

Behandling ger resultat

Utvärdering av fyra barnpsykiatriska öppenvårdsmottagningar

Charlotte Botella

Gunnel Nyberg

Maj Thunman

Vid fyra barnpsykiatriska öppenvårdsmottagningar skattade föräldrarna till 177 barn och ungdomar deras beteende samt klimatet i familjen dels före behandling dels ca ett år efter påbörjad kontakt. Skattningsformulären kompletterades med intervjuer med föräldrarna vid uppföljningen.

Resultatet visar en signifikant minskning av symtom samt en signifikant förändring av familjeklimatet i positiv riktning. De flesta föräldrar uppger att de fått hjälp med barnets svårigheter och ett positivt bemötande.

Barnen i de familjer som själva vänt sig till BUP visade en större symtom-minskning och en större förändring i familjeklimat än de som remitterats från annan vård. Resultatet indikerar vikten av ett utökat samarbete med remittören bland annat för att motivera familjerna för behandling. Avslutningsvis diskuteras möjligheterna till kontinuerlig utvärdering av behandlingen.

Charlotte Botella är leg psykolog, leg psykoterapeut verksam på BUP i Västerås, Gunnel Nyberg är leg psykolog, leg psykoterapeut verksam på BUP i Nyköping och Maj Thunman är leg psykolog, leg psykoterapeut verksam på BUM i Sala.

INLEDNING

Den utvärderingsstudie som här presenteras, gjordes som ett gemensamt projekt för fyra BUP-mottagningar i Arvika, Nyköping, Sala och Västerås.

Syftet var att hitta metoder att analysera verksamheten utifrån behandlingsresultat i form av symptomminskning, förändring i familjefunktion och tillfredsställelse med bemötande.

Mottagningarna befinner sig inom upp-tagningsområden med olika karaktär från stor och medelstor stad till mindre tätort och landsbygd. Trots detta visar resultatanalysen att det

inte är någon nämnvärd skillnad mellan mottagningarna. Resultatredovisningen sker därför gemensamt för hela materialet.

Utvärderingen gjordes i två etapper: Först en kartläggning av de barn och ungdomar med familjer som sökte behandling på våra mottagningar under en viss period (Botella et al, 1995), sedan en uppföljning ungefär ett år efter påbörjad behandling.

KARTLÄGGNING

Etapp ett i undersökningen omfattade alla nybesök av barn mellan 4-17 år från september 1994 fram till att 50 nybesök registrerats

på vardera mottagning eller till tidsgränsen för insamlande av data, maj 1995, uppnåts. Totalt registrerades 347 nybesök. 129 exkluderades utifrån i förväg uppsatta kriterier: utredningsuppdrag från socialtjänsten, invandrarfamiljer med språksvårigheter, tonåringar som motsatte sig föräldramedverkan, samt barn under 4 år eller över 17 år. Bortfallet bestod av 41 nybesök (19%). Dessa skilde sig inte från undersökningsgruppen annat än vad gäller ålder. Andelen tonåringar var större i bortfallet. En anledning till detta kan vara att problem ofta får en akut karaktär hos tonåringar och att terapeuten därför kan ha bedömt det som olämpligt att lämna ut frågeformulär. Den slutliga undersökningsgruppen bestod av 177 barn och ungdomar.

Undersökningsgrupp

Av dessa 177 var 56% pojkar och 44% flickor. Den dominerande anmälningsorsaken var: bråk/trots/aggressivitet (27%) därefter ångest/tvång (22%) samt kris/konflikt i familjen (17%). Det vanligaste var att barnets föräldrar eller tonåringen själv tog kontakt (66%). Därefter stod skola/barnomsorg för 16% av remisserna, annan vårdgivare för 12% samt socialtjänsten för 6%.

Undersökningsinstrument

CBCL (Achenbach 1991) är ett beteendeskattningsformulär som består av två delar, en kompetens- och en problemskala. Här redovisas problemskalan. Den presenteras i två syndrom, externalisering och internalisering samt i en total problempoäng. Valet av *CBCL* styrdes av att det är det i forskningssammanhang mest använda instrumentet för att mäta barns och ungdomars psykosociala funktion med hjälp av föräldrabedömningar (Larsson, 1997). Vi ville undersöka om det motsvarade

de förväntningar vi hade på ett lättadministrerat instrument som samtidigt har högt kliniskt informationsvärde

Från en studie på drygt 1300 skolbarn i åldrarna 6-16 år i Uppsala län och Stockholmsområdet (Larsson & Frisk, 1999) finns ett icke-kliniskt jämförelsematerial.

Familjeklimat (Hansson, 1989) är ett självskattningsformulär, som avser att mäta familjemedlemmarnas upplevelser av familjeklimatet. Resultatet presenteras i 4 faktorer: Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos.

Familjeklimat är validitetsprövat i ett projekt där en grupp icke-kliniska familjer jämfördes med en grupp familjer inom BUP öppenvård och inom BUP slutenvård (Hansson et al, 1988).

Föräldra- och terapeutintervju. Vid uppföljningen intervjuades föräldrarna om behandlingsresultat och tillfredsställelse med bemötande. Dessutom ställdes ett antal frågor till berörda terapeuter omkring behandlingen och resultatet.

Bakgrundsdata. Från journalerna inhämtades uppgifter om bl a ålder, kön, anmälningsorsak, anmälare samt DSM III, GAF-skalan.

UPPFÖLJNING

Vid det första besöket hade föräldrarna fyllt i *CBCL* och *Familjeklimat*. Tonåringar ombads själva fylla i *Familjeklimat* och *YSR* (tonårsversionen av *CBCL*), men resultatet av detta redovisas inte i denna artikel. När föräldrarna ett år senare kontaktades för uppföljning fick de åter fylla i samma skattningsformulär, dessutom gjordes då en intervju. Eftersom många barn åtföljdes av endast en förälder, användes endast den ena förälderns skattning, samma förälder intervjuades. Det rädde hög samstämmighet (0,69 korr) mellan föräldrarna i de fall båda skattade. Intervjuare vid upp-

följningen var personal, som ej tidigare hade haft kontakt med familjen. Uppföljningen skedde på mottagningen eller i hemmet, i undantagsfall gjordes en telefonintervju, och skattningsformulären skickades hem. Ungefär samtidigt intervjuades terapeuterna om behandlingen. För 21 familjer var behandlingen ej avslutad vid uppföljningstillfället, dessa kontaktades ändå för utvärdering av den pågående behandlingen.

Bortfall

Bortfallet mellan kartläggningen och uppföljningen skiljer sig mellan de olika undersökningsinstrumenten. Vi fick kontakt med 151 familjer för intervjun, men alla fyllde inte i skattningsformulären. Det procentuella bortfallet är ca 15% (26 av 177) på föräldra-intervjuerna, ca 21% (38 av 177) på CBCL och ca 23% (40 av 177) på Familjeklimat.

En bortfallsanalys visar att det inte finns några signifikanta skillnader mellan de uppföljda familjerna och bortfallet vad gäller poäng på CBCL och Familjeklimat innan behandling.

Statistisk behandling

T-test har använts för mätning av skillnader före/efter behandling. One factor Anova test har använts för att undersöka skillnader mellan grupperna (anmälare). Two factor repeated Anova har använts för att undersöka interaktionseffekter.

RESULTAT

Behandlingens längd

Av tabell 1 framgår att drygt 50% av familjerna kom för 1-5 samtal. Det finns inget samband mellan total problempoäng på CBCL innan behandling och antal besök. Det finns inte heller något samband mellan antal besök och resultat av behandling.

Tabell 1. Procentuell fördelning över antal besök.

1-2 besök	14 %
3-5 besök	37,5 %
6-10 besök	25 %
Mer än 10 besök	23,5 %

Familjeklimat

Vid uppföljningen hade föräldrarnas upplevelse av familjeklimatet förändrats i önskvärd riktning (tabell 2). Närhet hade ökat, medan Kaos och Distans hade minskat signifikant. Den variabel där det inte skett någon förändring var Spontanitet, något som man också kunnat se i andra undersökningar (Hansson, 1989).

Tabell 2. Familjeklimat skillnader före/efter behandlingen.

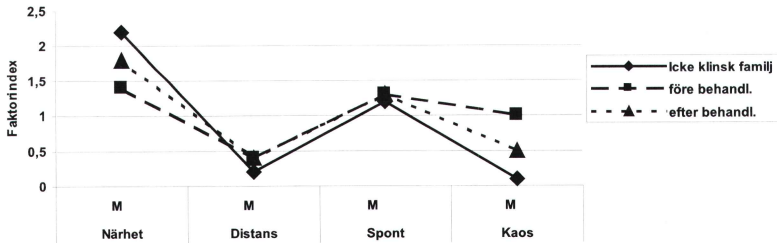
Familjeklimat	Före m (sd)	Efter m (sd)	Skillnad f/e n=133
Total	n=173	n=137	t-värde
Närhet	1,4 (0,9)	1,8 (0,8)	-6,36***
Distans	0,4 (0,5)	0,3 (0,4)	2,14*
Spontanitet	1,3 (1,0)	1,3 (0,9)	1,57
Kaos	1,0 (1,3)	0,5 (0,8)	4,88***

Som framgår av den grafiska bilden (figur 1) har familjeklimatet i undersökningsgruppen förändrats så att det mer liknar klimatet hos icke kliniska familjer.

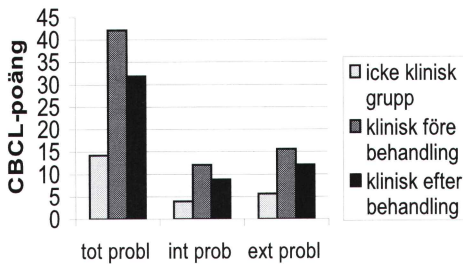
CBCL

På CBCL hade totala problem samt internalisering och externalisering av problem minskat signifikant vid uppföljning (tabell 3).

En jämförelse av problem på CBCL före och efter behandling med poängen hos en icke klinisk grupp (Larsson & Frisk, 1999) visar att undersökningsgruppen har förändrats i riktning mot den icke kliniska gruppen (figur 2).



Figur 1. Grafisk jämförelse mellan icke klinisk familj (Hansson, 1989) och klinisk familj före/efter behandling.



Figur 2. Grafisk jämförelse mellan icke klinisk (Larsson & Frisk, 1999) och klinisk grupp före/efter behandling.

Egenanmälan kontra remiss

En jämförelse mellan grupperna Egenanmälan, remiss från Skola/barnomsorg och Annan vård visar skillnader i upplevelsen av

total problembild och familjeklimat såväl vid inledning som vid uppföljningen.

Före behandlingen redovisade gruppen Egenanmälan fler problem på CBCL än övriga anmälningsgrupper. Vid uppföljningen kunde man se ett samband mellan anmälningsgrupp och skillnaden i Totala problem före och efter behandling. Grupperna Egenanmälan och Skola/barnomsorg minskade såväl Totala problem som Externalisering- och Internalisering av problemet efter behandling, men inte de som kom genom Annan vård.

Även på Familjeklimat framkom liknande skillnader efter behandling. Gruppen Egenanmälan hade en signifikant ökning i Närhet och minskning i Distans och Kaos, medan de som kom via Annan vård inte beskrev någon förändring alls.

Tabell 3. CBCL, Skillnader totala-, internaliserade- och externaliserade problem före/efter behandling.

CBCL	Före			Efter			Skillnad f/e	
	n	M	(sd)	n	M	(sd)	n	t-värde
Totala problem		175	42,2	(22,0)	140	31,9	(20,2)	139 6.2***
Internaliserade problem	174	12,1	(8,0)	140	8,8	(6,7)	138	5.45***
Externaliserade problem	175	15,6	(10,1)	140	12,1	(8,8)	139	5..36***

De som vänder sig till BUP själva har således en högre grad av problemupplevelse än de som remitterats, något som självklart påverkar motivation till behandling. Intressant i detta sammanhang är att det finns en skillnad mellan föräldrarnas och terapeuternas bedömning av problemtyngd i gruppen Skola/barnomsorg. Denna grupp bedöms av terapeuterna ha den sämsta funktionsförmågan utifrån GAF-skalan i DSM III, medan föräldrarna i denna grupp själva i CBCL skattar problemen lägre än i gruppen Egenanmälan (tendens till sign skillnad, $p < 0.5$).

Föräldrantervju

I föräldrantervjun fick föräldrarna besvara frågor om hur de tycker de har blivit bemötta, hur det gått med problemet de sökte för och om de skulle rekommendera andra att söka hjälp på BUP. För att kunna jämföra med liknande undersökningar har vissa svarsalter-

Föräldrarna hade önskan om ett förändrat arbetssätt, där terapeuterna är mer konkreta och tydliga samt ger råd

nativ slagits ihop. I *tabell 4* redovisas data från vår undersökning (4 mottagningar) samt liknande utvärderingar gjorda på BUP i Sundsvall (Olsson, 1997), Eskilstuna (Richter & Unger, 1996), Sollentuna (Carlberg, 1991) samt Åtvidaberg (Svedin, Arvidsson, 1990). Av dessa är Åtvidabergsstudien den mest ambitiösa. Förutom att man där intervjuade föräldrarna om behandlingen skattade man barnets symptom före behandling, 6-9 månader efter avslutad behandling samt efter ytterligare 12 månader.

Resultaten av föräldrantervjuerna är mycket likartade. Omkring 80% av föräldrarna tycker att problemet man kommit för

Tabell 4. Jämförelse med liknande undersökningar.

	4 mottagningar	Sundsvall	Eskilstuna	Sollentuna	Åtvidaberg
Antal:					
totalt	177	84	8	125	56
pojkar	56 %	52 %	50 %	57 %	59 %
flickor	44 %	48 %	50 %	43 %	41 %
Bortfall:	15-24 %	12 %	17 %	18 %	14 %
Frågor:					
<i>Hur har det gått med problemet?</i>					
Försvunnit/minskat	81 %	84 %	80 %	79 %	* 65%
<i>Sätter du detta i samband med BUP-kontakt?</i>					
Ja absolut/kanske	72 %	-	46 %	63 %	* 65 %
<i>Kommer du att rekommendera andra att söka oss?</i>					
Ja absolut/kasnske	98 %	96 %	96 %	95 %	90 %

* I Åtvidabergsstudien formulerades frågan på följande sätt: Innebar BUP-kontakten någon hjälp för de problem ni sökte för?

har försvunnit eller minskat. På frågan om man sätter detta i samband med BUP-kontakten blir svaren mer varierande, men fortfarande i allmänhet positiva.

I vår undersökning var föräldraintervjun framför allt användbar för att ge information om vad familjerna var nöjda med och vad som kan förbättras i behandlingsarbetet. Beträffande bemötandet har föräldrarna i huvudsak positiva kommentarer, exempelvis: "Jag möttes av stor förståelse för mina problem", "Bra mottagande", "Vi kände förtroende för terapeuten på en gång".

De negativa kommentarerna visar på en önskan om ett förändrat arbetssätt, där terapeuterna är mer konkreta och tydliga samt ger råd. Exempel på svar: "Första mötet blev oklart och otydligt för familjen, bättre information om hur man tänkt lägga upp det och varför önskas". "Ville ha råd, inte bara prata". "Mer konkret "vi tycker att" mer rakt på sak önskas".

Terapeutintervju

En jämförelse mellan föräldrarnas och terapeuternas bedömning av hur det gått med anmälningsorsaken visar att terapeuterna bedömde resultatet positivt för 75% av de behandlade, dvs nära föräldrarnas 81%. En närmare granskning visar dock att överensstämmelsen i det enskilda fallet endast är 63%, vilket innebär att man haft olika bild av resultatet.

Avslutning

Terapeuterna tillfrågades hur kontakten hade avslutats. En jämförelse visar att då kontakten avslutades efter ett ömsesidigt beslut eller då familjen själv valde det hade föräldrarna skattat en signifikant större minskning av totala problem på CBCL samt en signifi-

kant större förändring i Närhet på Familjeklimat än när terapeuten bestämt avslutningen (6% av ärendena) eller när kontakten ännu ej var avslutad (15% av ärendena).

DISKUSSION

Sammanfattning av resultat

Resultaten av denna utvärdering kan sammanfattas i att man ser många positiva förändringar efter behandling inom barnpsykiatri. De fyra mottagningarna ligger inom upptagningsområden av helt olika karaktär, ändå är problembild och behandlingsresultat likvärdiga. Totalt har alla värden förändrats i gynnsam riktning, något som kan anses som mycket tillfredsställande. Både barnets symptom och klimatet i familjen har förändrats i positiv riktning efter behandling. Dessutom menar de flesta föräldrarna att de fått ett positivt bemötande och att de fått hjälp med barnets svårigheter.

Att föräldrarna upplever en förändring både vad gäller Internalisering och Externalisering av problem är också intressant, eftersom en vanlig uppfattning är att barnpsykiatriens behandlingsmetoder bättre passar barn med internalisering av problem och att vi skulle ha svårare att hjälpa barn med externalisering av problem (Olsson, 1997).

Resultatet väcker ändå en rad frågor. En fråga är om symtomminskningen kan anses tillräckligt stor. De flesta mår efter behandlingen bättre än innan, men de har fortfarande mer symptom än den icke kliniska gruppen. Inom barnpsykiatri möter vi ett brett spektrum av problem hos barn. Ibland rör det sig om tillfälliga kriser eller svackor, ibland om

Är det en tillräcklig målsättning att vända en negativ trend i en positiv riktning?

extra sårbarhet eller livslånga handikapp. Målsättningen för behandlingen blir då väldigt olika. För några blir det att hjälpa genom att bota symtom, för andra att lindra och förebygga påföljande problem. Målet för barnpsykiatri kan inte vara att alla ska bli som den icke kliniska normgruppen men är det en tillräcklig målsättning att vända en negativ trend i en positiv riktning? Finns det en risk att vi utifrån dagens otillräckliga resurser inom BUP undervärderar barnens och familjernas behov?

Motivationens betydelse

I tidigare undersökningar har man påvisat motivationens betydelse för utfallet av behandlingen. Carlberg (1991) fann i sin utvärdering ett samband mellan att komma efter påtryckning från andra och att vara missnöjd med behandlingen. Våra resultat pekar i samma riktning. De som söker själva tycks ha en starkare problemupplevelse och är sannolikt därmed mer motiverade att arbeta för en förändring, medan det i de ärenden som kommer via remiss snarare är andra som ser problemen och upplever ett förändringsbehov.

Skillnaden mellan remisser från skola och annan vård kan ha att göra med att man i skolan ofta arbetar länge tillsammans med föräldrarna omkring elevens svårigheter och att det inte förrän efter ett långt samarbete skrivs en remiss till BUP. Dessutom kan en icke fungerande skolsituation vara en motivationsfaktor. Vad gäller remisser från annan vård är vår erfarenhet att frågan inte alltid är så väl genomarbetad.

Resultatet visar att de inblandade parterna, föräldrar, barn, remittörer och behandlare tolkar situationen och barnets symtom på olika sätt. Det visar på vikten av att möta alla parter för att finna en gemensam problem-

Man kan fundera över bristen på överensstämmelse mellan föräldrarnas och terapeuternas uppfattning om behandlingsresultat

formulering, som man tillsammans kan arbeta utifrån. Idag lägger vi på våra mottagningar ner ett allt större arbete på att få med remittören i denna process.

Skillnader i resultat beroende på hur ärendet avslutats pekar på hur känsligt samspillet är mellan familj och terapeut. I några få ärenden har terapeuten själv beslutat om avslutning. Där har man också fått sämre resultat än där man avslutat i samråd med familjen eller där familjen själv bestämt när det är dags att avsluta. Man kan anta att i de ärenden där terapeuten valt att avsluta, har man inte fått igång ett samarbete med familjen vad gäller uppdrag och arbetssätt. Det är intressant att det är i den grupp där familjen valt att avbryta behandlingen redovisas lika goda resultat, som i den grupp där avslutningen skett efter ett gemensamt beslut. Ofta tror vi på BUP att det vid avbruten behandling föreligger ett självklart missnöje.

I detta sammanhang kan man också fundera över bristen på överensstämmelse mellan föräldrarnas och terapeuternas uppfattning om behandlingsresultat. En förklaring till detta kan vara att terapeuten utifrån sin profession lägger vikt vid andra faktorer än föräldrarna. Tidsfaktorn är också av betydelse. Terapeuterna har gjort sin bedömning utifrån den bild de har med sig av barnet vid avslutningen, föräldrarna sin utifrån den aktuella bilden av barnet vid uppföljningstillfället. Bl a Sandell (1995) betonar tidsfaktorns betydelse för resultatet av uppföljning av psykoterapi. Slut-

ligen kan man säga att den bristande överensstämmelsen påminner oss om vikten av att under pågående behandling föra en dialog med familjen omkring fokus för behandlingen och att kontinuerligt utvärdera de insatser som görs som en del i behandlingsprocessen.

Metoddiskussion

Vilka slutsatser kan man dra utifrån en utvärdering av detta slag? Avsaknaden av kontrollgrupp gör att vi inte kan veta om förbättringen kan tillskrivas behandlingen eller om det handlar om spontan läkning. Hansson (1996) konstaterar att man i flera studier har kunnat se att barn och ungdomar i ganska hög utsträckning tillfrisknar naturligt. Att i kliniska utvärderingar använda sig av kontrollgrupp stöter på etiska hinder. Om man har en väntelista till mottagningen skulle det eventuellt vara möjligt att använda denna som kontrollgrupp. Frågan är dock om den skulle vara jämförbar med den behandlade gruppen. Det vanliga är att barn med mindre akut problematik sätts på väntelista, medan de tyngre belastade barnen ges företräde.

Vad säger föräldrarna själva om behandlingsresultatet? I föräldraintervjun framkommer att 80% tyckte att det de sökte för hade minskat eller försvunnit efter behandlingen och drygt 70% satte detta i samband med BUP-kontakten. Dessa siffror är positiva, men man bör vara medveten om att man i intervjuundersökningar omkring hur man värderar vården oftast får mycket positiva resultat (Hansson, 1996).

Avslutande synpunkter

Ett av syftena med studien var att utprova metoder för utvärdering, som har högt kliniskt informationsvärde och samtidigt är lätt-administrerade och möjliga att kontinuerligt

använda på våra mottagningar. Vi har sett att föräldrar är positiva till skattningsformulären, men att man med dessa får ett större bortfall än när man använder föräldraintervju. Denna skillnad har enligt vår erfarenhet att göra med att en intervju kräver mindre av egen aktivitet från föräldern och kan göras per telefon. I några ärenden fick vi aldrig in skattningsformulären trots upprepade påminnelser.

Skattningsformulären ger kvantitativa data om symtomförändring och förändring i familjeklimat som i forskningssammanhang och vid jämförelser över tid med andra studier är av stort värde. Problemet är att arbetsinsatsen är mycket stor.

Föräldraintervjun å andra sidan är mindre resurskrävande, men ger ingen kvantitativ information. Den är ändå av stort värde då den ger feedback till behandlarna om kvaliteten i vården. Som direkta konsekvenser av intervjusvaren har vi på mottagningarna börjat diskutera samtalens struktur och vikten av att vara tydlig omkring uppläggningsen av behandlingen. Vi har också försökt bli mer konkreta och i vissa lägen ge tydliga råd.

Sammanfattningsvis anser vi att en utvärdering av detta slag med mätning före och efter behandling är praktiskt genomförbar men mycket resurskrävande. Detta menar vi att man i kvalitetssäkringsdiskussioner måste vara medveten om. Vill man satsa på utvärdering och få intressant information såväl om kvantitet som kvalitet bör särskilda resurser tillföras verksamheten för detta. Uppslagen är många för fortsatta undersökningar: Det vore intressant att veta om våra resultat stämmer med andra barnpsykiatriska mottagningars? Kvarstår resultatet över tid? Vad skulle andra perspektiv som t ex lärares eller dagispersonals skattningar tillföra? Hur kan man lösa kontrollgruppsfrågan?

REFERENSER

- Achenback, T M. 1991. *Manual for the Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Botella C, Hansen N, Janzén M, Nyberg G, Thunman M. 1995. *Barn, ungdomar och familjer på BUP. Kartläggning med föräldraskattningar*. Vetenskapligt arbete inom psykoterapiutbildning på familjeterapeutisk grund, Landstinget i Uppsala-Örebroregionen, Utbildningsenheten, psykiatri i Västmanland.
- Carlberg M. 1991. *Vad tyckte familjerna om den psykiska barn- och ungdomsvården (PBU)?* Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting.
- Hansson K, Cederblad M, Gustafsson P A. 1988. *Familjediagnostik. Fokus på familjen*, 3:161-173.
- Hansson K. 1989. *Familjediagnostik*. Doktorsavhandling Lunds universitet.
- Hansson K. 1996. Utvärdering som del i kvalitetsutveckling i ett familjeterapeutiskt perspektiv. *Fokus på familjen*, 4:183-188.
- Larsson B. 1997. *Social kompetens och beteendeproblem enligt föräldrasedömningar – svenska erfarenheter av CBCL*. Mätning av barns och ungdomars psykiska hälsa. Rapport från en hearing den 16 september 1997. Socialstyrelsen.
- Larsson B, Frisk M. 1999. Social competence and emotional/behavior problems in 6-16 year-old Swedish school children. *European Childs & Adolescent Psychiatry*, 8:24-33.
- Olsson I. 1997. "Som en resa tillbaka". Genom telefonintervjuer ett år efteråt. *Psykisk Hälsa*, 4:296-311.
- Richter K, Unger K. 1996. *Samtalen satte igång samtal hemma. Kvalitetssäkring – polikliniskt arbete vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken*, Mälarsjukhuset, Eskilstuna.
- Sandell R. 1995. Att följa upp och utvärdera resultat av psykoterapi. *Psykisk Hälsa*, 1:16-Svedin C G, Arvidsson E. 1990. Symtomförändring efter familjeterapi *Nordisk Psykiatrisk Tidskrift*, 44:31-40.
- Svedin, C..., & Arvidsson, E. 1990. Symtomförändring efter familjeterapi *Nordisk Psykiatrisk tidskrift*, 44, 31-40.