

# FFT-cannabis

En utvärdering



Kristina Carlsson, Linda Gardelöf Nordström, Pirkko Uusitalo

## Innehållsförteckning

Inledning .....	3
Bakgrund .....	4
Behandlingsmodellen.....	4
Syftet och frågeställningar .....	5
Tidigare forskning.....	6
Metod .....	7
Tillvägagångssätt .....	8
Bortfall .....	8
Resultat.....	8
Avslutande diskussion .....	11
Referenser .....	13
Bilaga 1 .....	15

## Inledning

Ungdomscentrum i Uppsala kommun har arbetat med Funktionell Familjeterapi, FFT och Haschavvänjningsprogrammet, HAP sida vid sida för familjer med ungdomar med cannabismissbruk. Ungdomscentrum är en verksamhet inom socialtjänstens öppenvårdsverksamhet, Råd och stöd.

FFT är en manualbaserad behandlingsmetod som utvecklades i USA under Jim Alexander i början av 1970-talet. Kjell Hansson, professor emeritus i Lund tillsammans med Marianne Cederblad, professor emerita, Lunds universitet tog modellen till Sverige i början av 1990-talet. I Uppsala har man arbetat med FFT sedan 2002. HAP är en svensk modell för behandling av cannabismissbruk i öppenvård som har utvecklats av Tomas Lundqvist, docent i psykologi i Lund. I Uppsala har man arbetat med modellen sedan mitten av 1990-talet. Båda dessa manualbaserade metoder har vuxit fram utifrån ett långvarigt praktiskt arbete. Båda dessa metoder finns noggrant beskrivna i manualer. (Alexander m fl 2007, Lundqvist m fl 1988)

I arbetet med HAP, som är ett individuellt program under sex veckor, har behandlingen vid Ungdomscentrum ofta avbrutits och ungdomen har inte kommit till fler träffar. Detta har i flera fall resulterat i placering av ungdomen utanför hemmet. I FFT fanns funderingar hos behandlare över hur man skulle kunna förbättra arbetet med ungdomar där det finns missbruk. I de familjer där en ungdom har rökt cannabis har FFT vid Ungdomscentrum i alltför många fall inte lyckats med att nå målet om drogfrihet. Detta har flertalet gånger resulterat i sammanbrott i behandlingen och ungdomen har placerats utanför hemmet. Familjerna till missbrukande ungdomar hamnar i ett stresstillstånd och börjar kommunicera och interagera på sätt som i sin tur vidmakthåller missbruket hos ungdomen och förhöjer stressen ytterligare hos familjen. Ungdomarna själva har ofta låg motivation till behandling och anser ofta att problematiken ligger utanför dem själva.

Ett sätt att få ungdomar att stanna kvar i öppenvårdsbehandling för cannabismissbruk är att involvera föräldrarna från början och genom hela behandlingen. Detta då ungdomen är en del av det system som familjen utgör och alla delar, ungdom, föräldrar och syskon är en del av både problemet och lösningen. Ungdomens missbruk ses som en ingång till att arbeta med hela familjen där det relationistiska perspektivet är lika viktigt som beteendeförändring. Både ungdom och föräldrar befinner sig i en utsatt position där de tillsammans tar ansvar för hur det

är just nu och den förändring de vill åstadkomma. När familjen, ungdomen och föräldrarna får större kunskap och nya redskap kan de stötta och hjälpa varandra till en tillvaro som är mindre problemtungd. I en undersökning som C.A.N. redovisade 2012 (Raninen m fl 2012) frågade man ett stort antal ungdomar (9 800) i årskurs 9 och årskurs 2 gymnasiet om vem de vill vända sig till för att få råd och stöd i frågor om narkotika. Ungdomarna vände sig helst till vänner (28%) och föräldrar kom på en andra plats med 22%. Det visar att ungdomar har stor tilltro till sina föräldrar.

## **Bakgrund**

Vi började arbetet med att utveckla en metod 2008 och har sedan 2009 arbetat med den metod som vi idag kallar för FFT-cannabis. Detta utvecklingsarbete har skett inom ramarna för befintliga resurser på Ungdomscentrum med metodstöd av professor emeritus Kjell Hansson, docent Thomas Lundqvist samt utvecklingsledare Gunilla Anderson, BUP Uppsala län.

Vi började 2009 att göra förmätningar, T1 och eftermätningar, T3 med de självskattningsformulär som finns i Journal Digital. Ungdomar lämnar också urinprover för narkotikaanalys under behandlingstiden. Intagningskriterier till FFT-cannabis är familjer med ungdomar i åldern 13-20 år där det finns ett cannabismissbruk eller en misstanke om cannabismissbruk. Terapeuten ska efter några träffar ha lyckats engagera familjen och familjen ska kunna träffa terapeuten ca en gång i veckan i början av behandlingen.

Om familjen och ungdomen påbörjar FFT-cannabis och det efter en tid visar sig att man inte når framgång i behandlingen, dvs att ungdomen inte slutar använda narkotika så ska behandlingen avbrytas. Familjen och ungdomen ska då erbjudas andra behandlingsalternativ.

## **Behandlingsmodellen**

Behandlingen är en korttidsbehandling om ca 10 – 15 träffar som sträcker sig över ca 6 månader. Metoden bygger dels på de teorier som finns i FFT, dvs systemteori, social inlärningsteori, kommunikationsteori, det salutogena perspektivet samt de educativa delar som ingår i HAP. Risk och skyddsfaktorer löper som en röd genom alla delarna i behandlingen.

FFT-cannabis har som mål:

\*drogfrihet hos ungdomen

\*ökad funktionell kommunikation inom familjen

\* ökad närvaro i skolan eller annan planerad sysselsättning

\*att familjen har fått kunskap om återfallsprevention.

Dessa fyra mål är viktiga utifrån den forskning som finns idag. Drogfrihet, avhållsamhet beskrivs i Socialstyrelsens Riktlinjer för behandling av missbruk som en viktig del när det gäller behandling av just cannabissmissbruk. Ökad funktionell kommunikation inom familjen vet man minskar familjestress och ökar goda familjerelationer som är en viktig skyddsfaktor ( Lagerberg m fl 2003) Bo Vinnerljung (Vinnerljung m fl 2010) ) har i sin forskning visat att fungerande skolgång är en annan viktig skyddsfaktor för ungdomar. Även copingstrategier dvs kunskap om återfallsprevention är en viktig skyddsfaktor (SOU 2011)

Behandlingen är uppbyggd i fem faser, engagemangs-, motivations-, beteendeförändrings-, generaliserings- och uppföljningsfas. Inom ramen för manualen tillåts individualisering, flexibilitet och anpassning genom att de metoder, strategier och tekniker som används i de olika faserna kan läggas till eller dras ifrån utifrån ungdomens och familjens specifika behov. Behoven hos ungdomen och familjen analyseras och bedöms kontinuerligt av terapeuten och genom att använda de olika faserna utifrån ungdomens och familjens situation, behov och resurser optimeras möjligheterna att nå målen.

FFT-teamet har regelbundna behandlingsträffar där terapeuterna träffas tillsammans för att diskutera specifika frågor, tex hur öka motivationen hos ungdomar som inte vill komma, hur kan terapeuten förstå just denna familj, vilka mönster har noterats, vilken funktion fyller beteendet och vilka risk och skyddsfaktorer finns. Varje session med familjerna ska filmas i den utsträckning det är möjligt för att kunna gå tillbaka och se vad terapeuten gjorde och hur kan man gå vidare. Kollegialhandledningsteamet fungerar som en del i kvalitetssäkringssystemet, där terapeutrollen och adherence är de centrala momenten. Behandlarna är certifierade FFT-terapeuter i ett certifierat FFT-team samt utbildade och tränade i HAP. Certifiering av FFT görs vartannat år av ”FFT-Sverige” för att kvalitetssäkra terapeuterna ([www.fft-sverige.se](http://www.fft-sverige.se)).

## **Syftet och frågeställningar**

Syftet med denna utvärdering är att titta på de resultat från för- och eftermätningar som vi har samlat in sedan 2009 för att se om ungdomarna blir drogfria och om familjerna fungerar bättre

avseende ökad funktionell kommunikation inom familjen. Vi vill även se om ungdomarnas oro för sig själva och om föräldrarnas oro för sin ungdom förändras.

## **Tidigare forskning**

I de sökningar som vi har gjort inför denna utvärdering när det gäller tidigare forskning om familjebehandling och cannabismissbruk hos ungdomar så finns det väldigt lite svensk forskning. Det har gjorts två studier av FFT i Sverige, en randomiserad i Lund (Hansson m fl, 2000) och en i Växjö (Hansson m fl, 2004) där det fanns en kontrollgrupp. Vid båda studierna var intagningskriteriet begynnande kriminalitet.

När det gäller HAP, som ju är en individuell behandlingsmetod så finns det en FoU-rapport från 2005 där Maria Ungdom presenterar en uppföljning av cannabisprogrammet. De redovisade en uppföljning av 50 ungdomar och konstaterar att de ungdomar som fullföljt behandlingen och som vid uppföljning var drogfria var de ungdomar som vid inskrivningen haft ett mindre tungt missbruk och en bättre relation till framförallt mamman. En annan svensk studie presenterades nyligen (Hodgins m fl 2013) där forskarna gjorde en femårsuppföljning av ungdomar med missbruksproblem av alkohol och narkotika. Slutsatsen där är att behandlingsinsatser i öppenvård inte verkade ha någon effekt på ungdomarnas missbruk.

Tittar man internationellt så finns det bla en effektutvärdering av Brief strategic family therapy (BSFT) där man jämför med ”treatment as usual” (TAU) (Robbins m fl 2011). Målgruppen är ungdomar med drogmisbruk. BSFT är en manualbaserad familjeterapeutisk metod med fokus just på missbruk hos ungdomar. Robbins mfl konstaterar att forskning kring familjebaserade behandlingsmetoder för ungdomar fortfarande är i sin linda och att det behövs mer forskning för att undersöka olika familjebehandlingsmetoders effektivitet. I studien om BSFT kan de se att familjer som får BSFT är mer engagerade och att familjerna och ungdomarna stannar kvar i behandlingen samt att föräldrarna rapporterar att familjen fungerar bättre efter behandling jämfört med de ungdomar som ingick i den ordinarie behandlingen, TAU.

En europeisk studie, INCANT, (Righter m fl 2013) konstaterar att det finns få evidensbaserade behandlingsprogram för ungdomar med cannabismissbruk. Studien jämförde Multidimensional family therapy (MDFT) med individuell psykoterapi.

## Metod

I vår utvärdering har vi samlat in data från 2009 genom självskattningsformulär där både ungdomar och föräldrar har besvarat ett stort antal frågor. Självskattningsformulären finns att tillgå i Journal Digital ( [www.journaldigital.se](http://www.journaldigital.se) ). Formulären administreras i behandlingens början och när behandlingen avslutas, således två mätpunkter. De självskattningsformulär som familjerna fyller i och som vi har tittat på i den här utvärderingen är:

Child Behavior checklist (CBCL) är en beteendefokuserad checklista som besvaras av ungdomens föräldrar eller motsvarande (Achenbach, 1991A, 1991B) Den mäter beteendeproblem i generella termer, samt i form av internaliserande kontra externaliserande problem.

Youth Selfreport (YSR) är den version av CBCL som fylls i av ungdomar i åldrarna 11-18 år (Achenbach, 1991A:1991C)

Frågor om familjemedlemmar (FoF) Självvarsinstrument som mäter dyader inom ett familjesystem (Hansson & Jarbin, 1997) Den svenska versionen består av 30 påståenden. Mamma, pappa eller annan i nätverket fyller i formuläret för att beskriva relationen till ungdomen och ungdomen besvarar formuläret för att beskriva relationen till mamma, pappa och/eller annan. Instrumentet har fyra olika delskalor; varav de tre första är Upplevd Kritik (UK), Upplevd Emotionell Involvering (UEI) samt Kritiska Kommentarer (KK). Höga värden innebär att man är kritisk till den andre parten i dyaden. Låga värden innebär att man är föga kritisk. På den fjärde delskalan Emotionell Överinvolvering, (EÖI) innebär höga värden att man är mycket känslomässigt involverad i den andra parten i dyaden, vilket betyder att man reagerar starkt på vad den andre gör, säger eller känner. Överinvolvering innebär att man försöker mäta en belastande närhet i relationen.

Familjerna fyller även i självskattningsformulär som inte ingår i den här utvärderingen. De är: Symptom Checklist (SCL -90), Känsla av sammanhang (KASAM), Familjeklimat, Livets stege, Audit och Dudit.

Den utvärderingsmetod som används är för och eftermätning. Vi har även tittat på bakgrundsvariabler så som ålder, kön och behandlingstid utifrån de statistiklistor som förs på enheten. I de journaler som förs av sjuksköterskorna så har vi hämtat uppgifter om urinprover. För analys av data har vi valt att använda oss av statistikprogrammet SPSS.

## **Tillvägagångssätt**

Datainsamlingen har pågått under perioden april 2009 till mars 2013 genom de självskattningsformulär som familjerna fyller i både före, T1 och efter behandling, T3. Familjerna har fått fylla i dessa formulär antingen vid ett besök hos oss eller att de har fått formulären hemskickade.

Urinproverna är övervakade och tas av leg sjuksköterska på enheten. Vi har valt att redovisa provsvar fyra veckor före behandlingsstart, under behandlingen och fyra veckor efter behandlingens slut.

## **Bortfall**

Under utvärderingsperioden har 43 familjer påbörjat behandlingen, 11 (25,6%) flickor och 32 (74,4%) pojkar. Av de familjer som har påbörjat behandlingen så har 15(34,9%) ungdomar remitterats via ett biståndsbeslut från socialtjänsten. 21(48,8%) familjer har själva sökt hjälp och tackat ja till FFT-cannabis. 4(9,3%) familjer har påbörjat behandlingen genom egen ansökan och under behandlingstiden så har det övergått till bistånd. 3(7,0%) ungdomar har remitterats via landstinget. Av de 43 familjer som har påbörjat behandlingen har 27 (62,8%) fullföljt behandlingen och 16 (37,2%) familjer har avbrutit behandlingen. Anledningarna till att behandlingen har avbrutits har varit ett fortsatt allvarligt missbruk hos 8 (47,1%) ungdomar, 3( 17,6%) ungdomar har inte accepterat kravet på att vidimera drogfrihet via urinprover. I 6(35,2%) fall har FFT-cannabis efter ett antal träffar bedömts i samråd med familjen inte vara den mest adekvata insatsen.

Av de 27 ungdomar som ingår i utvärderingen så har behandlaren inte lyckats få in T3 av 3 ungdomar YSR. I åtta familjer så har papporna av olika anledningar ej deltagit i behandlingen (ensamstående mammor) eller ej fyllt i T3.

## **Resultat**

När det gäller åldersfördelningen av de 27 ungdomar som genomfört behandlingen så är den yngsta 14 år och den äldsta 19 år. De flesta ungdomar 10 st (37%) var 17 år vid behandlingsstart. Könsfördelningen har varit 20 pojkar och 7 flickor.

Som vi nämnt tidigare så är behandlingstiden för FFT-cannabis ca 6 månader. I de 27 familjerna som genomfört behandlingen så har behandlingstiden varierat från 2 månader till 13 månader och den genomsnittliga behandlingstiden är 6,4 månader.



Av 27 ungdomar har 25 lämnat urinprover under behandlingstiden. En ungdom har inte samtyckt till prov vare sig före, under eller efter behandlingen. En ungdom uteblev från provlämning före och under behandling och lämnade positivt prov efter behandlingens slut. 10 ungdomar lämnade minst ett positivt prov inom en fyra veckorsperiod före behandlingsstart. Under behandlingstiden lämnade 6 av dessa 10 ungdomar minst ett positivt prov. 3 ungdomar av de 6 fortsatte att lämna minst ett positivt prov även efter avslutad behandling. 15 ungdomar har lämnat negativa prover före, under och efter behandlingen.

När det gäller självskattningsformuläret YSR så har 24 ungdomar svarat på T1 och T3. Av de 24 ungdomar som svarat så är medelvärdet på symtombelastningen vid T1 58,79 och vid T3 40,63. Medelvärdesförändringen mellan T1 och T3 är signifikant,  $p=0,000$ . Samtliga 27 mammor har fyllt i CBCL T1 och T3 och medelvärdet på symtombelastningen vid T1 är 40,41 och vid T3 22,30. Medelvärdesförändringen mellan T1 och T3 är signifikant,  $p=0,000$ . När det gäller papporna så har 19 stycken svarat på T1 och T3. Medelvärdet på symtombelastningen för T1 är 28,42 och för T3 16,05 och där är medelvärdesförändringen mellan T1 och T3 signifikant,  $p=0,000$ .

	Normalgrupp	Förmätning medelvärde, T1	Eftermätning medelvärde, T3	Signifikans
YSR,	38,4	58,79	40,63	0,000
CBCL, mammor	14,1	40,41	22,30	0,000
CBCL, pappor	14,1	28,42	16,05	0,000

Tabell 1. Medelvärde T1 och T3 jämfört med normalgrupp (Gustle m fl 2007) avseende YSR och CBCL.

Vid FoF där ungdomarna, 24 stycken, har svarat om mamma avseende upplevd kritik, UK är medelvärdet vid T1 2,40 och vid T3 2,12 och medelvärdessvärdesförändringen mellan T1 och T3 signifikant,  $p=0,008$ . Där ungdomen har svarat om mamma gällande kritik och klander, KK är medelvärdet vid T1 1,879 och vid T3 1,625 och medelvärdesskillnaden är signifikant,  $p=0,047$ . När ungdomen har svarat om mamma gällande upplevd emotionell involvering, UEI är medelvärdet vid T1 2,367 och vid T3 2,608. Medelvärdesförändringen är signifikant,  $p=0,054$ . När det gäller delskalan emotionell överinvolvering, EÖI så är medelvärdesförändringen inte signifikant.

Ungdomarnas 18 stycken svar om pappor i FoF avseende upplevd emotionell involvering, UEI är medelvärdet vid T1 1,933 och vid T3 2,356 och medelvärdesförändringen är signifikant,  $p=0,019$ . I de övriga delskalorna, upplevd kritik UK, kritik och klander KK och emotionell överinvolvering EÖI är medelvärdesförändringarna mellan T1 och T3 ej signifikant.

27 stycken mammor har svarat om ungdomar i FoF och på delskalan upplevd emotionell involvering, UEI är medelvärdet vid T1 2,941 och T3 2,763. Medelvärdesförändringen är signifikant,  $p=0,042$ . När det gäller kritik och klander så är medelvärdet vid T1 2,481 och vid T3 2,089. Medelvärdesförändringen är signifikant,  $p=0,005$ . På delskalan emotionell överinvolvering, EÖI är medelvärdet vid T1 3,274 och vid T3 2,548 där medelvärdesförändringen är signifikant med  $p=0,000$ . På den sista delskalan, upplevd kritik, UK är medelvärdesförändringen inte signifikant.

Vid FoF när pappor har svarat om sina ungdomar så är medelvärdet på delskalan kritik och klander, KK, vid T1 2,328 och vid T3 2,044. Medelvärdesförändringen är signifikant med  $p=0,048$ . På de resterande delskalorna emotionell överinvolvering, EÖI, upplevd emotionell involvering, UEI och upplevd kritik UK så är medelvärdesförändringen inte signifikant.

När det gäller 15 mammors svar om pappor i FoF så är medelvärdet vid T1 1,887 och vid T3 1,613 på delskalan kritik och klander. Medelvärdesförändringen är signifikant med  $p=0,007$ . På de övriga tre delskalorna är medelvärdesförändringen inte signifikant. När det gäller 13 pappors svar om mammor på FoF så är medelvärdesförändringen mellan T1 och T3 ej signifikant på någon av delskalorna.

	UK, upplevd kritik	KK, ger kritik	UEI, upplevd emotionell involvering	EÖI, emotionell överinvolvering
Ungdomar om mammorna	minskat	minskat	ökat	
Ungdomar om papporna			ökat	
Mammor om ungdomar		minskat	minskat	minskat
Pappor om ungdomar		minskat		
Mammor om pappor		minskat		

Tabell 2. De delskalor där det finns signifikanta skillnader mellan T1 och T3 när det gäller frågeformuläret Frågor om familjemedlemmar.

## Avslutande diskussion

Det här är en utvärdering som löpt parallellt med utvecklingen av metoden FFT-cannabis. Vi har under utvärderingsperioden 2009 till 2013 påbörjat behandling i 43 familjer och kan redovisa 27 familjer där vi har förmätning och eftermätning. Det finns många olika anledningar till det. En anledning är att vi som behandlare inte alltid har varit så noggranna i att ta in eftermätning. Familjerna har varit nöjda med behandlingen de har fått och målen har varit uppfyllda och familjerna har inte varit så motiverade att fylla i självskattningsformulären en gång till. Där kan vi konstatera att vi kan bli bättre på att motivera familjer till att fylla i även eftermätning. Ett antal familjer har i samråd med behandlaren avbrutit behandlingen då FFT-cannabis inte har varit den mest adekvata insatsen. Ingen familj har dock avbrutit behandlingen utan kontakt med ansvarig behandlare där någon form av avslut har gjorts. Ett av syftena med utvecklingen av FFT-cannabis var att involvera föräldrarna i högre grad i behandlingen och minska risken för att ungdomar avbröt behandlingen. Ett annat syfte med utvecklingen av FFT-cannabis var att komma åt missbruket hos ungdomarna. Tidigare i det vanliga FFT så visade det sig att ungdomarna gick igenom hela behandlingen och var fortsatt positiva på cannabis. 24 av de 27 ungdomar som ingår i denna utvärdering lämnade negativa urinprover efter avslutad behandling.

Liv och hälsa-ung genomförs av landstinget vartannat år i Uppsala, den senaste under våren 2013. Resultat därifrån visar att bland ungdomar i åk 2 gymnasiet så uppger 21% av pojkarna och 15% av flickorna att de någon gång använt narkotika. Dessa siffror är oförändrade sedan 2011. I vår utvärdering var 74,4% av de som påbörjade behandlingen pojkar och 25,6% var flickor. Frågan varför pojkar är så kraftigt överrepresenterade hos oss är intressant att fundera vidare på.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård (2007) rekommenderas att behandling av cannabissmissbruk ska innehålla omedelbar avhållsamhet av cannabis med regelbundna övervakade urinprover. Den stora merparten av ungdomarna i vår utvärdering har lämnat prover under behandlingen och visat på negativa prover. Vi har tittat på provresultat fyra veckor före påbörjad behandling och fyra veckor efter avslutad behandling. Det kan vara så att flera ungdomar har lämnat prover innan dessa fyra veckor och även haft någon form av samtalskontakt. Inkluderingskriteriet till FFT-cannabis är att det finns ett uttalat missbruk av cannabis hos ungdomen eller en allvarlig oro om det hos föräldrar, tex hittat cannabis i ungdomens ägo. Vi kan konstatera att i början av

utvecklingsarbetet av FFT-cannabis så provade vi oss fram i vad som skulle inkluderas i behandlingen. Idag är vi tydligare med att urinprover är en viktig del av behandlingen, dels som stöd för ungdomen i att avstå från att röka men även för att trygga föräldrarna med att deras ungdom är drogfri.

I tidigare forskning (Gustle m fl 2007) så konstaterar de att symtombelastningen i YSR hos ungdomar som fått FFT är 41,3. Symtombelastningen på YSR för ungdomar i normalgruppen är 38,4 och de ungdomar som är inom slutenvård på BUP har en symtombelastning på 60,9. De ungdomar som ingår i vår utvärdering har vid T1 en symtombelastning på 58,79. De ungdomar som vi har träffat i FFT-cannabis har en symtombelastning vid behandlingsstart som ligger i nivå med ungdomar inom BUP:s slutenvård. Vid eftermätning, T3 har ungdomars oro, symtombelastning för sig själva sjunkit till 40,63 och ligger därmed närmare normalgruppens nivå, 38,4. ( Gustle m fl 2007). Mammors symtombelastning har sjunkit från 40,41 till 22,30. Pappors symtombelastning har sjunkit från 28,42 vid T1 till 16,05 vid T3. Symtombelastning på CBCL för normalgruppen är 14,1 (Gustle 2007)

I den manual som ligger till grund för FFT-cannabis är ett av målen att öka den funktionella kommunikationen i familjen. Våra resultat i utvärderingen visar på signifikanta skillnader i några av delskalorna vid Frågor om familjemedlemmar framförallt mellan ungdomar och mammor. Vi kan också konstatera att ungdomar på delskalan upplevd emotionell involvering redovisar en skillnad före och efter behandling. Däremot så är medelvärdena vid T1 för dessa delskalor i samma nivå som referensvärdena dvs de familjer som deltar i utvärderingen har skattat sig på samma nivåer som familjer från normalpopulationen. I de resonemang vi hade när vi formulerade behandlingsmodellen så funderade vi kring vad missbruk hos en ungdom gör med familjen i termer av familjestress och kommunikation. I den här utvärderingen kan vi konstatera att de värden som vi får vid T1 på de delskalor som ingår i Frågor om familjemedlemmar ligger i nivå med de referensvärden som finns för normalpopulationen, vilket förvånar oss. Det vore intressant att titta närmare på familjestress, vad det innehåller och om det går att mäta på andra sätt och vad det gör med ungdomar och deras familjer när vi som i denna modell involverar hela familjen i behandlingen.

## Referenser

Achenbach, T (1991A). Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR & TRF profiles. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. (1991B). Manual for the Children Behaviour Checklist/4-18 & 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Achenbach, T. 1991C). Manual for the Youth Self-Report 1991 profile. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.

Antonovsky, A. (2005). Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur

Alexander, J. & Sexton, T. (2007). Funktionell familjeterapi – en manual. Malmö Palmkrons förlag.

Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Mailling-Thoresen, S (2002)  
SCL-90: Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan (No. 4/2002): Statens institutionsstyrelse.

Gustle LH, Hansson K, Sundell K, Lundh LG & Löfholm CA. (2007) Blueprints in Sweden. Symptom load in Swedish adolescents in studies of Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Nordic journal of psychiatry 61

Hansson, K (1989). Psykologi i tillämpning: F(amiljeklimat, en adjektivlista för familjediagnostik. (No. 1). Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet.

Hansson, K (2001). Familjebehandling på goda grunder: En forskningsbaserad översikt. Växjö: Förlagshuset Gothia

Hansson, K., Cederblad, M. & Höök, B. (2000) Funktionell familjeterapi. Socialvetenskaplig tidskrift, 3, 231-243.

Hansson, K., Johansson, P., Drott-Englén, G. & Benderix, Y. (2004).  
Funktionell familjeterapi i barnpsykiatrisk praxis. Nordisk psykologi, 56(4), sid. 304-320.

Hansson, K & Jarbin, H (1997). A new self-rating questionnaire in Swedish for measuring expressed emotion. Nordic Journal of Psychiatry 51:287-297

Hodgins, S., Lövenhag, S., Rehn, M. Nilsson, W. K.(2014). A 5-year follow-up study of adolescents who sought treatment for substance misuse in Sweden. European child & adolescent psychiatry 23(5)

Lagerberg, D., & Sundelin, C.(2003) Risk och Prognos i Socialt Arbete med Barn. Förlagshuset Gothia.

Lundqvist, T & Eriksson, D (1988) Vägen ut ur haschmissbruket: En behandlingsmodell för öppenvård. Lund: Studentlitteratur

Lundqvist, T. & Eriksson, D. (2007) Den teoretiska bakgrunden till Haschavvänjningsprogrammet (HAP)- en metod för behandling av cannabismissbruk. Socialmedicinsk Tidskrift nr 1, 2007.

Petrell B., Blomkvist J. & Lundqvist T. (2005) Ut ur dimman, FoU-rapport 2005:19, Stockholms stad

Ramström, J. (2004) Skador av hasch och marijuana. En genomgång av vetenskapliga studier publicerade till och med hösten 2003. Statens folkhälsoinstitut.

Raninen A, Dahlman N & Raninen J (2012) Ungas frågor om alkohol och droger Drugsmart 2012, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Åtta.45 Tryckeri AB.

Rigter, H., Henderson, C., Pelc, I., Tossman, P., Phan, O., Hendriks, M. & Rowe, C. (2013) Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomized controlled trial in Western European outpatient settings. Drug and alcohol dependence. Volume 130.

Robbins, M., Feaster, D., Horigian, V., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K., Burlew, K., Hodgkins, C., Carrion, I., Vandermark, N., Schindler, E., Werstlein, R. & Szapocznik, J. (2011) Brief strategic family therapy versus treatment as usual: Results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. Journal of consulting and clinical psychology, Vol 79(6).

Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård Lindesberg: Begslagens Grafiska AB

SOU 2011:35 (2011) Bättre insatser vid missbruk och beroende.

Vinnerljung, B. Berlin, M. & Hjern, A. (2010). Skolbetyg, utbildning och risker för ogynsam utveckling hos barn. Social rapport 2010, Stockholm: Socialstyrelsen.

Wiklund, I., Gorkin, L., Pawitan, E., Schron, E., Schoenberger, J., Jared, LL, & Schumaker, S. (1992) Methods for assessing quality of life in the Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST). Quality of Life Research, 1(3), 187-201

Internetkällor

[www.fft-sverige.se](http://www.fft-sverige.se)

[www.journaldigital.se](http://www.journaldigital.se)

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

## Bilaga 1

		Paired Differences					t	df	Sig.
		Medelvärde	Standardavvikelse	Medelfel för skillnaderna	95% Confidence Interval of the				
					Lower	Upper			
Pair 1	CMCL Mamma T1 - CBCL Mamma T3	18,1110	14,0010	2,6940	12,5730	23,6500	6,7220	26	0,00
Pair 2	CBCL Pappa T1 - CBCL Pappa T3	12,3680	8,7000	1,9960	8,1750	16,5620	6,1970	18	0,00
Pair 3	YSR T1 - YSR TR	18,1670	21,8070	4,4510	8,9580	27,3750	4,0810	23	0,00
Pair 4	FoF IP>Ma T1 UK - FoF IP>Ma T3 UK	0,2750	0,5211	0,1064	0,0550	0,4950	2,5850	23	0,08
Pair 5	FoF IP>Ma T1 UEI - FoF IP>Ma T3 UEI	-0,2417	0,7101	0,1450	0,5415	0,0582	-1,6670	23	0,054
Pair 6	FoF IP>Ma T1 KK - FoF IP>Ma T3 KK	0,2542	0,7126	0,1455	0,0467	0,5551	1,7470	23	0,047
Pair 7	FoF IP>Ma T1 EÖI - FoF IP>Ma T3 EÖI	0,1500	0,4709	0,0961	0,0488	0,3488	1,5610	23	0,066
Pair 8	FoF IP>Pa T1 UK - FoF IP>Pa T3 UK	0,2667	0,9714	0,2290	-0,2164	0,7497	1,1650	17	0,130
Pair 9	FoF IP>Pa T1 UEI - FoF IP>Pa T3 UEI	0,4222	0,7997	0,1885	-0,8199	-0,0246	-2,2400	17	0,019
Pair 10	FoF IP>Pa T1 KK - FoF IP>Pa T3 KK	0,1000	0,5911	0,1393	0,1940	0,3940	0,7180	17	0,242
Pair 11	FoF IP>Pa T1 EÖI - FoF IP>Pa T3 EÖI	-0,0111	0,3546	0,0836	-0,1875	0,1652	-0,1330	17	0,448
Pair 12	FoF IP>Ma T1 UK - FoF IP>Ma T3 UK	0,8890	0,6123	0,1178	-0,1533	0,3311	0,7540	26	0,229
Pair 13	FoF IP>Ma T1 UEI - FoF IP>Ma T3 UEI	0,1778	0,5154	0,0992	-0,0261	0,3817	1,7920	26	0,420
Pair 14	FoF IP>Ma T1 KK - FoF IP>Ma T3 KK	0,3926	0,7426	0,1429	0,0988	0,6864	2,7470	26	0,005
Pair 15	FoF IP>Ma T1 EÖI - FoF IP>Ma T3 EÖI	0,7259	0,6437	0,1239	0,4713	0,9806	5,8600	26	0,000
Pair 16	FoF Ma>Pa T1 UK - FoF Ma>Pa T3 UK	0,1000	0,5305	0,1370	-0,1938	0,3938	0,7300	14	0,239
Pair 17	FoF Ma>Pa T1 UEI - FoF Ma>Pa T3 UEI	-0,2000	0,7171	0,1852	0,1971	-1,0800	14,0000	14	0,149
Pair 18	FoF Ma>Pa T1 KK - FoF Ma>Pa T3 KK	0,2733	0,3826	0,0988	0,0615	0,4852	2,7670	14	0,007
Pair 19	FoF Ma>Pa T1 EÖI - FoF Ma>Pa T3 EÖI	0,1067	0,6573	0,1697	-0,2574	0,4707	0,6280	14	0,270
Pair 20	FoF Pa>IP T1 UK - FoF Pa>IP T3 UK	0,1278	0,4268	0,1006	-0,0844	0,3400	1,2700	17	0,111
Pair 21	FoF Pa>IP T1 UEI - FoF Pa>IP T3 UEI	-0,0222	0,5610	0,1322	-0,3012	0,2568	-0,1680	17	0,435
Pair 22	FoF Pa>IP T1 KK - FoF Pa>IP T3 KK	0,2833	0,6854	0,1615	-0,0575	0,6242	1,7540	17	0,048
Pair 23	FoF Pa>IP T1 EÖI - FoF Pa>IP T3 EÖI	0,0889	0,6588	0,1553	-0,2387	0,4165	0,5720	17	0,288
Pair 24	FoF Pa>Ma T1 UK - FoF Pa>Ma T3 UK	-0,0231	0,4400	0,1220	-0,2890	0,2424	-0,1890	12	0,427
Pair 25	FoF Pa>Ma T1 UEI - FoF Pa>Ma T3 UEI	-0,1846	0,8305	0,2303	-0,6865	0,3173	-0,8010	12	0,219
Pair 26	FoF Pa>Ma T1 KK - FoF Pa>Ma T3 KK	0,2846	0,7570	0,2100	-0,1728	-0,7421	1,3560	12	0,100
Pair 27	FoF Pa>Ma T1 EÖI - FoF Pa>Ma T3 EÖI	0,1077	1,0136	0,2811	-0,5048	0,7202	0,3830	12	0,354