

Familjevård för barn- och ungdomspsykiatriskt klientel

Av överläkare *Ingmar Lagergård*, Malmö

(Forts. från föreg. nr)

Några belysande exempel*)

Psykiskt betingade kroppssymtom förekommer som synes ofta i materialet. I flera sådana exempel har barnen kommit från hem med god social nivå och flera av dessa patienter har varit påfallande välbegåvade.

Jag vill emellertid illustrera gruppen med en flicka vars intellekt nätt och jämt motsvarar hjälpklassnivå, hon gick i 6:e klassen. Flickan hade vårdats sammanlagt 8 månader på sjukhus under de två sista levnadsåren på grund av återkommande attacker av svåra kräkningar, som brukade vara 2—3 dygn i sträck och gjorde henne helt uttröttad och uttorkad så att sjukhusvård i akut skede ofta blev nödvändig. Attacker-
nas frekvens avtog när hon vistades på sjukhus, så att det kunde gå 2—3 veckor emellan dem. Men så snart hon kom hem igen ökade i regel frekvens och svårighetsgrad, så att både hon själv och modern blev helt utmattade.

Flickan hade blivit noggrant genomgången upprepade gånger såväl kirurgiskt som medicinskt, röntgenologiskt som laboratoriemässigt. Vid psykiatrisk observation på kliniken, var det påfallande hur primitivt klängigt flickan tydde sig till personalen under kräkningsattacker. Vi arrangerade så, att hon fick striktast möjliga tillsyn dag och natt, då hon hade en attack, men man hade ingen tid över att då sällskapa med henne. Det hade man däremot i gruppssamvaro, när hon var kroppsligt symtomfri, och systematiskt odlades då umgänget i så trivsamma former som möjligt för henne. — Det föll i ögonen att modern vid sina besök med största intensitet och med stor oro förhörde sig om flickans hälsotillstånd, och kräkningsattacker började flera gång-

er i direkt anslutning till besöken. En förbättring inträdde, då vi på försök helt skilde dottern från kontakten med sin mor. Vid samma tid fick vi av modern till ett annat barn som bodde i grannskapet kännedom om att flickan i sitt hem behandlades ytterst strängt, när hon var frisk. Ofta fick hon inte gå ut och leka som straff för att hon smutsat ner — modern hade städmani. Hon agades resolut när hon inte uppfyllt moderns ordningskrav. Mot detta kontrasterade flickans erfarenheter av primitivt ängslig skötsel vid sjukdom, då hon vårdades och ynkades som ett småbarn i fara.

Här lyckades vi med möda få föräldrarna att acceptera en längre tids separation från flickan, som kom till ett fosterhem där fostermodern instruerats att följa klinikens behandlingsmall och mest intressera sig för flickan när hon var symtomfri, och vid sjukdom endast strikt sköta henne. Detta behandlingsprogram bröt samman på grund av att fosterfadern och en äldre dotter i huset starkt rördes av hennes ljudliga sjukdomssymtom. Hon flyttades till ett annat fosterhem, där samtliga anförvanter engagerades i programmet och där fosterföräldrarna hade goda intellektuella möjligheter till att betrakta symtomen med tillbörlig distans, samtidigt som de hade känsla för flickans svårigheter. Denna demonstrerade där drastiskt hur symtomen fungerat som primitiv kontaktmöjlighet. Då hon inte fick ständig personlig passning under en pågående kräkningsattack, sökte hon samma typ av kontakt i nivå med sina begränsade uttrycksmöjligheter — hon kastade sig på golvet och skrek att hon brutit benet.

Behandlingslinjen fullföljdes dock, och efter några månader var attackernas frekvens och svårighetsgrad betydligt lägre än någonsin sedan hennes första insjuknande. Nu kvarstår endast obetydliga rester vid särskild psykisk påfrestning.

*) Återgivande av exempel utanför den medicinska fackpressen undanbedes bestämt av förf.

— — —

Bland de fosterbarn vi utplacerat är det naturligt, att miljöskadade neurotiker eller karaktärsstörda utgör flertalet. Vi har emellertid flera exempel på hjärnskadade barn som kommit till fosterhem. Till dem hör en pojke som på behandlingshem ständigt råkade i desperat förtvivlan eller ilska för minsta gliring från någon kamrat, beroende på organiskt betingad nedsättning i impulskontrollen hos honom. Sedan han kommit i fosterhem har han visserligen med längre mellanrum kommit i konflikt i skolan, men konflikternas antal torde vara lägre än 1/10 mot i tidigare miljöer. Med den fortskridande förbättringen i fosterhemmet har vi anledning tro att han skall kunna anpassa sig väl i arbetslivet, där han med framgång redan tillfälligt prövats i litet företag hos lugna människor.

I ett annat fall ansåg vi ass en tid ha frestat alltför starkt på fosterföräldrarnas krafter, då en extremt impulsdriven, till särskolenivå retarderad, hjärnskadad pojke i 5-årsåldern kommit till en varmt inkännande fostermor. Han har emellertid i fosterhemsmiljön på landsbygden där hans aktivitet kunde finna flera tillåtna utlopp än i staden, blivit lugnare och bättre samlad, så att han när skolåldern inträdde kunde undervisas i grupp i vanlig särskola. Här torde den spontana tendens till ökad självkontroll, som man ofta ser med tilltagande mognad hos hjärnskadade barn, ha samverkat med gynnsam miljöpåverkan. På grund av det organiska tillståndets dominerande betydelse har han dock registrerats bland de i stort sett oförändrade vid utvärderingen av behandlingsresultatet.

— — —

Det har konstaterats att sådana som under barndomen haft dåliga tillfällen att rota sig i en familj ofta får en klen personlighetskärna. Utan känslan av stark samhörighet med vuxen fostrare har barnet svårt att utveckla normal "jagstyrka". En personlighetsmodell bland närmaste anförvanter tycks för en hög andel av unga personer vara oundgänglig, om personlighetsbildningen skall bli fullgod.

Vi ser följderna av brister på detta område

hos barn vars föräldrar utgör ett klen föredöme och visar ringa intresse, och jag anknyter till Allmänna barnhusets stora fosterhemsundersökning som visade att en förflyttning från biologiska föräldrar med grova brister medförde, att de förflyttade barnen i betydligt lägre frekvens visade personlighetsavvikelser.

Vi ser än mera drastiskt exempel på hur skador kan uppkomma av brist på "identifieringsobjekt" hos barn som varit med om ett stort antal förflyttningar mellan olika barnhem och fosterhem i tidig ålder. Från vårt material vill jag nämna om en 5 $\frac{1}{2}$ -årig flicka med välbegåvade men särpräglade biologiska föräldrar. Fadern var sedan många år sjukskriven för kroppssymtom som inte säkert kunnat objektivt verifieras, och han krävde i ganska unga år sin hustrus hela uppmärksamhet för vården av hans hälsa. Både han och den yrkesarbetande modern var ovanligt principmedvetna människor, med bland annat extrema kostvanor som de tillmätte stor betydelse. De kunde utveckla en ganska stor intensitet till försvar för sina käraste principer men hade inget brett gemyt i kontakten med sin omgivning och levde ganska isolerat.

Då fadern inte tålde mycket barnskrik, kom flickan tidigt till barnhem och därifrån efter en tid till ett enkelt fosterhem på landsbygden. Hon blev där vårdad med värme och stort intresse från fosterföräldrarna men var utsatt för påfrestningen att $\frac{1}{2}$ år vårdas på barnsjukhus för kirurgisk behandling av medfött hjärtfel. Efter ett par år tvingade sig de biologiska föräldrarna till att återfå flickan. De uppger nu att de oroat sig för att hon haft en del banala luftvägsinfektioner och enkla hudåkommor, som de ansåg borde botas med speciell kost — ett skäl som de inte uppgav för barnavårdsmyndigheterna vid striden om förflyttningen. Emellertid orkade de inte själva mer än några månader ha hand om flickan, faderns hälsa tålde det inte. Hon kom ånyo på barnhem ett halvt år och därifrån till ett andra fosterhem med tanke på sannolik adoption efter en tid, som skulle göra slut på ytterligare förflyttningar. De nya fosterföräldrarna var subtila komplicerade människor med ut-

präglad ansvarskänsla men mycket begränsade psykiska krafter. De förnekar något minne av den förhandsinformation de fått om flickans utpräglade särart — hon var vek, ömtålig, diffus och osäker, och hon brukade gråta förtvivlat då föräldrarna lämnade henne efter sina besök på barnhemmet.

Hos de nya ömtåliga fosterföräldrarna, som redan hade en yngre gosse, tog flickans stora kontaktbehov sig det uttrycket, att hon på allt sätt ville behandlas som sin nye lillebror. Hon bar sig markerat småbarnsligt åt, ville bäras, gjorde på sig, ville få exakt samma frågor som han hade fått och lämnade exakt samma svar, vilka ju inte passade ihop med hennes kön — ett extremt exempel på sökandet efter en identitet, som syntes accepterad och tilltalande. Lillebror blev personlighetsmodell. Den nya fostermodern kunde inte manövrera båda barnens krav på att vårdas som spädbarn, och denna flickas osäkerhet gjorde fostermodern alldeles överväldigad av ömsint ansvarskänsla och gjorde, att hon inte vågade behandla flickan med fasthet utan endast med uppmärksam tjänstvillighet. Flickan blev helt vilsen i denna miljö utan säkerhet och fasthet, och så småningom blev hon delvis psykotisk. Hon började hallucinera om farliga djur, förfasade sig mitt på dagen över att hon befann sig ”i spökskogen” där stora giraffer kom rusande, och tyckte sig ibland ha skalbaggar på kroppen, så att hon rev av sig kläderna och skrek tills hon blev duschad. I detta fall måste flickans psykotiska beteende först behandlas miljömässigt på barnpsykiatrisk klinik. Hon var ytterst misstänksam mot nya kontakter och ytterst svartsjuk mot den barnsköterska, som i första hand fick vara moderssubstitut åt henne. När vuxna människor var vänliga mot henne prövade hon pålitligheten i detta genom att slå dem eller envist kiva med dem. Så småningom lyckades framför allt en barnsköterska vinna hennes förtroende, flickans trygghet ökade, och efter flera månader kunde vi tala om en far och mor på landet som längtade efter att få en flicka till sig. De tilltänkta fosterföräldrarna, som var av den varmt barn-

vänliga sorten och hade krafter över att ägna sig åt ett barn utöver ett eget som börjat bli uppvuxet, lyckades vinna flickans förtroende vid besök på kliniken. De tog väl vara på de erfarenheter vi sökte förmedla, och ställde in sig på att vara generösa i kontakten men samtidigt vänligt bestämda i vardagens yttre ordning. En äldre egen pojke hade de, men ålderskillnaden var så stor, att det inte blev några svårare svartsjukereaktioner. Flickan utvecklade en stark samhörighetskänsla med sin nya fostermor, hon flyttade över det förtroende, som hade börjat byggas upp under klinikvistelsen, och utvecklingen har sedan varit god.

— — —

En drygt 12-årig, storvuxen pubertetsyngling kom till ett lokalt behandlingshem, trots att han stulit upprepade gånger i ett par års tid och ordinärt kunde anses mogen för ungdomsvårdsskolleplacering. Den remitterande läkaren framhöll i skrift och per telefon, att pojken haft ett mycket dåligt stöd i familjen, och att det stödet försämrats ytterligare sista året, då hans mor ingått nytt äktenskap med en man, som var socialt misskötsam, och ingen längre frågade nämnvärt efter pojken.

Denne var normalbegåvad, omoget obetänksam, ganska varm i kontakten och trots allt fäst vid sin mor som den enda vuxna person han riktigt brydde sig om. Vi lyckades med barnavårdsnämndens hjälp anskaffa ett fosterhem på landsbygden, där den 30-årige fadern i huset redan från sitt barndomshem var vand vid traditionen, att man brukade ta emot ”speciella barn” som fosterbarn. Också en syster till honom hade i sin familj tagit emot flickor från ungdomsvårdsskola och sålunda fullföljt släkttraditionerna. Fosterföräldrarna hade dessutom tidigare klarat av några besvärliga pojkar från Malmö. Båda dessa fosterföräldrar var glada och rörliga, de hade en egen pojke i förskoleåldern, och ytterligare fanns där just för tillfället en 15 år gammal fosterpojke som efter två tidigare fosterhemsplaceringar omsider anpassat sig just i denna familj och nu ansågs stabil nog att inte dragas med av en ny opålitlig kamrat. Foster-

modern var moderlig och varm, kanske något ung för att ta hand om tonårspojkar, men kompletterades på ett utmärkt sätt av fosterfadern som kombinerade ett vaket människointresse med ihärdighet och konsekvens.

Allt tycktes gå väl första veckorna, men sedan hörde fadern av sig och ville märkligt nog på en gång ge upp. Det visade sig att pojken visserligen förklarat sig trivas väl men icke förty "lånat" fosterfaderns motorcykel och med den hade han kört i diket. Sedan simulerade han minnesförlust så väl och länge, att fosterföräldrarna inte blev övertygade om simulationen förrän efter två läkarbesök, och allt detta obehag hade de svårt att smälta. Då den kommun utanför Malmö, som från början remitterat pojken till det lokala behnaddlingshemmet, därvid omgående ordnade med en ansökan till ungdomsvårdsskola, ångrade sig fosterfadern emellertid och uppvaktade själv de beslutande lokala myndigheterna för att få fortsätta med pojken. Vi tillstyrkte också detta. Sedan följde en god utveckling i fosterhemmet, och efter 1½ år där har ynglingen förflyttats till inackorderingshem i stadsmiljö där han får tillgång till sådan yrkesutbildning, som bäst kan passa honom. Gången i detta ärendet visar ett karakteristiskt drag hos de fosterföräldrar som lyckats med svåra barn, nämligen att engagera sig och göra om försöket efter ett misslyckande. Fosterfadern i detta småbrukarhem hade ett gott intellekt med förmåga att se till väsentligheter och kunde därför bearbeta motgången och komma ut på andra sidan, och hans genuina kontaktförmåga och intresse för pojken utgjorde motivation nog till de ytterligare ansträngningarna.

Praktiska erfarenheter

De tjänstemän med lång erfarenhet i arbetet, som vi haft fördelen att samarbeta med, har givit bl. a. följande synpunkter på kriterier vid val av fosterföräldrar och tekniken att stödja dem vid svårigheter.

Huvuddelen utgöres av småbrukarhem med

vårdarinställning och med uppvuxna egna barnkullar, som givit fosterföräldrarna erfarenheter av olika mognadsstadier hos barn. Det stora flertalet av de fosterföräldrar som nyttjats för de av oss undersökta barnen har varit mellan 30—55 år gamla. I åtskilliga fall har dock äldre fosterföräldrar också nyttjats, då de visat sig ha särskilt gott handlag med tidigare fosterbarn.

Av vårt klientel har $\frac{3}{4}$ placerats i hem med "fosterhemstradition", oftast i den formen att de själva tidigare haft fosterbarn, i flera fall även genom bekantskap med vårdformen genom att deras egna föräldrar också tagit sig an andras barn. Valet av fosterföräldrar med tidigare träning på området betyder säkert mycket för våra gynnsamma erfarenheter med barnpsykiatriskt klientel. Åtskilliga har börjat med att taga mot sommarbarn och sedan engagerat sig för längre tids vård. Sammanlagt fanns förut adoptiv- eller tidigare fosterbarn i 50 % av fosterhemmen, och $\frac{1}{4}$ av dem hade mer än ett adoptiv- eller fosterbarn förut. Det är imponerande insatser.

Av de fall som misslyckats, och där man måste göra omplaceringar, kan man lära att en erfaren barnavårdstjänsteman kommer längst med att konsekvent hålla fast vid att han själv bör bilda sig ett omdöme om fosterföräldrarna och hur de passar för just det barn det gäller. De relativt fåtaliga misslyckandena har nämligen i stor utsträckning skett i hem, som tagits på utmärkta rekommendationer utan inspektion. För att utnyttja barnpsykiatriska klinikens utredning effektivt är utöver skriftligt läkarutlåtande ett personligt sammanträffande mellan klinik och barnavårdstjänsteman synnerligen önskvärt, och vi har försökt tillämpa det i stor utsträckning och mötts av stor samarbetsvilja. Därigenom kan även upplysningar om barnets egenart från början meddelas fosterföräldrarna, och bli dem till hjälp. I några fall har fosterföräldrarna informerats av läkaren i samband med besök på kliniken, då de även träffat det blivande fosterbarnet. Andra gånger har någon av klinikens personal fått följa med ett ängsligt barn på en resa och hälsa på i det tilltänkta fosterhemmet, innan definitivt beslut om placering träffats.

Från en erfaren och med våra barn mycket framgångsrik tjänstemans sida har betonats, att man inte som en brandkår skall rycka till undsättning alldeles omgående vid larm om svårigheter. Om fosterföräldrarna på egen hand kan finna utvägar i det akuta läget, ger det dem större tillfredsställelse och ökar säkerheten. Men, inom några dagar till en vecka behöver de få bearbeta sina upplevelser tillsammans med den på området mera erfarne och utbildade tjänstemannen, få perspektiv på det inträffade och höra om hur liknande, gärna svårare fall har manövrerats till ett lyckligt slut.

Våra erfarenheter talar i samma riktning, som Allmänna barnhusets stora undersökning, att placering i tidig ålder ger mera djupgripande och snabbare påverkningsmöjligheter än man kan nå med äldre barn, och procenten misslyckade behandlingsfrösök är lägre för de yngsta.

Ju äldre barnet är och ju mer asociala tendenser av icke neurotisk typ dominerar bilden, desto svårare är det att hitta ett lämpligt fosterhem och nå gott resultat. För denna typ av ungdomar har emellertid andra behandlingsformer också visat många misslyckanden, och det finns ingenting som talar för att fosterhemsplacering skulle ge sämre resultat än övrig behandling. För att inte ställa överkrav på fosterhemsvården är det dock lämpligt att för just denna kategori arbeta fram även andra varianter av familjeliknande vård, såsom inackorderingshem på landsbygden och i mindre samhällen samt storfosterhem med goda personalresurser. Alla störda barn och ungdomar passar givetvis inte i vanliga fosterhem, och i en del fall är kvalificerad annan vård före placeringen ett nödvändigt villkor för att lyckas.

I detta sammanhang erinrar jag mig exempel på ynglingar, som förbättrats i litet behandlingshem för nervöst störda pojkar och som därefter varit i stort behov av placering utom det egna hemmet i icke stadsmiljö. För behandlingen har god kontakt med vuxna varit nödvändig, men de har likväl inte kunnat acceptera tanken att i 14—15-årsåldern komma in i en främmande familj. Där skulle ett litet inackorderingshem i ett mindre samhälle ha varit en adekvat vårdform.

Som en särskild variant av familjevård har vi nyttjat inom Malmö belägna fosterhem av hög kvalitet för några barn och ungdomar, som varit föremål för enskild psykoterapi i intensiv form vid kliniken. I ett par av behandlingsfallen har föräldrarna varit så uttröttade på grund av barnens svåra ångestsymtom, tvångssymtom eller störande automatismer, att en omflyttning till människor som kunde orka med patienten varit en förutsättning för det fortsatta psykoterapeutiska arbetet. Så småningom, efter 1 à 2 terminer eller längre, har dessa patienter kunnat återgå till sina biologiska föräldrar. Under mellantiden hade dessa samlat krafter och patienterna hunnit undergå en viss förbättring, så att fortsatt behandling med patienten boende i sitt hem blivit möjlig.

Familjevårdens fördelar och svårigheter

Frågan om huruvida vård i enskilda familjer i betydande utsträckning kan nyttjas som ett effektivt behandlingsinstrument inom barn- och ungdomspsykiatri kan otvetydigt besvaras jakande. Arbetet har i det stora flertalet fall visat sig fruktbart, även om det rymt många problem och mödor och är avhängigt av skickligheten och fallenheten hos de barnavårdstjänstemän, som utför det delikata kombinationsarbetet. Familjevården av den skisserade typen synes ha sin plats bland *övriga behandlingsmetoder* för nervöst eller socialt störda barn. I Malmö har det förtroendefulla samarbetet på detta område lett till att barnavårdsnämnden låtit en av sina tjänstemän huvudsakligen ägna sig åt fosterhemsplacering av barnpsykiatriskt klientel.

En stor fördel med fosterbarnsinstitutionen är, att barnet under dygnets alla timmar vistas hos samma vuxna människor och kan knyta an till dem. Den uråldriga familjegruppen är en för de flesta idealisk uppväxtmiljö och form för den viktigaste sociala fostran. Barnet kan genom samhörighetskänslan med lämpliga fosterföräldrar tillägna sig mognare livsmönster och förmåga till hänsyn i samlivet med andra.

I jämförelse med barnhem, erbjuder fosterhemmen en större variationsmöjlighet, vart och ett kan sökas tämligen "skraddarsytt" för det barn som skall placeras, och trots detta ställer sig en sådan vård oftast ekonomiskt fördelaktigare än den dyra institutionsvården.

Allt eftersom näringslivet blir mer kvalificerat och både man och hustru i ökad utsträckning nyttjas i yrkeslivet, får man emellertid räkna med, att den som åtar sig att vara fostermor bör betraktas som en yrkesarbetande kvinna, minst på halvtid, och bör ha ersättning därefter. Glädjande nog finns det en tendens att allt mer realistiskt erkänna behovet av rimlig ekonomisk ersättning för detta som för andra arbeten. En framsynt politik på detta område kan i en grad som nu är svår att överblicka bidra till att människobehandling i individuellt anpassad och effektiv form kan byggas ut, så att man kan göra det bästa möjliga även för de särartade och skadade barnen.

För socialarbetare och barnpsykiater i ett par av våra grannländer ter sig vår nuvarande fosterhemsvård förvånande i sin relativt stora omfattning. Jag ser det som en vårdform, som kan lönsamt utbyggas och nyanseras betydligt mera än nu och som därtill ofta för både den vårdade och vårdaren ökar känslan av meningsfylld tillvaro.

Då resurserna inte är outtömliga, och efterfrågan på familjevård har uppkommit från olika håll, bl. a. inom mentalsjukvård, efterblivenhetsvård och inom ungdomsvårdsskoleorganisationen, synes det angeläget, att man omsorgsfullt avväger vilka enskilda fall som lämpar sig för denna vårdform, så att inte orealistiska överkrav leder till bakslag.

Livsföringen rationaliseras som bekant allt mera även på landsbygden, och det blir därigenom mindre utrymme åt vården av enskilda avvikande personer. Som en speciell möjlighet att i det läget bevara fördelarna med den lilla gruppens familjeliknande struktur kan man tänka sig storfosterhem. Därigenom kunde familjer som visat speciellt intresse och stor fallenhet för uppgiften som fosterföräldrar få ägna mera av sin

arbetstid åt att ta hand om en liten grupp barn eller ungdomar, och vid behov kunde de få hjälp av någon ytterligare anställd. Det är angeläget att de från början inriktas på nära samarbete med barnavårdsnämnden och gärna även står i regelbunden kontakt med en barnpsykiatriskt skolad läkare. För nervöst störda barn kan man även tänka sig små sjukhem av familjetyp, såsom Grunewald och Rabbowitz (1963) rekommenderat. Detta är exempel på sannolikt värdefulla komplement till fosterhemsvården, som även i sig själv, kritiskt och varsamt tillämpad, rymmer möjligheter till fortsatt utveckling och nyansering.

REFERENSER:

- Av Allmänna barnhuset verkställd fosterbarnundersökning, 1956: Hur går det för fosterbarnen? I. Sociala Meddelanden, s. 493—519.
- Berglind, R., 1961: Hur går det för fosterbarnen? II. Sociala Meddelanden, s. 105—120.
- Berglind, R., 1963: Hur går det för fosterbarnen? III. Sociala Meddelanden, s. 84—100.
- Bowlby, J., 1951: Maternal Care and Mental Health. WHO.
- Burlingham, D. and Freud, A., 1944: Infants without Families. International Universities Press, New York.
- Carlsson, D., 1962: Storfosterhem — är det något för svenska förhållanden? Barnavård och ungdomsskydd, s. 125—128.
- Granath, K.-E., 1958: Föräldrar och fosterföräldrar. Barnavård och Ungdomsskydd, s. 88—96.
- Grunewald, K. och Haak, B., 1960: Fosterbarn undersökta vid barnpsykiatrisk klinik. Socialmedicinsk tidskrift, s. 381—388.
- Grunewald, K. och Rabbowitz, G., 1963: Familjevård för psykiskt efterblivna. Socialmedicinsk tidskrift, s. 436—441.
- Hultstrand, B., 1962: Synpunkter på fosterhemsplacementar. Barnavård och Ungdomsskydd, s. 9—12.
- Jonsson, G.: Årsberättelse för år 1961 från Barnbyn, Skå.
- Lewis, H., 1954: Deprived Children, Oxford University Press.
- Nyländer, I., 1960: Children of Alcoholic Fathers. Acta Paediatrica, Suppl. 121.
- Rosén, G., 1962: Sociala Meddelanden, s. 268—269.
- Thysell, T., 1957: Fosterbarnets anpassningssvårigheter i sitt nya hem. Socialmedicinsk tidskrift, s. 421—429.
- Thysell, T., 1963: Föredrag vid Medicinska riksstämman, Stockholm. Därtill personligt meddelande 1962.
- Tolstrup, K., 1962: Personligt meddelande.
- Törnudd, M., 1956: Värmlösa barn i samhällets vård. Helsingfors stads publikationer Nr. 5.
- Vendel, S., Johnsson, G. och Hauge, B., 1959: "Kvalificerade fosterhem" som behandlingsalternativ. Socialmedicinsk tidskrift, s. 402—406.
- Waergeland, H., 1962: Personligt meddelande.