av KBT för depression (Henken m.fl., 2009). (Denna tvist handlar om teoretiska och metodologiska frågor som ligger utanför ämnet för den här artikeln.) Och för att ytterligare komplicera saker och ting saknas det allmänt accepterade kriterier för att bestämma styrkan hos en evidensbas. Ett av de mer intressanta alternativen är det som Sextons forskargrupp anger (Sexton m.fl., 2008, 2011; Darwiche & de Roten, 2014.) De föreslår att man använder tre primära nivåer och fyra sekundära nivåer när man fastställer styrkan av evidensbasen för varje specifik intervention. Tillsammans utgör de officiella riktlinjer som rekommenderas av USA:s Task Force on Evidence-Based Treatments in Family Psychology, division 43 (familjepsykologi). De tre primära nivåerna är:

1. *Evidensinformerad*: När ett behandlingsprogram använder sig av interventioner som stöds av tidigare forskningsresultat, eller följer modeller sammansatta av s.k. ”gemensamma faktorer” (common factors).
2. *Lovande*: Specifika interventioner som har undersökts och i dessa undersökningar har fått preliminära resultat, utvärderingsresultat eller jämförande resultat av hög kvalitet.

3. *Evidensbaserade*: Specifika behandlingsinterventioner som vilar på systematisk evidens dvs. de antas fungera för de kliniska problem som de är utformade för att behandla.

I diskussioner om vad som kvalificerar för specifika evidensbaserad interventioner (punkt 3) föreslås fyra kategorier med stigande evidenskrav. (Vi har översatt kategorierna så texttroget som möjligt.):

1. *Absolut evidens för resultat genererade genom effektstudier i klinisk vardag eller studier i därtill avsedd forskningsmiljö*: interventionen ger tillförlitliga resultat i jämförelse med typiska förbättringsnivåer för givna kliniska problem såsom exempelvis depression.
2. *Relativ evidens för resultat genererade genom studier i klinisk vardag eller studier i därtill avsedd forskningsmiljö*: interventionen ger tillförlitliga, förbättrade resultat i jämförelse med annan behandling.
3. *Effektiva modeller med verifierade mekanismer*: det antas att specifika komponenter i modellen är verksamma.
4. *Effektiva modeller med effekt i olika kontext*: interventionen kan implementeras i olika professionella sammanhang och fungerar för en specificerad grupp av patienter. Modellen kan ”transporteras” mellan olika sammanhang och fortfarande vara effektiv.

Beklagligt nog finns det ingen sådan allmän, enhetlig bedömningsmodell i de studier som presenteras i den här artikeln. Evidensnivån och kriterierna för varje interventionsform är ofta oklar. Den artikel som är tydligast i det här avseendet är den av Sexton m.fl., (2013), där ett utbildat team bedömde och ”betygsatte” varje publicerad artikel (dock inte metaanalyserna, av uppenbara skäl).

### **Utvecklingen för par- och familjeterapiforskningen**

Inom alla vetenskapsområden förändras synen på världen genom ackumulation av systematisk forskning. De frågor som driver forskningen förändras kontinuerligt. Forskning inom par- och familjeterapi är inget undantag. Sexton poängterar att ur ett historiskt perspektiv kan man se att forskningen började med mycket övergripande frågor, som

exempelvis ”Fungerar terapi?” och där man i huvudsak studerade modeller som inte var manualiserade som Sexton kallar ”icke specificerade interventioner”.

Forskarna började sedan ställa olika frågor till följd av sina fynd. Det blev tydligt att allmänna modeller inte var tillräckligt specifika för att besvara frågeställningar som fokuserade på vad det var som terapeuterna gjorde som hade effekt. Den frågan väckte intresset för manualbaserade terapier, eftersom standardiserade interventioner genast blir lättare att mäta, av det enkla skälet att alla terapeuter förväntas göra liknande interventioner.

Detta skapade i sin tur möjligheter för än mer specifika frågor, särskilt när det gällde vilken eller vilka komponenter i standardiserade interventioner som var effektiv(a) med avseende på förändring och resultat.

I takt med att forskningsmaterialet växte, växte också möjligheten att återvända till materialet för metaforskning – forskning om forskningen – eller med andra ord att ställa nya frågor till redan insamlat material. Ett viktigt område som fått mycket uppmärksamhet är idén om gemensamma faktorer: är det möjligt att det finns nyckelkomponenter som är viktiga för resultaten, oavsett vilken teori eller metod det gäller? Inom par- och familjeterapi är vi ganska överens om att så är fallet, och tre sådana allmänna faktorer tycks vara allmänt accepterade: betydelsen av att etablera ”allians” mellan terapeut och patient, att kunna förhålla sig till och hantera interaktion/samspel inom familjen och att förändra interaktion/samspel inom familjen (Sexton & Datchi, 2014).

Många författare nämner att det inte är allmänt vedertaget att terapi, oavsett inriktning, ska underkasta sig empiriska studier. Det är kostsamt och kräver mycket arbete att forska på effekterna av terapi. Så länge terapeuter och deras uppdragsgivare inte låter sig övertygas om värdet av den vetenskapliga aspekten, kommer klyftan mellan terapeuter och forskare att finnas kvar. Många terapeuter avfärdar studier gjorda i därtill avsedd forskningsmiljö (efficacystudier) och menar att de inte är relevanta för klinisk vardag. Detta pekar på att det är viktigt att forskare fortsätter att utveckla metoder som är mer direkt relevanta för terapeuterna i sitt arbete i ”verkligheten”, till exempel att inte bara fokusera på evidensbaserad praktik utan också på praktikbaserad evidens, och i samband med det att stärka dialogen mellan fält och forskning (Sexton & Datchi, 2014; Sprenkle, 2012).

## Forskning och ideologi

I tre av de fyra studierna (Sextons grupp undantagen) är det klart uttryckt att det finns ett ideologiskt syfte som motiverar författarnas arbete. För Carr, Stratton och von Sydow och deras kollegor är det viktigt att lyfta fram värdet av det som de identifierar som systemisk terapi. Carr och Stratton uppnår detta genom att förutsätta någon form av isomorfi mellan par- och familjeterapi (CFT) och systemisk psykoterapi, medan von Sydow och hennes kollegor är tämligen öppna med sin intention att lyfta den systemiska terapin till en evidensbaserad modell i sin egen rätt. Naturligtvis är det inte bara familjeterapeuter och "systemiker" som använder sig av den här retoriken. Även inom andra inriktningar har man en liknande inställning, även om den inte är så öppet uttryckt. Exempelvis när Weisz & Gray (2008) diskuterar hur man bäst kan försöka hjälpa och stödja barn i sin utveckling, inkluderar de enbart interventioner med KBT-inriktning men tillägger i förbigående: "De behandlingar som just har beskrivits ingår i en mycket större skara av interventioner." Senare tillägger de att *"...det dagliga kliniska arbetet karaktäriseras fortfarande till största delen av interventioner som inte vilar på beteende- eller KBT-inriktade principer"* (egen översättning).

Behovet att framhäva en teoretisk inriktning eller konstellationsbaserad modell framför en annan tyder på en konkurrensanda som kan antas höra till det som Imber-Black (2014) kallar "modellernas krig". Det kriget sträcker sig åtminstone tillbaka till när John Watson kastade den teoretiska och metodologiska handsken i form av den behavioristiska modellen (Watson, 1913) – eller kanske ännu längre tillbaka, till de interna striderna i gruppen kring Sigmund Freud. Detta är i stor utsträckning en ideologisk strid, där olika individer eller grupper kämpar för att avgöra vilket som är det "rätta" sättet att tänka. Sådana strider är förstås inte heller okända i vetenskapshistorien. Agendor av det slaget kan hanteras lättare när de är klart uttryckta, som i de tre studier som vi har nämnt. Vår naiva förhoppning är att så småningom konkurrensen mellan modeller minskar till förmån för att samla sig kring det viktigare målet att bedriva terapi på god vetenskaplig grund och inte bara beprövad erfarenhet. Arbetet med gemensamma faktorer är förhoppningsvis en ansats i den riktningen. En icke oansenlig faktor i sammanhanget är naturligtvis att många modeller är kopplade till ekonomiska vinster och inte bara till ideologiska faktorer.

## **Sammanfattande kommentarer om internationell forskning**

Det budskap som framträder i den internationella forskningslitteraturen är tydligt: att familje-/par-/systemisk terapi är en effektiv modell för många sorters problem, både för barn och vuxna. I dess bredaste bemärkelse är sådan terapi bättre än ingen behandling, och oftast är den lika bra som – om inte bättre än – individualterapi. För ett flertal problem är den rentav första val. Normalt kostar den inte mer, och på sikt är den faktiskt ofta billigare än andra interventionsformer (Baldwin m.fl., 2012; Crane, D. R. & Payne, S. H. 2011. Crane, D. R. & Christenson, J. D. 2012, Sexton & Datchi, 2014; Sprenkle, 2012).

Utmaningarna identifieras i många av de artiklar vi har nämnt, till exempel att tillämpa CFT på ett bredare problemspektrum för att se om effekterna kvarstår. Att göra forskningen än mer sofistikerad för att inte bara fastställa om CFT-interventioner är effektiva när det gäller resultaten utan även för att koppla process-variabler till resultaten, att undersöka implementeringsfaktorer i ”verkligheten”, och slutligen förena fält och forskning.

För att bedriva forskning är tydlighet ett grundläggande och konstant krav, både när det gäller konceptualisering (teori) och praktik (metodologi). Först då kan vi pröva påståendena om den metod som vi har valt att följa. Detta stämmer överens med empiriska data som pekar på att hur tydligt och klart metoden är beskriven och terapeutens trohet gentemot modellen samvarierar med resultat.

En sådan hållning innebär att terapeuten är tydlig med den valda modellen (teoretisk inriktning), vilka den ska användas för (konstellation) och hur (generell eller systematisk intervention) samt vilket definierat problem som ska adresseras. Detta skulle underlätta för forskare men underlättar nödvändigtvis inte för kliniker. Den ständiga utmaningen är att etablera en arbetsallians mellan klinisk praktik och empirisk forskning som gynnar alla. – Detta förutsätter att både arbetsgivare som styr arbetsmiljön och anslagsgivare är tillräckligt intresserade och skapar förutsättningar både i form av tid och medel.



## **Svensk familjeterapiforskning.**

Vad gäller svensk svensk familjeterapiforskning saknas tillräckligt underlag för att göra en metastudie så här presenteras en systematisk översikt. Svensk familjeterapiforskning startade i mitten av 1970 talet. Den hade tre tydliga målsättningar. Den första var att utveckla och pröva metoder att studera processerna i välfungerande ”normalfamiljer” och likheter och skillnader mellan dessa och processerna i familjer där i första hand barn och ungdomar men ofta även föräldrarna visade psykiska symtom eller beteendestörningar, som man sökt hjälp för, ”kliniska familjer”. Den andra målsättningen var att studera om och hur processerna i de kliniska familjerna förändrades av familjeterapi eller par-terapi. Den tredje målsättningen var att mäta effekten av familjeterapi i grupper där den unge visar olika diagnossymtom eller där paret hade sökt hjälp för problem i relationen. I denna artikel redovisas endast det sistnämnda målet i likhet med den del av artikeln som presenterar internationell effektforskning.

Gustafssons (1987) studie av psykosomatiskt pålagrad astma hos barn, 4 – 14 år, gjordes med en randomiserad korsad design (cross over design) av 18 familjer. Dessutom ingick en liten kontrollgrupp bestående av sex barn som fick ”behandling som vanligt” (TAU, treatment as usual,) det vill säga enbart pediatrik behandling. Behandlingen var strukturell familjeterapi (Minuchin, 1976) med inslag av kommunikationsterapi (Satir, 1967). Resultatet mättes framför allt som förbättring av olika astmasymtom som klinisk, pediatrik bedömning, ”peak expiratory flow ”(mätning av det högsta flödet man kan blåsa ut) nedsatt allmäntillstånd och behov av steroidpreparat. Ingen motsvarande förändring påvisades i de familjer som väntade på behandling i cross over designen respektive i TAU gruppen. Familjefunktion före och efter behandling mättes med observatörsskattningar av inspelade sessioner. Familjerna med ett astmatiskt barn var mer dysfunktionella före behandlingen än en kontrollgrupp av familjer med ett kroniskt sjukt barn (välinställd diabetes) samt en ”normalgrupp” familjer utan somatiska eller beteendeproblem hos barnen. Terapeuternas ”modelltrohet” (adherence) till terapimodellen studerades med en manual utvecklad av Gustafsson (1987). Sex terapiområden bedömdes i 30 minuters perioder för sex familjebehandlingar. Terapeutens grad av modelltrohet relaterades till förändring i familjeprocesserna.

En pediatrik studie (Flodmark m fl. 1993) använde familjeterapi i en randomiserad kontrollerad behandling (RCT) av gravt överviktiga (obesa) barn. Barnen och deras föräldrar -

44 barn, 10 – 11 år - fördelades slumpvis antingen till enbart dietråd, pediatrik kontroll och rådgivning eller till detta plus familjeterapi. Dessutom hade man en obehandlad kontrollgrupp av 50 jämnåriga barn. Familjeterapin använde strukturella och lösningfokuserade metoder. Man fann en lägre ökning av BMI (Body Mass Index, kg/m<sup>2</sup>) i gruppen som fått familjeterapi, färre barn hade svår obesitas i den gruppen (5 % jämfört med 29%) och barnen hade bättre fysisk kondition vid 1 års uppföljningen jämfört med kontrollgruppen. Ytterligare en studie av 54 kraftigt överviktiga barn och ungdomar visade en markant sänkning av BMI och förbättrad självkänsla i gruppen som behandlats med familjeterapi i tillägg till den vanliga pediatrika behandlingen (Nowicka, Flodmark 2011).

Sundelins (1999) studie omfattade en serie familjeterapier där grupper av familjer med ett barn med omfattande externaliseringssymtom (utåtriktat problemskapande beteende) behandlades med hela familjen inlagd på en behandlingsenhet inom BUP eller socialtjänst i olika delar av Sverige. Man gjorde ingen systematisk DSM diagnostisering av barnen, men forskaren ansåg att de flesta hade ODD/CD och/ eller ADHD. De hade oftast både internaliserings (inåtvända)- och externaliseringssymtom mätt med CBCL (Child Behavior Check List, Achenbach 1991). I huvudstudien deltog 109 familjer, 86 av dessa följdes upp sex månader efter behandlingen. Man hade en kontrollgrupp bestående av tolv familjer som fick stå på väntelista. Vid starten var skillnaden mellan enheterna beträffande symtombild hos barnet och familjefunktion så små att man ansåg att enheterna kunde analyseras tillsammans. Författaren analyserade även de 5 enheterna separat, vilket innebär en ”repeated measures design”, accepterad som psykoterapiforskningsmetod, efter RCT (randomiserad kontrollerad studie) och randomiserad cross over design, av amerikanska psykologförbundet (APA 1993). Den multimodala behandlingen bestod av huvudsakligen strukturell familjeterapi kombinerat med grupp- och miljöterapi under fyra veckors inläggning. Resultaten visade efter terapin en minskning av både internaliserings- och externaliseringssymtomen hos barnen och minskning av mödrarnas psykiatriska symtom (mer än 1 standardavvikelse - SD, vilket bedöms som gott behandlingsresultat).

Den multivariata analysen av de 5 enheterna visade förbättring av beteendeproblemen och de psykiatriska symtomen hos barn och mödrar vid samtliga behandlingsenheter. Alla enheter visade även förbättringar av familjefunktionerna. Analysen visade att 30 % - 50 % av familjerna skattades ha förändrats från kliniska till icke-kliniska värden. Vänteliste-kontrollgruppen visade ingen förbättring av barnens och mödrarnas psykopatologi eller av

den självrapporterade familjefunktionen under 1 – 3 månaders väntetid. Kontrollgruppens grad av individuell psykopatologi och familjedysfunktion var helt jämförbar med behandlingsgruppen före behandlingen. En två års uppföljning av 20 familjer visade att den uppnådda förbättringen både av barnens och mödrarnas psykopatologi och den självrapporterade familjefunktionen kvarstod.

I Ulf Wallins (2000) studie använde man ”Maudsley modellen” för familjebehandlingen, som bygger på en strukturell terapimodell. Familjer med 49 ungdomar som diagnostiserats med Anorexia Nervosa (A.N.) studerades vid behandlingsenheter i Lund och Köpenhamn för att identifiera olika subgrupper av familjedysfunktion och dess betydelse för behandlingsförloppet. De flesta familjerna, 41 %, visade alltför starka bindningar mellan familjemedlemmarna men en del familjer, 18 %, hade mer distanserade, likgiltiga relationer. I de senare visade de sjuka flickorna allvarigare symtom och det var svårare att få tillfredställande behandlingsresultat. I en öppen behandlingsstudie av 26 ungdomar med A.N. och deras familjer följdes resultatet upp efter två år. Det visade sig att 65 % hade tillfrisknat, 27 % hade förbättrats och 8 % var fortfarande sjuka. Familjerna var mindre tvångsmässiga och mindre överstarkt bindande i sina relationer till varandra och hade mer balanserade relationer. Gränserna mellan generationerna var normaliserade. Dessa förändringar stämde med Minuchins modell för störningar och förändringar i A. N. familjer. De familjer där patienten tillfrisknat visade störst förändring mot normalvärden i observationsskattningarna. Om familjerna fullföljde behandlingen tillfrisknade 84 % av flickorna, medan endast 46 % av dem, som avbröt behandlingarna, gjorde det.

Funktionell familjeterapi (FFT) har utvärderats av Alexander och andra forskare (Alexander m fl. 2013) under 40 år i USA. Två svenska studier har gjorts i Sverige. En RCT studie i Lund (Hansson m fl. 2000) av 89 ungdomar som tagits av polisen för brott randomiserade dem till FFT eller TAU (gängse socialvård). Man noterade registrerade återfall i brott ett och två år efter behandlingen.

I FFT gruppen återföll 33 % inom ett år och 41 % inom två år. Av TAU gruppen återföll 65 % inom ett år och 82 % inom två år. Resultaten överensstämmer med tidigare amerikanska studier. I FFT gruppen hade symtombelastningen hos den unge enligt CBCL normaliserats från kliniska värden hos 61 % efter två år. Även mödrarnas symtombelastning hade då normaliserats hos 75 %. Familjefunktionen mätt med ”FARS” visade att i de familjer där den

unge inte återfallit hade totalpoängen förändrats från dysfunktionella till funktionella värden hos 76 % av familjerna medan detta endast gällde 24 % i återfallsgruppen. På grund av stort bortfall i efterrapporteringen i TAU gruppen kunde man inte jämföra grupperna beträffande psykopatologi och familjefunktionsvärdena.

En kvasiexperimentell studie i Växjö (Hansson m fl. 2004) av 62 ungdomar visade att efter 18 månader hade 41 % av ungdomarna som fått FFT återfallit i registrerade brott jämfört med 82 % i den grupp som fått gängse socialvård (TAU). Även i denna studie fann man samtidiga förbättringar i ungdomarnas och mödrarnas psykiska symtombelastning.

Multisystemisk terapi (MST) har utvärderats i många Randomiserade kontrollerade studier (RCT) i USA av dess skapare Scott Henggeler (Henggeler m fl. 1998) och andra forskargrupper. I Sverige gjordes en multicenterstudie med sex MST team och 156 familjer i en RCT design. Studien har rapporterats i tre akademiska avhandlingar (Gustle 2006, Olsson 2009, Andrée Löfholm 2011). MST jämfördes med TAU, d.v.s. gängse socialvård. Ungdomarna var 12 – 17 år och hade fått diagnosen beteendestörning (Conduct Disorder). Man noterade behandlingsresultatet 7 och 24 månader efter behandlingsstart. Utvärderingen efter 7 månader visade ingen skillnad mellan MST och TAU grupperna. Båda förbättrades beträffande psykiatriska symtom och båda grupperna minskade i självdeklarerad kriminalitet. Detta överensstämde med registerdata, 41 % i MST gruppen och 43 % i TAU gruppen återföll. Det var ingen effekt på alkohol och droganvändning i någondera gruppen (c:a 30 % hade använt droger). Man lyckades inte påverka valet av asociala vänner. Man noterade ingen förändring i föräldraförmåga, inte heller någon förbättring av de ungas skolnärvaro. De familjer som fullföljde MST behandlingen visade mer minskning av psykiatriska symtom och återföll mer sällan i brott (27 %, vid avbruten behandling 75 %). Föräldraförmågan förbättrades också mer i de familjer som fullföljde behandlingen. Man mätte terapeuternas ”modelltrohet”. Den var relativt låg jämfört med USA studierna. Det var dock ingen skillnad i resultat beroende på om en behandlingsenhet hade låg eller hög modelltrohet.

Andrée Löfholm (2011) rapporterade uppföljningen av MST studien efter 24 månader. Psykiatriska symtom hos ungdomarna minskade och även självdeklarerad brottslighet minskade. Registrerade brottsåterfall minskade under 6 månader före 24 månaders uppföljning i båda grupperna, MST 33 %, TAU 23 %. Medan alkoholkonsumtionen ökade minskade drogrelaterade problem. Inga skillnader mellan grupperna beträffande dessa resultat

var statistiskt signifikanta. Långtidseffekten av båda behandlingarna var således likvärdig. Grad av modelltrohet samverkade inte med resultaten i studien. Senare analys av modelltrohet i ett större svenskt MST material visade däremot det förväntade sambandet mellan hög modelltrohet och bättre behandlingsresultat (Andrée Löffholm 2011).

En familjeterapiform som kombinerar terapi med placering i fosterhem ”Multidimensional Treatment Foster Care” (MTFC), (Chamberlain 2003) redovisas i en akademisk avhandling av Kyhle-Westermarck (2009). Det är en multimodal behandling baserad på social inlärningsteori och familjesystemteori för ungdomar som på grund av svåra och omfattande psykiska och sociala missanpassningsproblem inte kan vistas i sina familjer under behandlingstiden. Behandlingen består av korttidsvård (8 – 12 månader) i familjehem, där familjehemmet får handledning dagligen, ungdomen får individuella therapistsamtal och denne tillsammans med den biologiska familjen får samtidigt förlöpande familjeterapi. I studien deltog 35 ungdomar, 12 – 18 år med CD diagnos och randomiserades till MTFC eller TAU (vanliga fosterhem). Mätinstrumenten CBCL, (Child Behaviour Check List), YSR (Youth Self Report, Achenbach, Rescorla 2001) visade att ungdomarnas psykiatriska problem minskade i båda grupperna, men mest i MTFC gruppen, mellan behandlingsstarten och uppföljningen efter 2 år (72 % i MTFC gruppen och 36 % i TAU gruppen reducerade symtampoängen minst 30 %). Studien visade framför allt att avbrott i placeringen/behandlingen var avsevärt lägre i MTFC gruppen. Efter 6 månader hade 2,7 ggr fler avbrutit behandlingen i TAU gruppen. Efter 12 månader hade 13 % avbrutit behandlingen i MTFC gruppen mot 45 % i TAU gruppen.

Vad gäller studier av par-terapi så är den enda effektstudien av par-terapi som gjorts i Sverige en studie av 312 par behandlade vid sex familjerådgivningscentraler i Västsverige (Lundblad 2005). Författaren gjorde en noggrann undersökning av vilka metoder de 16 deltagande familjerådgivarna använde. Metoderna beskrevs som en flerdimensionell ansats bestående av inslag av systemisk, lösningsfokuserad, pedagogisk och kognitiv metod. Resultatet visade att hälften av paren hade vid behandlingens början mycket allvarliga relationsproblem mätt med självvarsformuläret DAS (Dyadisk Anpassning, Dyadic Adjustment Scale, Spanier 1976) och många psykiatriska symptom mätt med SCL 90 (Symptom Check List, Fridell m fl. 2002) jämfört med en grupp normalfamiljer. Det gällde särskilt kvinnorna, som exempelvis rapporterade depression i 56 %. Efter terapins avslutande låg 60 % av männen och 43 % av kvinnorna inom normalområdet för DAS. Vid uppföljning hade 54 % av både män och

kvinnor förbättrats motsvarande 1 SD efter behandlingens avslutande. För SCL 90 var förbättringen motsvarande 1 SD 51 % av männen och 54 % av kvinnorna, 73 % av männen och 78 % av kvinnorna låg då inom normalområdet för SCL 90. Förändringarna från behandlingsstart till 2 års uppföljning var medelstora eller höga beträffande äktenskapsrelationerna, DAS (Cohens  $d$  .70 - .71) och individuell psykopatologi, SCL 90 (Cohens  $d$  .70 - .76) för män respektive kvinnor. Studiens svaghet var ett stort bortfall (50 %) av självrapporteringen efter behandlingen. En bortfallsanalys visade emellertid att det inte var någon skillnad mellan bortfallsgruppen och dem som fyllde i formulären i fråga om deras svar före behandlingen, d.v.s. bortfallet föreföll vara slumpmässigt och inte snett.

### **Andra familjebaserade terapier.**

De sista tio åren har olika föräldrastödsprogram börjat användas i Sverige som allmänna, förebyggande metoder för att stödja föräldraskap och som del i behandlingen av barn med utagerande, trotsigt, aggressivt problemskapande beteende. De flesta programmen har utvecklats i USA och baseras på social inlärningsteori. De fyra mest använda; Cope, De Otroliga Åren, Komet (utvecklat i Sverige), och Connect (baserat på anknytningsteori) har utvärderats och jämförts med varandra och med en vänteliste- kontrollgrupp i en RCT design (Socialstyrelsen 2015). I studien ingick 1 100 barn, 3 – 12 år och deras 1 500 föräldrar och den omfattade totalt 104 föräldragrupper. Barnen deltog inte i insatsen. Man fann att alla fyra metoderna var effektiva för att minska symtombelastning hos barnet enligt föräldrarnas rapporter både efter behandlingen och vid ett och två års uppföljning jämfört med före behandlingen. Föräldrarna tyckte även att de minskat sina egna negativa reaktioner på barnens beteende (arga utbrott, fysisk bestraffning), de kände mer tillfredställelse i föräldrarollen, mer tillit till sin föräldraförmåga och mindre stress i sin roll som förälder. Även de 5 % av familjerna som hade de mest symtombelastade barnen och/eller barn med ADHD diagnos uppgav samma typ av förbättringar.

Vad gäller barn som utsatts för våld pågår ett forskningsprojekt med familjebehandling av barnmisshandelsfall (Kjellgren m fl. 2013). Den publicerade pilotstudien omfattar 18 familjer. KIBB (Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel) och är en manualiserad kombinerad föräldra-barn KBT modell. Den består av 16 sessioner dels med föräldrarna och barnen i grupp var för sig dels med varje familj tillsammans. Resultaten visade att föräldrarnas och barnens depressionssymtom minskat. Föräldrar och barn uppgav att föräldrarna använde mindre uppfostringsvåld, föräldrarna rapporterade att de var mindre

inkonsekventa och barnen rapporterade att föräldrarna använde mer positiva uppfostringsmetoder som uppmuntran och beröm. Barnens psykiska symtom inkl. PTSD minskade.

Förälder – spädbarnsbehandlingar har utvärderats i en studie av 80 familjer där man har använt psykoanalytisk behandling (Salomonson 2010). I genomsnitt hade man 26 sessioner med mor och spädbarn (under 18 månader) under 10 veckor. I en RCT design jämfördes resultatet av behandlingen med TAU (det stöd som ges på BVC). Mödrarna hade stora svårigheter i sin modersroll med barnets beteende (t.ex. gnällighet, sömnstörning, uppfödningssproblem) och mor-barn relationen. Resultatet mättes med strukturerade enkäter, intervjuer och bedömda videoinspelade samspel mellan mor och barn före och sex månader efter avslutad behandling. Behandlingsgruppen visade större förbättring av moderns depression (d.39, mätt med EPDS), mor-barn relationen (d.58, mätt med PIR-GAS) och moderns sensitivitet för sitt barn (d.42 mätt med EAS, Emotional Availability Scale) jämfört med kontrollgruppen.

En öppen studie gjordes av 63 mödrar och deras spädbarn (0 – 6 månader) som vårdades på en dagvårdsenhet under sex veckor (Wadsby m fl 2001). Två av mödrarna hade missbruksproblem, 30 hade psykiatriska sjukdomar, oftast depression och ångest och 31 hade allvarliga sociala svårigheter. Målet var att förbättra moderns omsorgsförmåga och underlätta mor-barn samspelet. Metoderna var miljöterapi, pedagogik och Marte Meo inspirerad video feedback av samspelssekvenser. Mödrarna intervjuades tre månader efter avslutad behandling. Oberoende bedömare skattade 10 minuters videoinspelade samspel av mor och barn i en standardiserad situation före och efter behandlingsperioden i fråga om 10 aspekter på mor-barn interaktion (t ex ansvarsfull vård, kroppskontakt, ögonkontakt, verbal kontakt, förmåga att trösta). Det fanns ett samband mellan mödrarnas upplevelse att de utvecklats som förälder (57 av 63) och bedömarnas skattning att den gruppen förbättrats på 6-8 aspekter. Den gruppen som rapporterade bättre kontakt med barnet (46 av 63) bedömdes förbättrad på 3-10 aspekter.

En öppen studie gjordes av 101 familjer (94 mammor och 54 pappor) med 118 barn (medianålder 3, 0-12 år) som deltog i familjebehandling vid fyra olika familjebehandlingsenheter (Neander 2009). Metoderna var miljöterapi, samtal och Marte Meo. Föräldrarna hade sociala svårigheter, led av psykisk ohälsa och mödrarna uppgav låg

livskvalitet och hög stressnivå kopplat till föräldraskapet. Effekter mättes vid två tillfällen och man fann att förbättringen uppmätt vid första tillfället höll i sig, dock i någon mån högre för mammor. Föräldrastress sjönk måttligt ( $d = 0.45$ ) för sammanboende och i högre grad ( $d = 0.73$ ) för ensamstående föräldrar. I någon mån förändrades anknytningsmönster ( $d = 0.28$ ) medan psykisk hälsa ( $d = 0.55$ ) och nuvarande livskvalité förbättrades ( $d = 0.80$ ). Vad gäller barnens beteendesymptom så bedömde föräldrarna att de reducerats ( $d = 0.68$ ) och att problemens påverkan på familjen reducerats ( $d = 0.67$ ).

”Marte Meo och Samordningssamtal” (MOS), (Axberg m.fl., 2006) MOS omfattar två komponenter, Marte Meo som inriktar sig på att hjälpa föräldrar/lärare både i hemmet och skolan och samordningssamtal där föräldrar och lärare träffas regelbundet med hjälp av en samordnare där syftet är att stärka samverkan mellan föräldrar och förskola/skola. En jämförande studie där 33 barn i åldrarna 4-12 år och deras föräldrar och lärare deltog i MOS jämfördes med 16 barn som fick TAU (skoldaghem, personlig assistent, specialpedagogiskt stöd, ingen särskild insats). Vid tvåårsuppföljning uppvisade MOS gruppen en medelmåttig förbättring ( $d = .62$ ) medan jämförelsegruppen uppvisade en försämring ( $d = .01$ ). Studien upprepades i en randomiserad, kontrollerad studie där totalt 99 barn, deras föräldrar och lärare (52 barn i MOS och 47 barn TAU) deltog. MOS uppvisade statistiskt säkerställt färre problembeteenden på TRF (Teacher Rating Scale) efter interventionen än före enligt lärarnas skattningar. Någon sådan skillnad fanns inte i TAU gruppen. När det gäller SESBI (Sutter Eyberg Student Inventory) fanns statistiskt säkerställda skillnader både i MOS och TAU gruppen (Folkhälsomyndigheten 2013)

Barn till psykiskt sjuka föräldrar har varit en försummad grupp men 2011 lanserades Beardslees modell i hela landet på initiativ av Nationella Psykiatrisamordningen i samband med ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen 1/1 2010, som innebar krav på information till barn vars föräldrar har psykiatriska eller somatiska sjukdomar eller missbruk. Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom har utvärderats av Pihkala (2011). Modellen består av sex samtal där föräldrarna får stöd att tala med sina barn om sjukdomen och vad den inneburit för familjemedlemmarna. Barnen får hjälp att ställa frågor om sjukdomen, som de inte vågat göra tidigare. I en enkät studie tillfrågades 70 familjer med olika psykiatrisk sjuklighet och barn i åldern 8 – 18 år hur de upplevt samtalen. 76 % av föräldrarna tyckte att de förstod barnens reaktioner bättre och att de kände mindre oro för barnen. Skam- och skuld känslor hade minskat för hälften. Av barnen uppgav 74 % att



de fått mer kunskap om föräldrarnas sjukdom, 59 % att de hade mindre oro och 89 % mindre skuld känslor gentemot föräldern. 54 % mådde själva bättre. Ungefär hälften tyckte att de bättre kunde prata om sjukdomen med föräldrarna efter samtalen. De kände sig mer förstådda av dem och tyckte att de själva förstod sina föräldrar bättre. De yngsta (8 – 11 år) uppgav störst förändringar. Både föräldrar och barn hade således upplevt samtalen mycket positivt.

### **Sammanfattande kommentarer om svensk forskning.**

Medan vi konstaterade i det förra avsnittet att det finns gott om välgjorda studier internationellt av olika typer och former av familjeterapi har sådana varit ganska få i Sverige. Behöver man då svenska studier för att hävda att behandlingen är ”evidensbaserad”, om det redan finns välgjorda RCT studier som betraktas som evidensforskningens guldstandard i andra länder? Skälet för replikering i vårt eget land/kultur är ”transportabilitet”, d.v.s. kan man vara säker på att en metod som gett goda resultat i ett annat land/kultur ger samma resultat här? Ett exempel på att så inte alltid är fallet är forskningen om FFT, MST och MTFC. Den förstnämnda metoden fungerar i Sverige som i USA, enligt de genomförda studierna, medan MST inte gav bättre resultat än den svenska socialvård, som var jämförelsegruppen. Även MTFC fungerar i Sverige som i USA. Den svenska anorexistudien visade också att ”Maudsley modellen”, som studerats i flera forskningsprojekt i England, fungerar i vårt land. Svagheten i den sistnämnda svenska replikeringen är att det är en öppen studie, medan de tre förstnämnda är gjorda med en RCT design.

Ett problem är att den bästa forskningen som gjorts om vissa terapiformer inte speglas i det dagliga kliniska familjearbetet i det postmoderna samhället. Gustafssons astmastudie använde randomiserad cross over design, Sundelin repeated measures design, men den familjeterapimetod, som utvärderades, strukturell familjeterapi, används i dag mycket mindre än andra, utforskade postmoderna metoder. Salomonssons RCT studie av mor-spädbarnspsykoanalys håller en mycket hög vetenskaplig kvalitet, men den terapimetoden är ovanlig i den kliniska mor-spädbarns vården. Att forskning och fält går skilda vägar är ett problem även i andra länder, som påtalats av Sexton (2008), Sexton, Datchi (2014) och Sprenkle (2012).

Den tidiga utvecklingen av familjeterapin präglades däremot av ett nära samarbete mellan forskning och praktik. Salvador Minuchin, Paul Watzlawick och Lyman Wynne var exempelvis både forskare och kliniskt verksamma terapeuter. I slutet av 1990-talet skedde en

förändring då den kliniska familjeterapin kom att domineras av postmoderna filosofiska modeller och intresset för positivistisk forskning var i det närmaste obefintligt. I Norden var språksystemiska terapiformer förhärskande. En av föreläsarna för detta arbetssätt, (som i och för sig inte är oförenligt med positivistisk forskning, jämför med Solomonssons RCT studie av psykoanalys), Tom Andersen (2003) menade att en kvalitativ forskningsmetod ”samforskning” passade modellen bättre. Den metoden har fått ett stort genomslag hos terapeuter. Den är en form av kvalitetssäkring, där familjen får möjlighet att ge feedback till terapeuten hur man upplevt terapin. Metoden kan dock inte användas för att skapa evidens för en metod lika litet som fallstudier.

Att välgjorda effektstudier är så sällsynta i Sverige, har lett till att familjeterapin som evidensbaserad behandlingsform, något som krävs av allt fler vårdgivare, blivit alltmer marginaliserad. För grupperna med normbrytande beteende (Trottsyndrom, Uppförandestörning enl DSM-5) och Anorexia Nervosa finns evidensstudier både internationellt och i Sverige. Beklagligt är att den stora gruppen ungdomar och vuxna med ångestsyndrom och depressiva syndrom inte har varit föremål för familjeterapistudier i Sverige och även mera sällan internationellt. Den mest lovande metoden, ABFT (Anknytningsbaserad familjeterapi) har utvärderats i ett par RCT studier i andra länder. Glädjande nog pågår en sådan studie nu med forskningsbas i Linköping.

## **Avslutande kommentar**

En generell slutsats från vårt arbete är att många olika modeller för systemisk terapi, par-och familjeterapi verkar ge goda effekter vad gäller många olika typer av problem och utmaningar. Om vi bekänner oss till ”Ashbys lag” (Ashby 1956) som pekar på att bara ”variation kan kontrollera variation” så är det rimligt att anta att det rika problempanorama som en psykoterapeut möter kräver en bred repertoar av interventioner. (Risken är att om man bara har en hammare ser hela världen ut som en spik...) Även den mest hängivne anhängare av teorin om ”allmänna faktorer” (common factors) påpekar att även om man accepterar vikten av dessa så betyder det inte att ”allt är lika bra” oavsett kontext (Duncan m.fl., 2013). Exempelvis fäster författarna vår uppmärksamhet på vikten av att studera effekten av terapeutfaktorer och inte bara effekten av olika terapeutiska modeller. De hävdar att terapeuters kompetens fördelar sig längs den berömda klockfördelningskurvan (bell curve) och att detta förmodligen spelar en viktig roll inom alla de modeller som kan påvisa

signifikanta effekter av sina interventioner. Andra faktorer som vi tidigare nämnt och som verkar spela roll för effekterna av terapeutiskt arbete är specifika patient/klientfaktorer, allians, modelltrohet, huruvida interventionerna är strukturerade och systematiska och både terapeutens förmåga att bemöta och hantera problem som uppstår mellan familjemedlemmarna i terapirummet och hjälpa till att hitta och skapa mer konstruktiva sätt att hantera den typ av problem som uppstår.

Kanske är den största utmaningen vi har framför oss att kommunicera och samverka med varandra inom fältet, med ”vårdgrannar” med annan åsikt än oss, med samarbetspartners, med olika terapeutiska skolbildningar, arbetsgivare och politiker. Familjeterapins röst behöver höras och vi behöver förmedla både våra beprövade erfarenheter och en forskningsbas för vårt arbete. Frågan är inte vilken skolbildning eller modell som är överlägsen – snarare behöver vi kontextualisera våra teoretiska kunskaper och modeller för att ge rätt hjälp vid rätt tillfälle. Vi kan också räta på ryggen vad gäller effekterna av vårt arbete, när vi studerar tabellerna i den internationella forskningsöversikten så ser vi att storleken på effekterna är helt i linje med och ofta något över vad som brukar betraktas som god effekt. Inom skolmedicin brukar man räkna med att 0.30 som är normal placeboeffekt plus 0.15 = 0.45 är god effekt (FDA, maj, 2012).

Ordet ”konstellation” har nämnts många gånger i vårt arbete och ibland får vi påminna oss om vad den tekniska termen betyder – familjen och nätverket är nexus för vår existens och det kan sammanfattas med Jim Butchers ord ”Det finns inget som gör dig galnare än familjen, eller lyckligare, eller mer förbittrad, frustrerad eller tryggare...”

## Referenser

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist 14 – 18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.

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

Alexander, J. F., Barrett Waldron, H., Robbins, M. S., Neeb A. A. (2013). *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior Problems*. American Psychological Association, Washington DC.

Andersen, T. (2003). *Reflekterande Processer*. Stockholm: Mareld.

Andrée Löfholm, C. (2011). *Multisystemisk Terapi i Sverige – Evidensbaserad Metod i Nytt Sammanhang*. Akad. Avh. Lund Dissertations in Social Work nr 43. Lund: Lunds Universitet, APA, (1993) American Psychological Association

Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 230-238. doi: 10.1192/apt.8.3.230

Axberg, U., Hansson, K., Broberg, A. G. & Wirtberg, I. (2006) The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. *Family Process* 45: 375-389.

Baldwin, S. A., Christian, S. & Berkeljon, A. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: A meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38 (1) 281-304.

Beavers, W. R. (1981). Healthy, midrange and severely dysfunctional families. In: F. Walsh (ed.). *Normal Family Processes*. NY: The Guilford Press.

Beavers, W.R., Hampton, R. (1990). *Successful Families: Assessment and Intervention*. NY: Norton.

Breunlin, D. C. & Jacobsen, E. (2014). Putting the “family” back into family therapy. *Family Process*, 53: 462-475.

Breunlin, D. C., Pinsof, W., Russell, W. P. & Lebow, J. (2011). Integrative problem-centered metaframeworks therapy 1: Core concepts and hypothesising. *Family Process*, 50: 293-313.

Carr, A. (2014a). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36: 107-157.

Carr, A. (2014b). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36: 158-194.

Cederblad, M., Gustafsson, P.A., Lundin, B. (1987). *CRS – Clinical Rating Scale of Family Interaction Developed by D. Olson: Evaluation and Revision*. Report from Linköping Dept. Child and Adolescent Psychiatry.

Cederblad, M., Höök, B. (1992). *FARS – Family Relations Scale*. Research Report from Linköping Dept. Child and Adolescent Psychiatry.

Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model: Features, outcomes, and progress in dissemination. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*: 303-321.

Cottrell, D. & Boston, P. (2002). Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*: 573-586.

Crane, D. R. & Christenson, J. D. (2012). A summary report of the cost-effectiveness of the profession and practice of marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 34*: 204-216.

Christenson, J. D., Crane, D. R., Beer, A. R., Bell, K. M., & Hillin, H. H. (2014). Family intervention and health care costs for Kansas Medicaid patients with schizophrenia. *Journal of Marital and Family Therapy, 40*: 272-286.

Crane, D. R. & Payne, S. H. (2011). Individual v. Family psychotherapy in managed care: Comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy, 37*: 273-289.

Crane, D. R., Hillin, H. H., & Jakubowski, S. (2005). Costs of treating conduct disordered medicaid youth with and without family therapy. *The American Journal of Family Therapy, 33*: 403-413.

Darwiche, J. & De Roten, Y. (2014). Couple and family treatments: Study quality and level of evidence. *Family Process*, doi: 10.1111/famp.12106.

Doherty, W. J., McDaniel, S. H. & Hepworth, J. (2014). Contributions of medical family therapy to the changing health care system. *Family Process, 53*: 529-543.

Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science, 2004 (4344)*: 856-864.

Dummet, N. (2010). Cognitive-behavioural therapy with children, young people and families: From individual to systemic therapy. *Advances in Psychiatric Treatment, 16*: 23-36.

Durlak, J. A. & Lipsey, M. W. (1991). A practitioner's guide to meta-analysis. *American Journal of Community Psychology, 19*: 291-332.

*Effekter av föräldrastöd: Redovisning av en nationell utvärdering på uppdrag av Socialstyrelsen*. Socialstyrelsen 2015.

Evans, P., Turner, S. & Trotter, C. (2012). *The Effectiveness of Family and Relationship Therapy: A Review of The Literature*. Melbourne: PACFA.

FDA (Food and Drug Administration) (May, 2012) *Guidance for industry: Irritable Bowel Syndrome – Clinical Evaluation of Drugs for Treatment*. U. S. Dept. Of health and Human Services, Food and Drug Administration. Center for Drug Evaluation and research (CDER).

Fisher, J. E. & O'Donohue, W. T. (Eds.) (2006). *The Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. NY: Springer.

Flodmark, C-E., Ohlsson, T., Rydén, O., Sveger, T. (1993). Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy. *Pediatrics*, 91: 880-884.

Fraser, J. S., Solovey, A. D., Lee, M. J. & Greene, G. J. (2012). Integrative families and systems treatment: a middle path towards integrating common and specific factors in evidence-based family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38: 515-528.

Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M., Malling Thorsen, S. (2002) Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan SCL-90. Stockholm: Statens institutionsstyrelse.

Gurman, A. S. (1973). The effects of effectiveness of marital therapy: A review of outcome research. *Family Process*, 12: 45-54.

Gurman A. S. & Kniskern, D. P. (Eds.) (1981). *Handbook of Family Therapy*. N.Y: Brunner/Mazel.

Gurman A. S. & Kniskern, D. P. (Eds.) (1981). *Handbook of Family Therapy*. Vol. 2. Philadelphia: Brunner/Mazel.

Gurman A. S., Kniskern, D. P. & Pinsof, W. M. (1986). Process and outcome research in family and marital therapy. In: A. Bergin & S. Garfield (eds.). *The Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, Vol. 3. (pp. 550-649). NY: Wiley.

Gustafsson, G.A. (1987). *Family Interaction and Family Therapy in Childhood Psychosomatic Disease. A Family Systems Approach to Illness*. Akad avh. Linköping University Medical Dissertations No. 250. Linköping.

Gustle, L-H. (2006). *Implementering och Korttidsuppföljning av Multisystemisk Terapi. En Svensk Randomiserad Multicenterstudie Angående Multisystemisk Terapi*. Akad. avh. Institutionen för psykologi. Lund: Lunds universitet.

*Handbok för uppföljning med hjälp av ORS – Outcome Rating Scale och SRS – Session Rating Scale. Systematisk uppföljning vid utredning, behandling, råd och stöd inom psykosocialt arbete*. (2014) Region Västerbotten.

Hansson, K. (1989). *Familjediagnostik*. Akad. avh. Avd. för barn- och ungdomspsykiatri, Lunds universitet, Lund.

Hansson, K., Cederblad, M., Höök, B. (2000). Funktionell Familjeterapi – en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 3: 231 – 243.

- Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G., Benderix, Y. (2004). Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis: Om behandling av ungdomskriminalitet utanför universitetsforskningen. *Nordisk Psykologi*, 56: 304 – 320.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents*. NY: Guilford Press.
- Henken, T., Huibers, M. J. Churchill, R., Restifo, K. K. & Roelofs, J. J. (2009). Family therapy for depression. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No.: CD006728. DOI: 10:1002/14651858.CD006728.
- Hunsley, J. & Lee, C. M. (2007). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies, and beyond. *Professional Psychology*, 38, 1, 21-33.
- Imber-Black, E. (2014). Eschewing certainties: the creation of family therapists in the 21<sup>st</sup> century. *Family Process*, doi: 10.1111/famp. 12091.
- Kaslow, N. J., Broth, M. R., Smith, C. O. & Collins, M. H. (2012). Family-based interventions for child and adolescent disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38: 82-100.
- Kjellgren, C., Svedin, C-G. & Nilsson, D. (2013) Child physical abuse – experiences of combined treatment for children and their parents: A pilot study. *Child Care in Practice*, 19: 275-290.
- Kyhle Westermark, P. (2009). MTFC – En Intervention för Ungdomar med Beteendeproblem. Akad. avh. Lund Dissertations in Social Work No. 37. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Leff, J., Verneals, S., Brewin, C., Wolff, G., Alexander, B., Asen. E., Dayson, D., Jones, E., Chisholm, D. & Everitt, B. (2000). The London depression intervention trial: randomized controlled trial of antedepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100.
- Lundblad, A–M. (2005). *Kärlek och Hälsa. Parbehandling i ett Folkhälsoperspektiv*. Akad. avh. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.
- Minuchin, S. (1976). *Familjer i Terapi. Strukturell Familjeterapi i Teori och Praktik*. Stockholm: Wahlström och Widstrand.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families, Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Neander, K. & Engström, I. (2009) Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families. In: *Indispensable Interaction: Parents' Perspectives on Parent-Child Interaction Interventions and Beneficial Meetings*. Akad. Avh. Örebro Studies in Medicine, No. 36. Örebro: Örebro universitet.
- Nowicka, P. & Flodmark, C-E. (2011). Family therapy as a model for treating childhood obesity: Useful tools for clinicians. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 16: 129 – 145.
- Olson, D. H., Sprenkle, D. H. & Russel C. S. (1979). Circumplex Model of marital and family systems. *Family Process*, 18: 3 – 28.
- Olson, D. H., Mc Cubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. (1983). *Families: What Makes Them Work?* CA: Sage Publications.
- Olsson, T. (2009). *Crossing the Quality Chasm? The Short-Term Effectiveness and Efficiency of MST in Sweden: An Example of Evidence-Based Practice Applied to Social Work*. Akad. avh. Lund Dissertations in Social Work, No. 34. Lund: Socialhögskolan, Lunds universitet.
- Petitt, B. (1995). Familje? Terapi? Teori? In: K. Hansson & J. Sundelin (Eds.). (1995) *Familjeterapin: Tillämpningar Ur Ett Svenskt Perspektiv* (pp. 358-276) Stockholm: Studentlitteratur.
- Pihkala, H. (2011) Beardslees preventive familjeintervention för barn och föräldrar med psykisk sjukdom. Akad.avh. Umeå University Medical Dissertations, New Series No 1403, Umeå universitet, Umeå.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative Problem-Centered Therapy*. NY: Basic Books.
- Pinsof, W., Breunlin, D. C., Russell, W. P. & Lebow, J. (2011). Integrative problem-centered metaframeworks therapy II: Planning, conversing, and reading feedback. *Family Process*, 50: 314-336.
- Retzlaff, R., von Sydow, K., Beher, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for internalising and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52: 619-652.
- Rohrbaugh, M. J. (2014). Old wine in new bottles: Decanting systemic family process research in the era of evidence-based practice. *Family Process*, doi: 10.1111/famp.12079.
- Salomonsson, B. (2010) "Baby Worries" A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment. Akad. avh. Karolinska Institutet, Stockholm.
- Satir, V. (1967) *Conjoint Family Therapy*. CA: Science and Behavior Books.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research* 16: 214-228.



- Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P. & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: A 2-year randomised trial. *Journal of Family Therapy*, 35: 281-302.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*, 5: 163-182.
- Sexton, T. L., Alexander, J. F. & Mease, A. L. (2004). Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In: M. J. Lambert (Ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5<sup>th</sup> edition, pp. 590-646). Hoboken, N. J: Wiley.
- Sexton, T. L., Coop Gordon, K., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A. & Johnson, S. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process*, 50: 377-392.
- Sexton, T. L., Datchi, C., Evans, L., LaFollette, J. & Wright, L. (2013). The effectiveness of couple and family-based clinical interventions. In: Lambert, M. J. (Ed) (2013) *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6<sup>th</sup> edn.). NY: Wiley.
- Sexton, T. & Datchi, C. (2014). The development and evolution of family therapy research: Its impact on practice, current status, and future directions. *Family Process*, 53: 415-433.
- Sexton, T. L., Kinser, J. C. & Hanes, C. W. (2008). Beyond a single standard: Levels of evidence approach for evaluating marriage and family therapy research and practice. *Journal of Family Therapy*, 30: 386-398.
- Shadish, W. R. & Baldwin, S. A. (2003) Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29: 540-570.
- Slife, B. D. & Wendt, D. C. (2007). The next step in the evidence-based practice movement. In: B. D. Slife (ed.) *Taking Sides: Clashing Views on Controversial Psychological Issues* (15<sup>th</sup> edn.). NY: McGraw-Hill.
- Spanier, G. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 32: 15-28.
- Sprenkle, D. H. (2012). Intervention research in couple and family therapy: A methodological and substantive review and an introduction to the special issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38: 3-29.
- Stratton, P. (2011). *The Evidence Base of Systemic Family and Couples Therapy*. Association for Family therapy, U.K. (The report is available at: [www.aft.org.uk](http://www.aft.org.uk)).
- Sundelin, J. (1999). *Intensive Family Therapy: A Context for Hopes Put Into Practice*. Akad. avh. Lund: Avd. för barn och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.

Von Sydow, K., Beher, S., Schweitzer, J. & Retzlaff, R. (2010). The efficacy of systemic therapy with adult patients: A meta-content analysis of 38 randomised controlled trials. *Family Process, 49*: 457-485.

von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M. W. & Schweitzer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalising disorders: A systematic review of 47 RCT. *Family Process, 52*: 576-618.

Wadsby, M., Sydsjö, G., Svedin, C-G. (2001) Evaluation of an intervention program to support mothers and babies at psychosocial risk: assessment of mother/child interaction and mother's perceptions of benefit. *Health and Social Care in the Community 9* (3), 125-133.

Wallin, U. (2000). *Anorexia Nervosa in Adolescence: Course, Treatment and Family Function*. Akad. avh. Lund: Avd. För barn och ungdomspsykiatri, Lunds universitet.

Watson, J. B. (1913). Psychology as the behaviourist views it. *Psychological Review, 20*: 158-177.

Weisz, J. R. & Jensen, P. S. (1999). Efficacy and effectiveness of child and adolescent psychotherapy and pharmacotherapy. *Mental Health Services Research, 1*: 125-157.

Weisz, J. R. & Simpson Grey, J. (2008). Evidence-based psychotherapy for children and adolescents: Data from the present and a model for the future. *Child and Adolescent Mental Health, 13*: 54-65.

Wirtberg, I. (1999). Trying to become a family: Or parents without children. In: B. H. Settles; S. K. Steinmetz; G. W. Peterson, G. W. & M. B. Sussman (Eds.) (1999). *Concepts and definitions of Family for The 21<sup>st</sup> Century* (s. 121-134). London: Haworth Press.

Wirtberg, I., Petitt, B. & Axberg, U. (2014). *Marte Meo och Samordningsamtal: MOS. Samarbetet för att stödja barns utveckling*. Lund: Palmkrons.