



”Hon såg att min dotter hade kompetens...”

Familjers upplevelser av verksamma faktorer i det familjeterapeutiska mötet

Ann-Christine Höglund Skoog

Psykoterapeutprogrammet Inriktning Familjeterapi, 90hp

Examensarbete 15hp

Handledare: Lena Wiklund Gustin, Docent i Vårdvetenskap

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare forskning visar på att det relationella perspektivet i mötet med terapeuterna har stor betydelse för utfallet i terapierna oavsett metod eller modell. Att forska tillsammans med de som efterfrågar och behöver vår hjälp känns angeläget då det är de som kanske mest av alla kan bidra med värdefulla kunskaper utifrån deras egna upplevelser.

Syfte: Syftet med studien är att beskriva vad patienter upplevt vara verksamt i mötet med terapeuter i ett kris och konsultationsteam.

Metod: Studien har en kvalitativ induktiv ansats. Data insamlades genom intervjuer och analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier som framstod som viktiga faktorer för en hjälpsam terapeutisk kontakt; att känna tillit, att vara tillgänglig samt att se det som fungerar.

Slutsats: Att det är många faktorer som påverkar utfallet i terapierna bekräftas även i denna studie. En röd tråd har varit vikten av relationen till terapeuten. Däremot har det varit svårt att mer specifikt få fram terapeutfaktorer som egenskaper och kvalitéer. Beskrivningar handlar om känslan i mötet och hur det upplevts. Hur man som terapeut *är* mot de som söker vår hjälp kan ha större betydelse än vad man *gör* i det terapeutiska sammanhanget belyses. Att möta upp snabbt minskar lidandet, får människor att känna sig tagna på allvar och har dessutom ekonomiska fördelar.

Sökord: verksamt i terapi, familjeterapi, psykoterapi

SUMMARY

Background: Earlier research indicates that the relational perspective in meeting with therapists has great significance for the outcome of the therapies irrespective of method or model used. To investigate together with those who request feels urgent when it is they who perhaps most of all can contribute worth while input from there own experience.

Propose: The purpose of the study is to describe what patients have experienced to be effective in the meeting between therapists in a crisis and consultationteam.

Method: The study has a qualitative inductive approach. Data was gathered through interviews and analyzes with help of qualitative content analysis.

Findings: The analysis result in the emergence of three categories; to establish trust, to be available and to determine what works.

Conclusion: That many factors affect the outcome in therapies is confirmed even in this study. A common theme through the study has been the import once of the relationship to the therapist. On the other hand it is difficult to more specifically uncover therapeutic factors such as characteristics and qualities. Descriptions deal with the emotion dimension in the encounter and how it is experienced. *How* a therapist approaches those who seek ones help has potentially greater significance than *what* one does in the therapeutic context is illustrated. To meet up as quickly as possible decreases the suffering, allows persons to feel that they are truly taken seriously which in addition also has economic advantages.

Keyword: effective in therapy, family therapy, psychotherapy

INNEHÅLL

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1. Kris och Konsultationsteamets uppdrag i dag.....	2
2.2. Teamets sammansättning och kompetens.....	3
2.3. Hur arbetar teamet praktiskt.....	3
2.4. Familjeterapi.....	5
2.5. Teoretiska utgångspunkter som inspirerat Kris och Konsultationsteamets arbetssätt och metoder.....	6
3. TIDIGARE FORSKNING	7
3.1. Effektstudier.....	8
3.2. Processtudier.....	9
3.3. Samforskning.....	11
3.4. Forskningssammanfattning.....	11
4. SYFTE	12
4.1. Frågeställningar.....	12
5. METOD	13
5.1. Urval och rekrytering av informanter.....	13
5.2. Intervjun.....	14
5.3. Bearbetning och analys av data.....	14
5.3.1. Tabell 1. Analysprocessen.....	15
5.4. Etiska överväganden.....	16
6. RESULTAT	16
6.1 Att känna tillit	16
6.1.1. Trygghet.....	17
6.1.2. Engagemang.....	17
6.1.3. Flexibilitet.....	17
6.1.4. Gå utöver ramarna.....	18

6.1.5. Förståelse.....	18
6.2 Att vara tillgänglig.....	19
6.2.1. Lätt att få kontakt.....	19
6.2.2. Få komma fort.....	19
6.2.3. Kontinuitet.....	19
6.3. Att se det som fungerar.....	20
6.3.1. Kompetensförklara.....	20
6.3.2. Se sammanhanget.....	20
6.3.3. Möta förväntningar och krav.....	20
7. DISKUSSION.....	21
7.1. Resultatdiskussion.....	21
7.1.1. Att känna tillit.....	21
7.1.2. Att varav tillgänglig.....	22
7.1.3. Att se det som fungerar.....	23
7.2. Metoddiskussion.....	23
7.2.1. Urval och rekrytering av informanter.....	23
7.2.2. Intervjun.....	24
7.2.3. Innehållsanalysen.....	24
7.3. Slutsatser.....	25
REFERENSER.....	26

Bilaga 1.

Bilaga 2

1. INLEDNING

Mitt intresse för familjeterapi började 1978 då jag som nyutbildad kom till barn och ungdomspsykiatri. Sedan dess har jag upplevt en fantastisk utveckling och förändring vad gäller hur vi bedömer, beskriver och behandlar de familjer som söker hjälp. Utveckling har skett genom påbyggnadsutbildningar, vi har tagit del av aktuell forskning, kanske forskat själva eller bidragit med utvärderingar. De erfarenheter många inom verksamheten erhållit genom åren har inte bara bidragit till att öka kunskapsnivån utan förpliktar också till att ta ansvar för kunskaperna och generöst dela med oss till nya medarbetare och studenter då ett generationsskifte är en verklighet redan idag på kliniken liksom inom många verksamheter.

Den medicinska delen har vunnit en betydande större del i arbetet då barnpsykiatri blivit en alltmer specialiserad verksamhet inom hälso- och sjukvården. Psykiatriska diagnoser/ beskrivningar används utifrån ett individuellt perspektiv och fokus blir således på beteende och symtombeskrivningar. Vi alla lever i ett sammanhang av andra betydelsefulla personer i vår närhet så som föräldrar, syskon, släkt och vänner, arbetskamrater och skolkamrater, partners. Att få vara viktig och betydelsefull i relation till andra ger oss både självkänsla och tillfredsställelse och påverkar vår psykiska hälsa oavsett vi är unga eller gamla. Men också kost, motion, sömn och livsstilen i stort påverkar oss i stor utsträckning. Patienter som söker för psykisk ohälsa bör därför alltid bedömas utifrån det sammanhang som de lever och verkar inom.

I min uppsats har jag intresserat mig för att få höra människorna själva berätta om hur de upplevt mötet med professionella då oro, ångest och psykiska hälsa varit i gungning. En del av familjerna har blivit erbjudna kontakt med Kris och konsultationsteamet då familjerna bedömts vara i behov av tidiga insatser. Det är familjer som på något sett uttryckt att de varit bekymrade för sina barns hälsa och utveckling så pass att vardagen inte längre fungerar.

Jag har i mitt kliniska arbete ofta funderat på vad som verkligen är verksamt i terapin eller vad som uppfattats varit dem till hjälp. I slutenvården kunde kontakterna sträcka sig från några dagar till årslånga. I terapisessionerna i den öppna vårdkontexten blir möten och samtal mer fokuserade, avgränsade, styrda till tid och rum på ett annat sätt. Jag har ändå någonstans alltid uppfattat att mitt sätt att vara, min personlighet och mitt förhållningssätt påverkat relationen till den eller de jag mött. Med fler verktyg, det vill säga studier, metoder, erfarenheter, egen utveckling har jag kanske blivit mer så kallad professionell. Mötet med de

jag träffar är sig likt på ett sätt men också annorlunda. Skillnaden ligger hos mig själv som människa och terapeut men också sammanhanget har förändrats för de som söker professionell hjälp.

Uppsatsen är ingen utvärdering av verksamheten utan en kvalitativ studie utifrån människors egna upplevelser så som de själva berättar den.

2. BAKGRUND

Arbetet på BUP-kliniken präglas av ett salutogent förhållningssätt där målsättningen är att i samverkan utarbeta insatser som är till hjälp och stöd utifrån de bedömda behoven.

Behandling ska följa aktuell kunskapsutveckling och forskning inom fältet och ske utifrån erfarenhet och beprövad vetenskap och präglas av ständig utveckling och integrering av nya forskningsresultat och ny kunskap. Utgångspunkten är att se och möta barnet utifrån sitt sammanhang. (Verksamhetskontrakt, Enhetsbudget BUP, 2011).

Vid en omorganisation i slutet på 1990-talet reducerades klinikens slutenvård. Detta berodde både på ekonomiska och ideologiska skäl och det fanns en strävan mot öppnare vårdformer. 1997 startade kliniken ett Kris och konsultationsteam som skulle ta emot familjer i behov av akuta insatser i samband med kriser såsom självmordsförsök, intoxicationer eller andra krissituationer. Teamet skulle också kunna avlasta ordinarie öppenvårdsteam genom att hålla i nätverksmöten, bistå som reflekterande team eller handlägga ärenden som blivit mer akuta. 2008 hade ett strategiskt arbete under ca 10 års tid för att minska behovet av slutenvård varit så framgångsrikt att slutenvården stängdes. Det fanns inte längre underlag för att driva en slutenvårdsavdelning för länet då familjerna allt oftare fick hjälp på annat sätt bland annat med insatser från Kris och konsultationsteamet. Ett dagmobilt team skapades i samband med slutenvårdens stängning för att möta upp familjer med behov av intensiva insatser framförallt i hemmiljö. Avtal med annan slutenvårdsklinik skrevs och åren från 2008 och framåt har köpt slutenvård från annan klinik varit sparsamt utnyttjat.

2.1. Kris och Konsultationsteamets uppdrag i dag

Teamet kännetecknas av att kunna ge snabba insatser, vara flexibla och mobila, ha ett familje- och nätverksperspektiv, se till att ansvaret ligger kvar hos familjen, stå för kontinuitet, tolerera och stå ut med en viss osäkerhet samt möjliggöra dialog med och i familjerna på ett nytt sätt. En ambition är att förebygga beroende av professionella och i stället bidra till att

aktivera det naturliga nätverket. Samverkansavtal finns med barnklinik för bedömning av patienter som blivit inlagda på grund av självdestruktivt beteende, intoxicationer eller suicidförsök. Likaså gäller det ett upparbetat samarbete med socialtjänsten i ärenden där alkohol eller droger varit indikationer för inläggning på barnklinik eller akuten

Teamet arbetar utifrån ett hälsoperspektiv där huvudsyftet är att barnet/ungdomen ska kunna må så pass bra att man får till en fungerande vardag med familj, skola och kamrater. Huvudsakliga insatser görs till barn, ungdomar och deras familjer där suicidhot eller suicidförsök gjorts samt där plötsliga händelser inträffat i familjers liv som påverkat deras förmåga att på egen hand hantera den uppkomna situationen. Teamet erbjuder familjeterapeutiska insatser och försöker även få med dem som är berörda av den uppkomna situationen. Möjligheter till individuella samtal förekommer liksom föräldrasamtal. Medicinska insatser bedöms och erbjuds vid behov.

Teamet har utarbetat ett lokalt vårdprogram vid arbete med ungdomar som har ett suicidnära beteende. Socialstyrelsens riktlinje för god och säker vård (SOSFS 2005:12) har fungerat som utgångspunkt.

2.2. Teamets sammansättning och kompetens

Två psykologer, en sjuksköterska och en läkare samt en enhetschef utgör teamet. Kravet för att arbeta i detta team har varit gedigen erfarenhet, samt familjeterapiinriktad påbyggnadsutbildning förutom legitimationsgrundande utbildning. Arbetet kräver god samarbetsförmåga, stor flexibilitet, nyfikenhet och en ödmjukhet inför det vi möter men också gentemot varandra. Att värna om våra egna relationer och vår arbetsmiljö ses som viktiga kriterier. Familjeterapihandledning ses som utvecklande, lärande och kvalitetshöjande men också som en extra resurs då vi ofta har direkthandledning tillsammans med familjerna.

2.3. Hur arbetar teamet praktiskt?

Ärenden kommer till vår kännedom via remiss, telefonrådgivning eller från andra team. Dagen startar med en gemensam samling då vi går igenom inkommande ärenden samt stämmer av med varandra hur dagen kan komma att se ut och om vi behöver hjälpa varandra i något ärende. Nya ärendena bedöms utifrån dess karaktär och oftast erbjuds ett första samtal så snart som möjligt. Vi arbetar oftast två i ett ärende men är flexibla. Ibland vill någon ungdom prata själv och då kan vi dela upp oss. Kontinuitet ses som viktigt och vi försöker se

till att det är samma terapeuter under hela tiden familjen behöver kontakt. Däremot kan vi ta hjälp av varandra tillfälligt, tex som reflekterande team.

Vi som arbetar professionellt med andra människor behöver förstå sammanhangets betydelse för utvecklingen av den psykiska hälsan, vad relationerna betyder och bidrar med för att förändra vårt beteende och vårt psykiska mående. Den största utmaningen för professionella som möter människor med psykisk ohälsa blir att försöka göra rimliga bedömningar, stödja och erbjuda behandlingar i samråd med de sökande utifrån deras unika situation och vad de själva uttrycker att de vill ha hjälp med. Vi bör också förhålla oss till aktuell vetenskap och beprövad erfarenhet för att nå bästa resultat. Att utgå från just den här unika personen med sin livshistoria och erfarenhet är det som blir det svåra men där jag många gånger förvånats över hur pass lite som ibland behövs för att det ska bli en skillnad i positiv riktning. Jag syftar på vårt bemötande, vår förmåga att lyssna och vara i personernas fulla uppmärksamhet, vara närvarande i stunden, hjälpa till att lyfta fram människors egna förmågor och styrkor, våga se och höra när omsorgsförmågan hos föräldrar sviktar eller när ett barn försöker beskriva att de inte hittar någon utväg ur den situation de hamnat i.

Det är viktigt att människor känner sig hörda och blir respekterade utifrån den berättelse de vill delge oss. Att få möjlighet att bli bemött utifrån ett medmänskligt, kärleksfullt och professionellt perspektiv som utgår från människans sammanhang och behov. Bemötandet och alliansen med dem som söker är ofta faktorer som i studier påvisats ha stor betydelse för utgången av resultatet och som många forskare anser behöver studeras mer. Framgång i terapier har många olika faktorer som påverkar. Att studera några av dessa faktorer kan förhoppningsvis hjälpa oss professionella att utveckla vår förmåga att möta människor på ett positivt och professionellt sätt så att de får hjälp med det de söker för. Metoderna eller de olika inriktningarna har betydelse men också på vilket sätt vi möts i samskapande och gemensamma projekt för att utvecklas framåt. Vi behöver ständigt arbeta fram metoder och andra verktyg i den professionella verktygslådan som blir till stöd i det terapeutiska arbetet. Teknik och behandlingsmetoder får dock inte styra så vi missar det äkta mötet, det som kanske gör skillnaden.

När händelser av mer akut karaktär eller något plötsligt hänt är behov och motivation till att förändra och hitta lösningar som störst. Som professionella vill vi tillvarata detta tillfälle. Risken för att problem och bekymmer att växa sig större elimineras om man erbjuds en tid

relativt snabbt. Lidandet hos den som är drabbad kan ibland vara outhärdlig men även hos dem som finns nära. Att arbeta flexibelt och tillsammans har flera fördelar. Dels använder vi oss av flera kompetenser, vi lär också av varandra samt att det finns ett arbetsmiljöperspektiv utifrån att många ärenden kan vara psykiskt krävande. Vi behöver ibland göra snabba bedömningar av tex självmordsbenägenhet eller omsorgsförmåga hos anhöriga och det kan då kännas bra att vara fler i en sådan situation för en korrektare bedömning.

2.4. Familjeterapi

De teoretiska rötterna går tillbaka till filosofen Wittgensteins (1968) idéer om språkets betydelse som skapar vår verklighet till den amerikanske biologen Batesons (1998) idéer om hur allt hänger samman i stora och små system som påverkar varandra. Familjen är ett system men inte vilket system som helst. Ringborg (2008) lyfter fram saknaden efter en teori om familjen eftersom familjen inte är vilken grupp som helst, inte vilket problemdefinierat system som helst utan ett socialt system med både destruktiva och salutogena krafter.

Familjeterapi är en form av psykoterapi där man arbetar med hela eller delar av familjer för att lösa problem, bemästra svåra livssituationer och komma vidare i kriser. Familjeterapi introducerades i Sverige i slutet av 1960-talet och har sedan dess utvecklats och fått en bred spridning över landet. Då man tidigt kunde påvisa positivt dokumenterade effekter av familjeterapi blev denna inriktning en av de första som godkändes för legitimation som psykoterapeut i Sverige. Familjeterapi uppstod som en reaktion på individuella behandlingar då man sett att behandlingseffekter gick tillbaka efter det att individen återgått till familjen. Förståelse för att familjen både kunde bidra till uppkomsten av ett problem liksom vidmakthållandet. Numera ställer man desto större vikt vid familjen som en positiv resurs för övervinnandet av olika svårigheter (Samrådsforum, 2008).

Hansson (2004) skiljer på familjeterapi och familjebehandling. Familjeterapi kan ses som en specialinriktning av familjebehandling och som leds av en utbildad psykoterapeut med familjeterapeutisk inriktning. Familjeterapi reduceras inte till en fråga om teknik eller metod utan speglar ett synsätt på livsproblem där relationerna till närstående viktiga personer ses som avgörande för hur livet gestaltar sig. Detta synsätt leder intresset mot den grupp som har den största direkta betydelsen för vår utveckling, nämligen familjen. (Lundsby et al, 2000).

Familjeterapin idag grundar sig på kunskaper om vad det är för faktorer i människors liv som skapar hälsa, det salutogena perspektivet. Huvudintresset riktas mot här och nu och mot framtiden, medan det förflutna spelar en bakgrundsroll. Terapeuten är förhållandevis mer intresserad av att urskilja resurser och positiva erfarenheter än av brister och ofullkomligheter. Men det utesluter inte att man också fokuserar på svåra upplevelser, men det kommer att ta mindre plats än många föreställer sig (Ringborg, 2008).

2.5. Teoretiska utgångspunkter som inspirerat Kris och konsultationsteamets arbetssätt och metoder.

Teoretiskt har teamet inspirerats av systemteorin. Delarna hänger samman i ett ömsesidigt samspel där alla påverkar och påverkas av varandra. Förändringar i familjen kan motverkas eller förstärkas. Sker en förändring i någon del påverkas också de andra. Ett psykoteraeutiskt förändringsarbete kan alltså bli mer verkningsfullt om olika delar av det system som omger den lidande personen engageras i processen. Förändringsprocessen kan ofta bli mer intensiv om flera personer ur samma system tar med sig erfarenheterna från samtalen och använder dessa mellan samtalen. På så sätt kan psykoterapin ofta bli både kortare och mer intensiv. Återgången till problemet blir sannolikt mindre om de närstående har genomgått en gemensam förändringserfarenhet.

Tom Andersen (1994) räknas till de språkssystemiska teoretikerna och har inspirerat teamets arbetssätt genom att praktiskt arbeta med reflekterande processer i det dagliga arbetet med familjerna vi möter. Han har vidareutvecklat den systemiska familjeterapimodellen och övergett Milanoteamets (Boscolo, 1990) neutrala intervjuarposition till mer reflekterande processer tillsammans med klienterna i ett försök att förstå deras verklighet. Han stod för ett sätt att relatera till människor som präglats av ödmjukhet, respekt och nyfikenhet. Utan samtalet, ett möte i språket, kan vi aldrig veta vad som är verkligt för en annan människa, var Andersens utgångspunkt. Vi behandlare kan bara utveckla oss i vår förmåga att leda och delta i samtal så att människor får tillgång till sin egen kreativitet (Andersen, 1994). Denna variant av systemisk familjeterapi har rönt ett mycket stort internationellt intresse.

White (1991) tillhör de narrativa terapeuterna som också inspirerat teamets arbetssätt. Han har lyft den alternativa berättelsen från problemberättelsen och gjort berättelsen mer fyllig och innehållsrik i beskrivningen. Även ett unikt tillfälle kan bli ingången till en alternativ berättelse. Målet med arbetet blir att få makt över problemet och skapa en känsla över att

kunna hantera problemet på egen hand. Ett viktigt steg blir att försöka skilja ut problemet från personen. Problemet är problemet och personen den unika person den är. Den externaliserande konversationen handlar om att i stället för att objektifiera människan och kroppen så är det problemet som objektifieras. Det är problemet som ställer till det, inte personen (White, 1991).

En tredje terapeut som inspirerat är Furman (1993) som lyft fram det lösningsfokuserade förhållningssättet genom att sätta fokus på det som fungerar. Han har också påmint teamet om den egna arbetsgruppens känsla av arbetsglädje för vår egen utveckling och tillfredsställelse i arbetet. Vi behöver alla arbeta med våra relationer för att få dem att fungera på ett positivt sätt för oss själva och för de vi möter om det så är klienter eller kolleger (Furman, 2003).

För att undvika lidandet är bekräftelse av människans värdighet viktig. Det innebär att inte kränka patienten, att inte fördöma eller utöva makt, att visa respekt, att säga ett vänligt ord eller ge en vänlig blick, att stödja och uppmuntra. Det viktigaste med lidandet i vården är att våga möta det. En god vård, som är etisk och som strävar mot att minska lidandet, har sin grund i kärlek till och ansvar för den andre (Eriksson, 1995).

3. TIDIGARE FORSKNING

I aktuell forskning kring vilka faktorer som leder till en framgångsrik behandling framkommer en mycket komplex bild av vilken psykoterapiform som är mest effektiv. Sandell (2004) uppger att variationen i behandlingsresultat för olika terapeuter inom samma terapiform är sex gånger större än variationen mellan olika terapeutformer. Han lyfter fram faktorer som terapeutisk allians eller terapeutisk empati, men också att det har betydelse hur psykoterapeuten lyckas skapa ett sammanhang i vilket patientens psykologiska problem blir begripligt och hanterbart i större utsträckning. Psykoterapeuter från olika skolor kan skapa en sådan utvecklingsfrämjande kontext med olika medel och metoder.

I upprepade metaanalyser har psykoterapi visat sig ha stor generell effekt. Specifika effekter har däremot visat sig små eller mycket små. Effekten av gemensamma faktorer har däremot visat sig betydande. Dit hör bl a förväntningseffekter, den terapeutiska alliansen och terapeutens skolanknytning (a.a).

Wampold (2001) beskriver att det i huvudsak finns två alternativa modeller på psykoterapimarknaden. Han kallar dem "the medical method" respektive "the contextual model". I den förra modellen är det tekniken i sig som är tänkt att åstadkomma förändringen. I contextmodellen är resultatet av en psykoterapi en effekt av faktorer som ingår som ingredienser i alla former av psykoterapi tex en motiverad och hoppfull patient, en terapeut som erbjuder en respektfull, varm kontakt, en utvecklande relation. Modellen utesluter inte tekniskt tillvägagångssätt. Poängen är att vad som uppfattas som effektivt inte bestäms av tekniken i sig utan av i vilken mån tekniken överensstämmer med både terapeutens och patientens uppfattning om vad som är effektivt i det specifika fallet. Ett förhållningssätt anpassat efter patienten.

Den familjeterapeutiska forskningen står idag på fast grund både internationellt och nationellt. Effektstudier studerar om en viss behandling, modell eller teknik har avsedd effekt i jämförelse med andra behandlingar. Processtudier, contextmodellen, studerar vad eller vilka faktorer som har effekt inom en viss behandling eller över flera behandlingsformer. Dessutom har det inom familjeterapikretsar utvecklats vad som kallas samforskning. Den fokuserar på att fördjupa förståelsen av vad som är verksamt i den psykoterapeutiska processen tillsammans med de som söker hjälp (Samrådsforum, 2008). Begreppet samforskning myntades av den norske psykiatriprofessorn Tom Andersen (Andersen, 1995) som en idé att bjuda in klienten som medforskare för att dels försöka förstå och synliggöra vad som är verksamt i samtal för klienterna, men också vad som inte är det.

3.1. Effektstudier

Hansson (2004) ställer frågan om det är familjeterapi i allmänhet som är verksamt eller om det är en specifik modell som är verksam vid ett speciellt problem? Han har i sin forskningsöversikt sammanfattat att familjeterapi och familjeinriktade behandlingsinsatser har stabilt stöd i forskning för en rad olika patientgrupper. En behandling som forskats på under lång tid är funktionell familjeterapi med goda resultat och familjebehandling åstadkommit positiva mätbara förändringar (a.a.). Vissa framträdande hörnstenar i modellen har varit kommunikation och kommunikationsträning, positiv omformulering, metakommentera, avbryta negativt interaktionellt beteende, cirkulärt frågande samt terapeutens beteende. I denna modell finns också inslag av KBT, kognitiv beteendearbete. Hansson (2004) skriver att vi sannolikt kommer att behöva kombinera olika metoder och inte vara så tvångsmässigt inriktade på en teori eller metod i framtiden för att kunna förbättra resultaten.

Detta är något även Sundelin (2007) lyfter i en artikel om intensiv familjeterapi att det för en IFT-terapeut är det självklart att med utgångspunkt i ett överordnat systemiskt perspektiv bredda sin teoretiska referensram ...”*den gamla konflikten mellan olika teoretiska perspektiv får man lära sig att överbrygga genom att anlägga ett pragmatiskt och systemiskt synsätt på hur man använder olika teoretiska perspektiv med utgångspunkt från deras användbarhet*”. IFT, intensiv familjeterapi, är en behandlingsmodell utvecklad för att möta familjer med ofta tung problematik där varken öppen psykiatrisk vård eller socialtjänst varit till hjälp. I forskning där 109 familjer deltog såg man positiva effekter både vad gällde förbättrad familjefunktion och minskad symtombelastning (Sundelin, 1999).

Familjeterapi vid anorexi har visat på positiva resultat, främst för ungdomar (Nilsson, 2011) liksom Maydsleymodellen, en modell som använts på barn och ungdomar vid anorexi och har inspirerats av Minuccins (1978) strukturella familjeterapi (Rhodes, 2003).

Neander (2009) har i sin avhandling studerat samspelsbehandling vid fyra olika familjeverksamheter, 101 familjer deltog. Resultaten visade på tydliga positiva effekter för både föräldrar och barn avseende föräldrastress, anknytningsmönster, psykiskt välmående och att barnen uppvisade färre problem. I intervjuerna beskriver familjerna att det oftast är relationen till behandlarna som blir avgörande för hur behandling lyckas.

ABFT, Attachment Based Family Therapy (Diamond et al, 2002) är en anknytningsbaserad modell med empiriskt stöd för deprimerade ungdomar och deras familjer. Utfallsstudier har visat på stöd för modellen, flertalet patienter (81%) uppfyllde inte längre kriterierna för depression efter behandlingen. Flera projekt pågår för att söka ökat empiriskt stöd för modellen. Bland annat på en barnpsykiatrisk klinik i Stavanger, Norge, mäts effektutfall av 12-veckors ABFT-behandling som jämförs med standardbehandling på BUP klinik (Israel & Diamond, 2009).

3.2. Processtudier

Flera studier beskriver liknande faktorer som betydande. Hartzell (2010) beskriver att barnen som blev intervjuade i hennes studie uppskattade när behandlarna befann sig i en ömsom passiv position men samtidigt var alerta i förhållande till barnen. De gillade att behandlarna å ena sidan anpassade sig och sina frågor till barnen och å andra sidan tog med föräldrarna i samtalen. Behandlarnas förmåga att lyssna och att hjälpa barnen att uttrycka sig var också

viktigt liksom att samtalet inte blev för långt. För föräldrarna visade sig det vara avgörande vad som skedde mellan deras barn och behandlarna.

Norcross (2002) har på uppdrag av APA (American Psychological Association) skrivit om de mer generella terapeutiska faktorerna som terapeutens betydelse, patientens egenskaper och relationen dem emellan. Han har gjort detta utifrån ett mer kritiskt perspektiv på den alltmer förhärskade dominansen av evidensbaserade metoder. Han menar att man lätt missar relationens betydelse i den forskningen. Vidare skriver han att riktlinjer för praktik och behandling borde beröra egenskaper och kvalitéer hos terapeuten som befrämjar den terapeutiska relationen. Verksamma faktorer i den terapeutiska relationen är framförallt empatin samt samstämmighet gällande mål och samarbete. Några troligen verksamma faktorer är positivt bemötande, genuinitet, feedback, reparerande av alliansbrott samt kvalitén på relationstolkningar. Norcross drar slutsatsen att terapirelationen bidrar på ett betydande sätt utfallet i terapin oavsett behandlingsmodell.

Lindgren (2010) lyfter också fram terapeutens personliga egenskaper. Skicklighet och stil blandas med faktorer som empati och värme. Dessa egenskaper utgör tillsammans med relationsfaktorer som samarbetsallians och engagemang i en gemensam arbetsuppgift en samlad bred relationsfaktor. Lindgren hänvisar vidare till Norcross & Lamberts (2007) forskningsöversikt kring den terapeutiska relationen liksom Linder & Sandström (2010). I flera av dessa studier har även här slutsatsen varit att klienter anger relationen till terapeuten som det mest hjälpsamma inslaget i terapin, inte till de olika psykoterapeutiska metoder eller tekniker som använts.

Philips & Holmqvist (2008) belyser verksamma faktorer på just familjeterapi. Det som tydligast skiljer familjeterapi från andra terapiformer är det utvidgade behandlingssystemet till att omfatta patientens närstående och andra viktiga personer i patientens nätverk. Även där lyfts den specifika psykoterapeutiska relationens betydelse fram för utfallet i samarbetet.

Miller (1999) har gjort en amerikansk sammanställning av undersökningar som försökt mäta vad som är effektivt i terapeutiskt arbete oavsett teoretisk eller metodisk inriktning. Fyra faktorer lyfts fram; klientfaktorer som står för 40% av det som ger förändring, relationsfaktorer 30%, placebo, hopp och förväntansfaktorer står för 15% och resterande 15% handlar om modell och teknikfaktorer.

Sundet (2009) har i en artikel beskrivit klienters och terapeuters erfarenheter av hjälpsam terapi. Det som här lyfts fram är tre kärnområden för känslan av hjälpsamhet. Utifrån båda perspektiven, klientens/ familjens och terapeutens, handlar det om ”den hjälpsamma konversationen”, ”känslan av delaktighet” samt ”den hjälpsamma relationen”. I studien lyfts också terapeutens ansvar för att skapa utrymme för klientens egna resurser, den terapeutiska alliansen och även terapeutens kunskaper och erfarenheter samt ansvaret att skapa hopp om förändring

Borgengren (2011) har sammanställt forskning avseende effekter av familjeterapi och sammanfattar att den familjeterapeutiska forskningen klart visat att familjeterapi är en verksam behandlingsmetod. En avgörande faktor som lyfts fram är att alla typer av problem har en relationsaspekt. Ju allvarligare problem, desto mer är omgivningen berörd av det.

3.3. Samforskning

I samforskningsintervjuer (Wächter, 2006) är det extern konsult som intervjuar terapeut och familj tillsammans om det gemensamma arbetet. Viktiga framträdande faktorer är respektfullt bemötande, terapeut hjälper till att sätta ord på känslor, frågor som leder till eftertanke och nya möjligheter, inflytande på samtalets utformning, få konkreta tips och råd, rita familjekartor, samt att få lyssna på terapeuternas egna reflexioner inför familjen.

Utgångspunkten i dessa samforskningsamtal är att patienten och dennes familj är experter på sina problem och det som är intressant att försöka förstå är vad som varit verksamt och inte. Fokus ligger på själva processen, samarbetet mellan familj och terapeut och inte på innehållet. Tom Andersen (1995) framhåller att ju bättre relation mellan terapeut och klient, desto bättre går det för patienten som därmed ges större möjlighet till förändring i livet.

3.4. Forskningssammanfattning

Lindgren (2008) sammanfattar och hänvisar till en artikel i APA, (Norcross, 2006) som menar att det är viktigt att bevara öppenheten inför komplexiteten i psykoterapierna och i mänskliga förändringsprocesser. Det behövs fortsatt forskning både inom verksamma terapeutiska tekniker och modeller, om den psykoterapeutiska processen, om gemensamma kontextuella faktorer, om psykoterapeuternas egenskaper och inte minst om patienternas bidrag till behandlingens utfall.

Sandell (2004) uttrycker att det finns bra och mindre bra terapeuter och eventuella utvärderingar bör snarare fokusera på dessa variationer än på den obetydliga variationen mellan olika terapiformer. En ordentlig utmaning för om det är så att det betyder mindre vad man gör med patienten än hur man är mot honom eller henne.

Många metoder den senaste tiden inom mitt verksamhetsområde handlar om att försöka med olika hjälpmedel ställa rätt diagnos, dokumentera allt efter givna sökord, hitta metoder som passar till rätt diagnos, försöka närma oss sanningen genom att söka evidens för det vi ska göra och det är bra. En fara dock som jag ser är att det kliniska arbetet kan bli allt för instrumentellt och att människan blir alltför objektiviserad. Att ha fokus på problemet är viktigt men det är också viktigt som jag ser det att fokusera på människors möjligheter till utveckling. Trots vissa diagnoser så behöver vi fördjupa oss i det större sammanhanget, hur människor lever, hur relationerna ser ut, familjens betydelse osv för att hjälpa människor att utvecklas och växa, komma vidare i sina liv utifrån deras egna förutsättningar.

Utifrån forskningen slås jag av att det relationella perspektivet i mötet med terapeuterna har så stor betydelse och ses som en så viktig faktor i det terapeutiska arbetet för ett positivt utfall oavsett metod eller modell. Däremot svårt att få fram specifikt vad i mötet, i relationen, som har betydelse. Norcross (2002) lyfter fram vissa element i den terapeutiska relationen som bevisligen verksamma. Är det något terapeuter kan lära och lära av varandra? Är det faktorer som terapeuter har svårt att problematisera? Allt arbete som sker i samspel med andra människor är unika oförutsägbara processer vi blir medskapare till och som pliktat till ett stort ansvar när vi möts i ett professionellt sammanhang. Det känns viktigt att bidra till att närma oss vad som är verksamt i våra möten med dem som efterfrågar vår hjälp.

4. SYFTE

Att beskriva familjers erfarenheter av vad som varit hjälpsamt i kontakten med Kris och konsultationsteamet.

4.1. Frågeställningar;

Vad tänker de om vad som varit verksamt?

Finns det några utmärkande framgångsfaktorer?

Hur uppstår möten som kan bli avgörande för familjers möjlighet till förändring?

Relationen till terapeuten verkar betydelsefull för utfallet i terapin enligt forskningen. Vad är det i relationen som haft betydelse?

5. METOD

I min studie har jag valt att intervjua familjemedlemmar om deras egna upplevelser av vad som varit verksamt för dem i mötet med Kris och konsultationsteamet. Jag är intresserad av att få deras beskrivning av det som de själva upplever är viktigt i sådana möten, vad som varit hjälpsamt för just dem. Kvale (1997) menar att forskningsintervjun är en mellanmänsklig situation, ett samtal mellan två parter med ett gemensamt intresse. Det är en specifik form av mänskligt samspel och genom dialogen utvecklas kunskap. Vidare att vi måste fråga människor om vad som skapar mening i världen, vi kan inte bara observera. Miller (2006) hävdar att alla terapeuters viktigaste verktyg är feedback från klienten. Han menar att det är enbart genom att fråga klienten som vi kan få veta om terapin ger resultat.

5.1. Urval och rekrytering av informanter

Urvalskriterierna var familjer som haft kontakt med Kris och konsultationsteamet. Jag bad kollegorna att ta fram som de uppfattade typiska ärenden för teamet. De gav mig namn, adress och telefonnummer till flera familjer. Ett brev formulerades med förfrågan om de kunde tänka sig att bli intervjuade om vad som varit till hjälp för dem i kontakten med teamet. I brevet beskrev jag syftet med studien och på vilket sätt den kommer att presenteras när den är klar, att information som kan röja personers identitet utelämnas samt att arbetet med intervjuerna endast delges handledaren, att uppsatsarbetet kommer intervjuerna att förstöras, att intervjuerna bygger på frivillighet och att de när som helst kan avbryta, att barnens/ungdomens medverkan beslutas av föräldrarna medan ungdom som är över 18 år bestämmer själv, att intervjun kan ta ca en timme och att den kommer att spelas in på band. Jag informerade om mitt intresse för samarbete och relationer och att jag inte var intresserad av bakgrund, sjukdomshistoria eller liknande. (Bilaga 1).

Jag skickade ut brev till först två familjer, de som stod överst på listan och när den ene familjen tackade nej skickade jag ut brev till nästa familj. Ingen av familjerna har jag själv känt sen tidigare, vilket var en förutsättning Jag har inte haft någon insyn i deras respektive journaler. Efter ca en vecka har jag ringt upp familjerna för att höra deras inställning till att medverka i intervju. Tid och plats har då gjorts upp om var intervjun kan hållas. Vi kom överens om att träffas på min arbetsplats. Det blev fyra individuella intervjuer vilket kan uppfattas som tillräckligt utifrån studiens upplägg och frågeställningar. Ungdomarna från respektive familj, två flickor, nu 17 respektive 18 år, var positiva till att komma på egna intervjuer och föräldrarna kom för sig. Den ena flickans pappa lämnade återbud då han

arbetade på annan ort så det blev två mammor till de två flickorna som kom. Flickorna går på gymnasiet och föräldrarna förvärvsarbetar. Båda familjerna hade upplevt sorg då de mist en familjemedlem under dramatiska omständigheter. Familjerna hade tagit kontakt med teamet första gången då flickorna var i 11 års- åldern. Båda familjerna hade upplevt att sorgen påverkat deras vardag så mycket att de hade behövt söka hjälp. Förmågan att hantera den uppkomna situationen på egen hand hade blivit för svår. Kontakten med teamet hade pågått i perioder. Vissa perioder hade insatserna varit intensiva och frekventa, andra perioder med endast något samtal per år. Terapisamtalen hade varvats med gemensamma familjesamtal och individuella samtal.

5.2. Intervjun

Jag hade förberett intervjun genom att skriva ner en intervjuguide (Bilaga 2). Syftet med den kvalitativa intervjun har varit att försöka förstå betydelsefulla faktorer från familjernas egna perspektiv av vad de upplevt varit hjälpsamt. Fenomenologin i den kvalitativa forskningsintervjun har fokus på innebörderna i undersökningspersonernas livsvärld (Kvale, 2009). Att ge människor möjlighet att beskriva snarare än att förklara eller analysera. Intervjun har varit halvstrukturerad och betyder att jag förberett med ett antal frågor, teman, som haft till syfte att få intervjupersonerna att själva beskriva ett fenomen, en upplevelse. Frågorna har varit till stöd för att inte tappa fokus men intervjupersonernas beskrivningar har varit utgångspunkten för vidare frågor som fördjupat innehållet, hjälpt till att få beskrivningar av specifika situationer, inte allmänna åsikter. Intervjuerna har präglats av ett mellanmänskligt samspel. De har spelats in med digital bandspelare.

5.3. Bearbetning och analys av data

Den metodologiska ansatsen jag har försökt att hålla mig till handlar om kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats. Denna analys baseras på människors egna berättelser om sina upplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjumaterialet har transkriberats och lästs igenom ett antal gånger för att helhetskänslan. Meningar och uttalanden som varit relevanta för frågeställningarna har plockats ut som meningsbärande enheter. En meningsenhet är en meningsbärande del av texten och kan utgöras av ord, meningar eller fraser. Därefter har texten kondenserats för att korta texten men det centrala innehållet bevarats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2010). Det viktigaste i textinnehållet behölls, och har utgjort grunden för de koder som sedan kom att bildas. En kod är en etikett på en meningsenhet som på ett mer kortfattat sätt beskriver dess innehåll. Koderna sorterades

sedan i underkategorier. Dessa underkategorier blev 11 som jag sedan kunde abstrahera till 3 kategorier. En kategori utgörs av flera koder som har ett liknande innehåll. Innehållet i en kategori är närbesläktat och skiljer sig från innehållet i andra kategorier. Inga data ska falla mellan två kategorier eller passa in i två eller flera kategorier. Författarna beskriver vidare att det kan vara svårt att tillgodose denna regel då det handlar om upplevelser. Analysprocessen illustreras i tabell 1.

Tabell 1. Analysprocessen

Kategori Att känna tillit

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Det har nog känts bra för mamma att jag trivts så bra med att gå här och träffa terapeuten	Kändes bra för mamma då jag trivdes att gå här hos terapeuten	Mamma blev lugn då jag trivdes med terapeuten	Trygghet	Att känna tillit
...han pratade med henne på ett visst sätt och lyssnade så bra...han visade att han brydde sig om	Han pratade och lyssnade bra på henne, på ett omsorgsfullt sätt	Han pratade och lyssnade på ett bra sätt, han brydde sig	Engagemang	
..det var bra att hon också kunde prata med mina föräldrar och jag kunde få lyssna	Bra att hon pratade med föräldrarna och jag fick lyssna	Hon pratade också med föräldrarna och jag lyssnade	Flexibilitet	
Hon har tom erbjudit sig att följa med till skolan och prata med lärare	Hon erbjöd sig att följa med till skolan och prata med lärarna	Hon erbjöd sig att följa med till skolan	Gå utöver ramarna	
De har varit lyhörda för vår familj i den här svåra situationen	De var lyhörda för oss i vår svåra situation	De var lyhörda för familjens svåra situation	Förståelse	

Kategori Att vara tillgänglig

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...jag bara ringer till terapeuten och så ordnar hon en tid så jag kan komma ...	Jag ringer terapeuten som ordnar en tid åt mig	Jag ringer och får en tid	Lätt att få kontakt	Att vara tillgänglig
Det har varit bra för min dotter att få komma omgående, jag vet inte hur det gått annars..	Bra att komma omgående annars vet jag inte hur det gått för min dotter	Komma omgående har varit bra för min dotter	Få komma snabbt	
..jättebra att få komma till samma terapeut, vi orkade inte börja om med någon ny	Bra att få samma terapeut, orkar inte börja om	Bra få träffa samma terapeut	Kontinuitet	

Kategori Att se det som fungerar

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
..och hon såg ju att min dotter hade kompetens ...och det kändes ju bra för mig som hennes mamma	Hon såg kompetensen hos dottern och en bra känsla hos mamman	Hon bekräftade dotterns kompetens och moderns känsla	Kompetensförklara	Att se det som fungerar
... de lyssnar och möter mig här och nu, vad vi behöver och inte kan behöva..	De lyssnar och möter mig, ser vad vi behöver i situationen	De lyssnar och möter i situationen	Se sammanhanget	
Vi bestämde själva över vår situation, de var verktygen vi behövde då	Vi bestämde själva och de var verktygen vi behövde	Vi bestämde och de var våra verktyg	Möta förväntningar och krav	

Enligt Graneheim och Lundman (2004) är det viktigt att inte välja för stora meningsenheter då man kan få fram mer än ett fenomen i enheten. Om det blir för små enheter kan viktig information missas och materialet splittras. De meningsenheter som valts ut hör till en kategori men flera underkategorier finns för att inte viktig information ska falla utanför.

5.4 Etiska överväganden

Tillstånd om studien och tillvägagångssätt har erhållits från verksamhetschef och överläkare vid aktuell klinik där intervjuerna skett. I mitt urval av familjer som tillfrågats om deltagande i studien har jag valt ut familjer som varit aktuella i Kris och konsultationsteamet. De familjer där jag själv deltagit som terapeut eller varit involverad på annat sätt har uteslutits. Detta för att familjerna inte skulle behöva känna sig styrda av någon som de eventuellt känt sig i beroendeställning till, känt sig begränsade av eller att det på något sätt skulle kunna vara svårt för dem att vara uppriktiga. Dessutom viktigt för mig som intervjuare att jag inte har information om familjerna som skulle kunna bidra till att resultatet påverkas i någon riktning. Intervjuerna har byggts på frivillighet. Tre familjer har tillfrågats, två svarade ja till att vilja delta. Jag har erhållit informerat samtycke från familjerna innan intervjuerna påbörjades. Inga personuppgifter har använts i materialet. Den transkriberade texten har enbart jag själv och handledaren tagit del av. Intervjuerna har förvarats så att inga obehöriga kunnat få tillgång till dem och de kommer att förstöras när studien är klar.

6. RESULTAT

Analysprocessen ledde fram till ett resultat där tre kategorier framkommer: *att känna tillit, att vara tillgänglig och att se till det som fungerar*. Varje kategori presenteras för sig med sina underkategorier och förstärks med citat för att öka förståelsen.

6.1. Att känna tillit

En faktor som informanterna återkommit till och som går som en röd tråd genom intervjuerna är känslan av tillit till de terapeuter man möter. Att skapa en tillitsfull relation framstår som en förutsättning för att man ska våga öppna sig och berätta om vad som bekymrar en och vad det är man vill ha hjälp med. Informanterna beskriver hur de upplevde att terapeuten var i mötet, terapeutfaktorer, vad hon gjorde eller hur hon uttryckte sig. Hur de också stämde med varandra, personkemin. Just känslan för den här terapeuten och hur mötet upplevdes lyftes fram som viktiga tillitsfaktorer. Underkategorierna trygghet, engagemang och flexibilitet har jag skilt på utifrån att det finns vissa skillnader men tillhör samma kategori. Tryggheten är något som upplevs och beskrivs i relation till terapeuten, engagemanget beskrivs mer som

terapeutens egen insats och flexibilitet mer som en anpassning från terapeutens sida till att möta patienten utifrån situation, tidigare erfarenheter, dagsaktuella frågor eller problemområden men också att uppmärksamma den vanliga vardagen.

6.1.1. Trygghet

Trygghet är något som informanterna återkommer till, inte bara tryggheten och erfarenheten hos terapeuten utan att den tryggheten återspeglar sig på den som söker hjälp. När man känner sig trygg blir man också mer öppen och det är lättare att prata om det som bekymrar en. Det upplevs tryggt att en terapeut är med i processen både när det krisar men också när det vänder. Att få känna att man alltid är välkommen tillbaka om det skulle vara så att man behöver komma igen har uttryckts som ett viktigt budskap. En terapeut som visar respekt för den som söker och för dennes situation upplevs som tillitsfull.

*Det känns som om vi har känt varandra väldigt länge, då går det lätt att prata...
Hon har varit med från början och vet...*

6.1.2. Engagemang

När informanterna uttrycker att terapeutens engagemang är viktigt så förstärks det av att de säger att det ska upplevas som att det är äkta. Det är då det blir betydelsefullt. En engagerad terapeut beskrivs som att det känns som att hon bryr sig om och att det märks på hennes sätt att vara, att hon "brinner" för det här. Det handlar om att terapeuten visar på olika sätt att hon bryr sig om och att det blir viktigt för att som patient känna tillit.

*Jag känner direkt om det här är någon som bryr sig, som vill det här och som har lite erfarenhet...
Att göra mer med sitt hjärta än vad som krävs i jobbet...*

6.1.3. Flexibilitet

Att inte bara hålla sig till problemet eller det som de sökt för har uppfattats som värdefullt. Här kan man tolka det som att terapeuten ser patienten i ett större sammanhang. Det kan vara betydelsefullt för att förstå problemet men också hitta kraft och möjligheter i det som finns runt om. Samtalet får inte heller vara för stelt eller gravallvarligt hela tiden. Här beskrivs terapeuten som att hon inte bara är professionell utan visar upp en sida av att vara människa. Med det menas här att man kan bjuda lite på sig själv, visa vem man är samt en känsla av att terapeuten kan hjälpa till att normalisera bekymren, eller nyansera dem. På så sätt kan känslan av en tillitsfull relation skapas.

Det har känts jättebra för då har vi under samtalen inte bara varit så jätteallvarliga utan vi har också kunnat skratta och så där...

6.1.4. Gå utöver ramarna

Här framkommer det som flera uppfattar som något extra som terapeuten bidrar med och som har betydelse. Något som man inte räknat med utan som blir en positiv överraskning och visar på terapeutens kreativitet och mod. En mamma beskrev hur glad hon blev då terapeuten erbjöd sig att följa med dottern till skolan. Det var inget hon hade räknat med men det blev väldigt bra. En annan terapeut hade erbjudit sig att komma hem, inget som respondenten hade räknat med eller kände att hon behövde. Men bara det att hon hade erbjudit sig kändes fint. Att ringa hem till en patient för att fråga hur den har det och hur det går beskrev en av informanterna som att det skulle ge henne kraft, hon skulle bli så glad.

Hon frågade om hon skulle komma hem till mig...

6.1.5. Förståelse

Här belyses viktiga faktorer som att få gehör, bli lyssnad på och bekräftad, att terapeuten kan läsa av och visa empati, använda hjälpsamma frågor, ge stöd och visa förståelse samt ha en respektfull attityd. Kunna bidra med kunskaper och ge sin syn utifrån ett nytt perspektiv som kan vara hjälpsamt.

Frågorna har hjälpt en att dra ut det här svåra liksom...

Att de lyssnade och att vi bara kunde få sitta där och vara ledsna...

I samtliga intervjuer så framkommer tydligt vikten av att kunna visa hänsyn och förståelse till sina närmaste på ett sätt som jag tolkar som att vara skonsam mot den andre, inte plåga den andre mer än nödvändigt. Men också vikten av att också kunna få känna sig lite friare då man inte behöver dela allt med sina föräldrar eller med sin ungdom. Här har terapeuten varit lyhörd för de individuella behoven, alla i en familj behöver inte delta i alla samtal. Det måste finnas utrymme för den enskildes egna behov. I familjeterapi blandas ofta individuella samtal med föräldrasamtal eller samtal då hela familjen deltar samtidigt, även andra nära relationer som upplevs som viktiga kan bjudas med. Att som terapeut visa att man försöker förstå vad den andre menar genom att stämma av och hjälpa till att sätta ord på beskrivningen av bekymret ökar känslan av tillit till terapeuten. Hon visar att hon förstår.

Att vi som föräldrar också kunnat få vara ledsna utan att behöva ta hänsyn till vår dotter har känts bra, att hon förstod

6.2. Att vara tillgänglig

Här lyfts möjligheten att få kontakt när man behöver, inte behöva vänta för länge. Känslan kan då bli att man inte känner sig tagen på allvar trots att man kanske övervägt länge innan man ens tagit kontakt.

6.2.1. Lätt att få kontakt

Enligt informanterna ska det vara enkelt att få kontakt. En av ungdomarna ansåg att om det hade varit för krångligt att nå mottagningen eller den man sökt så hade hon nog struntat i det helt. Mobiltelefonen sågs som ett bra verktyg för att få kontakt med sin terapeut när man väl hade etablerat en kontakt.

6.2.2. Få komma fort

Något som lyftes fram tidigt i intervjuerna var att få komma snabbt till teamet. Inte bara vid förstasamtalet, vilket var mycket viktigt, utan även kunna nå den terapeut man fått förtroende för. Ungdomarna beskrev att om de fått vänta länge, i deras fall längre än en ca en vecka så hade de nog struntat i det eller att de skulle ha uppfattats som att vården inte förstod hur dåligt de mådde. Mödrarna lyfte fram oron för hur det gått om de inte fått tid då de behövde samt vikten av att inte låta problemen växa sig starkare eller svårare. Att det kanske kunde vara så att problemen gick att vända ju fortare man tog itu med dem. De tyckte att det var nödvändigt att få komma snabbt när man stod mitt i det svåra. Det de menade med väntetid var förstås beroende på orsaken men som en flicka sa; ”*om man får vänta länge, då tror jag inte de har förstått hur man mår...*”. En annan aspekt var att få hjälp så man snabbt kunde få slippa den här plågan de hade, själva lidandet, både för den drabbade men också för de runt omkring.

...är man i kris så tror jag det är jätteviktigt att få hjälp fort...

Att behöva gå och vänta tror jag att jag mått ännu sämre, så det är skönt att hon har tiden att kunna ta det så fort ...nu kan jag ringa direkt till hennes mobil

6.2.3. Kontinuitet

Vikten av kontinuitet beskrevs ha betydelse. Att få byta terapeuter skulle kunna kännas som att få börja om igen och det kunde upplevas som väldigt jobbigt. De nya skulle då inte veta hur det varit under processens gång eller vad som hade hänt. De nämnde också att förtroendet man byggt upp för terapeuter inte är så lätt då det är så många saker som ska stämma för att ska kännas bra i relationen. Det var alltså viktigt att få behålla samma terapeuter genom hela kontakten.

Att börja med någon ny som inte vet vad som hänt med oss, nej...

6.3. Att se det som fungerar

6.3.1. Kompetensförklara

Här beskrev en förälder att terapeuten såg till dotterns kompetens och kvalitéer. Jag fick känslan av att modern beskrev en känsla av att få känna sig stolt över sitt barn trots de svårigheter de nu behövde hjälp med. Kompetensen var liksom överordnad problemet just då. En informant beskrev att terapeuten varje gång stämde av med henne när hon tyckte att hon behövde komma igen och om hon behövde det. Hon kände då att hon själv var den som fick avgöra och känna efter och inte terapeuten eller föräldrarna. Att kompetensförklara och bekräfta det som fungerar gav en känsla av stolthet och duglighet. Att duga som förälder och få känna att man kan och att det man gör är betydelsefullt och gav ny kraft.

Hon såg att min dotter hade kompetens

Att man inte bara är ett personnummer utan att man har potential

6.3.2. Se sammanhanget

Det är viktigt att se patienten och familjen inte enbart utifrån problemet de söker för. Ett alltför individualiserat förhållningssätt kan bli att patienten känner sig men också lätt blir objektifierade. Terapeuten kunde sätta in problemet i ett större sammanhang vilket gjorde att bekymret upplevdes som mindre. Förtvivlan och ledsenhet, skuld och skamkänslor blev mer begripliga då reaktionerna i situationen sattes in i ett större sammanhang. Reaktionerna som kom var sunda och de kunde ses som normala.

De visade respekt för oss och våran situation vi hamnat i

6.3.3. Möta förväntningar och krav

Att fråga familjer vad de förväntar sig av samtalet och också stämna av om de anser att samtalet handlat om det som de förväntat sig kan ge en känsla av att det är tillåtet att komma med krav eller önsknings. En informant var tydlig med att hon visste vad hon ville ha för hjälp, och hon visste också sina rättigheter. Här nämndes faktorer som handlar om autonomi och känsla av egenmakt. Att se och få uppleva att man kan påverka själv och ta eget ansvar. Här beskrevs att terapeuterna anpassat sig efter önsknings som att tex som ungdom eller föräldrar få samtala själv.

Mamma har varit med på samtalen ibland, men bara om jag velat det

Det kändes som att det var vi som bestämde över vår situation, de var våra verktyg

Om jag behöver hjälp avgör jag själv

7. DISKUSSION

Har resultatet om vad som upplevs som verksamt i terapi kunnat besvaras, har studien tillfört någon ny kunskap och hur förhåller sig studien till tidigare forskning?

7.1. Resultatdiskussion

Resultatet i studien visar att det är många faktorer som spelar in om terapin ska uppfattas som verksam. I varje resultatkategori så kan man läsa in att terapeutfaktorer har stor betydelse. En hjälpsam terapeut behöver inte bara vara kunskapskunnig utan andra faktorer spelar in som kanske än mer avgörande. Där handlar det om att bry sig, visa empati, göra sitt bästa, använda sitt hjärta och att kunna använda humor för att inte samtalen ska upplevas alltför tunga. Varje kategori ställs mot vad tidigare forskning kommit fram till samt egna reflexioner. I studien har ingen nämnt något om att de upplevt att terapeuten hållit sig till någon viss metod eller modell. Inga mallar eller formulär har fyllts i.

7.1.1. Att känna tillit

Här lyfts vikten av att känna tillit till terapeuten och att skapa en tillitsfull relation som en förutsättning för att få till en verksam process. Tidigare forskning lyfter särskilt fram relationsfaktorerna som betydelsefulla. Wampold (2001) lyfter fram vikten av en terapeut som erbjuder en varm och respektfull kontakt för en utvecklande relation. Ett förhållningssätt anpassat efter patienten. I Hartzells (2010) studie beskrivs flexibiliteten med att ta med föräldrarna i samtalet, behandlarnas förmåga att lyssna och hjälpa barnen uttrycka sig. Något som även lyftes fram i min studie. Det skapades en trygghet hos föräldern när ungdomen fick hjälp att uttrycka sig och trivdes med terapeuten.

Terapeutfaktorer som berör egenskaper och kvalitéer hos terapeuten och som befrämjar den terapeutiska relationen tar Norcross (2002) upp som en viktig faktor att försöka närma sig forskningsmässigt. Det är något jag lagt märke till i min studie hur svårt det varit att få fram terapeutens egenskaper. Det som beskrivs är mer att det känns bra eller att personkemin stämde, att det klickade och liknande. Men vad det var har informanterna inte lyckats formulera och kanske är det så att det som sker emellan människor är så komplext att det blir svårt att formulera i ord så att det går att förstå. Det kan också handla om personligheten.

Sundet (2009) beskriver känslan av hjälpsamhet som uttrycks i hans studier. Sandell (2004) uttrycker att det finns bra och mindre bra terapeuter och att man borde fokusera på dessa variationer mer än på den obetydliga variationen av olika terapiformer.

Att vara flexibel uttrycktes som verksamt, att terapeuten liksom gör något hon inte skulle behöva göra men gör det för att hon vill och är engagerad utöver det som egentligen krävs. Det blir en handling som upplevs som ett äkta engagemang, att man bryr sig på riktigt. Att gå utöver ramarna blir i det här sammanhanget en nivå över att vara flexibel. Terapeuten tänjer gränsen för den hjälpsökande vilket uppfattas som något extra. Wächter (2006) belyser vikten av en mer aktiv terapeut. Att terapeuten ger tips och råd, sätter ord på känslor, ritar familjekartor och att familjer kan få lyssna på terapeuters egna reflexioner inför familjen. Den här faktorn upplever jag som intressant kanske speciellt i den tid vi lever i där det där lilla extra lätt tappas bort i en alltmer effektiv och slimmad tillvaro.

Hänsyn och förståelse till individuella behov beskrivs som en betydelsefull faktor för en terapeut att ta vara på. Man vill skona den som står närmast och inte utsätta den som lider för ytterligare smärta. De här familjerna jag fått intervjua hade mött terapeuter som varit lyhörda för familjen som enhet men också för de individuella behoven. Barnen var bara i 11 års-åldern då de kom för första gången och sökte hjälp. Jag uppfattar det som att de intervjuade i själva terapin hade visats respekt från terapeuterna utifrån en hänsynsfaktor men också för ett individuellt behov och att man kan göra olika.

7.1.2. Att vara tillgänglig

Att det ska vara lätt och smidigt att få kontakt och att få komma snabbt har i min studie lyfts som en viktig faktor. Det är något jag själv känner igen i praktiken att familjer uttrycker att tillgängligheten har flera betydelser. Det första är att det blir som en bekräftelse på att man blir tagen på allvar. Det andra att problemen kan växa sig större och att det blir svårt att ta itu med dem. I forskningssammanhang så har den här faktorn lyfts upp framförallt i relation till vikten av kontinuitet. Anderson (1995) betonar vikten av att fokus ligger på själva processen, samarbetet mellan familj och terapeut, inte på innehållet. En informant betonade lidandet både för den drabbade men också för de runt omkring, att det var viktigt att få hjälp så fort som möjligt. Med hjälp menas bland annat att få bli lyssnad på, bekräftad och att få dela bekymren med en person som kan härbergera, kanske normalisera men framförallt kanske möta i situationen och det bör ske så fort som möjligt. Att möta snabbt brukar minska oro och ångest och som jag själv tänker bidra till att skapa en bra allians för fortsatt gemensamt arbete. Ungdomarna jag intervjuade tog självklart upp den nya tekniken och främst mobilen som ett verktyg för att få kontakt liksom att kunna skicka mail via datorn.

En annan viktig aspekt med att få hjälp snabbt har varit att minska behovet av slutenvård. Detta har varit en framgångsrik strategi kliniken arbetat med under lång tid där Kris och konsultationsteamets arbetssätt och ideologi med att möta upp snabbt och intensivt varit ett alternativ i många fall. Samtidigt som man minskar lidandet och tar tillvara de resurser som finns i familjerna så är det dessutom kostnadseffektivt.

7.1.3. Att se det som fungerar

Här lyfter Sundet (2009) fram terapeutens ansvar för att skapa utrymme för klientens egna resurser. Miller (1999) menar att 40% av det som ger förändring handlar om klientfaktorer. I min studie lyfter en mamma fram vikten av att terapeuten såg dotterns kompetens och att det upplevdes som mycket viktigt. Det stärkte mamman på två sätt, dels upplevde hon sig stolt över dotterns förmågor, dels blev problemet inte det dominerande i kontakten utan det blev dotterns kompetens. Det här tänker jag är intressant också utifrån en terapeuts förhållningssätt liksom att det är intressant att se vilken effekt det verkligen har att uppmuntra, kompetensförklara, balansera mellan det som är bekymmersamt och det som fungerar. Alla är bra på något och när man ser att det har effekt att lyfta friskfaktorerna så borde det vara lätt för oss terapeuter att använda dem som resurser i våra kontakter.

Sandell (2004) menar att det har betydelse att psykoterapin lyckas skapa ett sammanhang i vilket patientens psykologiska problem blir begripligt och hanterbart i större utsträckning. Vidare belystes i studien faktorer som att man kunde påverka själv och ta eget ansvar. De visade på en slags egen autonomi, de ville vara med och påverka situationen och de gavs också utrymme för att ta eget ansvar av terapeuterna genom terapeuternas förhållningssätt och bemötande. Ungdomarna uttryckte en stark känsla av att få vara med och bestämma vem som skulle delta i samtalet, när de skulle ha ny kontakt och också om de behövde hjälp eller inte. Föräldrarna uttryckte att de var nöjda med att få vara med och bestämma över utvecklingen så som de ville ha den.

7.2. Metoddiskussion

7.2.1. Urval och rekrytering av informanter

Jag ville ha ett så representativt urval för teamet som möjligt, alltså typfall. Teamets typfall är oftast en familj där en ungdom ofta fått det svårt i livet och med livet och där familjen fått svårt att hantera situationen. Inte så sällan har det skett en dramatisk händelse, kan vara ett självmordsförsök eller hot om självmord, en ungdom har plötsligt förändrats i sitt mående

eller familjen har drabbats på annat sätt. Dessa fyra informanterna i intervjumaterialet hade drabbats av plötsliga och dramatiska händelser och kan därför anses som typfall.

Det blev två flickor i tonåren och deras mammor som deltog i var sin intervju, således fyra intervjuer. Utifrån ett genusperspektiv så hade det varit intressant att både fått intervju en pojke och en pappa. Den första familjen jag kontaktade hade en tonårspojke och där fanns också en pappa. Men den familjen tackade tyvärr nej. Mammor söker oftare till oss för sina barn än pappor gör rent statistiskt men det betyder inte att de är mindre oroade. Därför hade det varit intressant att få intervjuat en pappa. Tonårsflickor är mer frekventa patienter än tonårspojkar men det behöver inte betyda att flickor mår sämre.

7.2.2. Intervjun

Intervjuerna spelades in med digital bandspelare och det fungerade med perfekt ljudupptagning. Intervjuerna präglades av respekt och integritet. Samtliga deltog med stort intresse och såg sitt deltagande som viktigt. Mitt intresse för relationer och dess betydelse har varit fokus genom hela den här studien. Relationerna påverkar oss i allt vi gör och det är ibland ofattbart små delar som gör en stor skillnad. I intervjuerna har jag mött människor som vill bidra till något som de uppfattar viktigt, kanske ibland livsviktigt. De har delat med sig till mig och till oss om deras alldeles egna upplevelser och jag har med respekt tagit emot dem. Även själva intervjuerna har präglats av de viktiga relationsfaktorerna som de beskrivit. Det svåra har varit att försöka fokusera på det som jag själv varit intresserad av att få veta då även upplevelser av sorg och saknad funnits med sida vid sida om själva intervjun hos de intervjuade. Jag har reflekterat över att kanske själva intervjun också kan ha bidragit till att ge de intervjuade en slags sammanfattning av deras förhållandevis långa terapeutiska kontakter. Det känns ju väldigt sympatiskt i så fall från min sida. Kvale (2009) säger att intervjun är en mellanmänsklig situation, ett samtal mellan två parter med ett gemensamt intresse. Det tycker jag stämmer in på mina intervjuer.

7.2.3. Innehållsanalysen

Den kvalitativa innehållsanalysen (Lundman & Hällgren Graneheim) användes som en lämplig metod för att hantera textmaterialet från intervjuerna. Då jag själv både intervjuat och analyserat materialet så har jag inte direkt kunnat distansera mig från texten vilket bland annat inneburit att jag förstås känt av det som informanterna förmedlat. En svårighet jag mött i intervjuerna har varit att hålla fokus på mitt syfte och inte dras med i en slags terapeutisk session. Därför har jag ibland fått lyssna in informantens problemområde men också fått lov

att avbryta för att föra in samtalet på fokus för studien. Min förförståelse har säkerligen spelat en viss betydelse då jag märkt av att jag snabbt tolkar in det som sagts i texten. Men att det också har handlat om att i en kvalitativ studie bli en del i själva analysprocessen (a.a.). Själva analysmetoden har varit omfattande och prövande. Jag hade till en början många underkategorier som senare kunde sammanföras i ett färre antal. Dessa underkategorier höjdes i abstraktionsnivå till att bli tre kategorier som representerade själva resultatet.

7.3. Slutsatser

Att det är många faktorer som påverkar utfallet i terapierna förstår man när man läser forskningen. I intervjuerna har belyst betydelsefulla faktorer som bekräftar den tidigare forskningen. Att skapa en tillitsfull relation lyser igenom hela materialet och där terapeutfaktorer lyfts fram och främst relationen. Det har varit svårt att få informanterna att beskriva det som jag uppfattar har med en terapeuts egenskaper och kvalitéer att göra. Att det har känts bra, att det klickat, att de känns som en varm kontakt osv tror jag skulle behöva beskrivas mer ingående för att vi terapeuter ska bli bättre och terapierna mer verksamma. Forskare uttrycker att det finns bra och mindre bra terapeuter och att utvärderingar snarare bör fokusera på dessa variationer än på den obetydliga variationen mellan terapiformer. Alltså det betyder mindre vad man gör med patienten än hur man är mot honom eller henne. Kanske handlar det om att få bekräftelse genom en nickning, ett ögonkast, en beröring, ett vänligt leende eller andra beteenden som kan bli betydelsefulla för skapandet av den tillitsfulla relationen.

En annan intressant faktor utifrån studien bedömer jag det här med att ”gå utöver ramarna” vara. Det var då terapeuten verkligen visade att hon brydde sig på ett äkta vis. Man blev lite överraskad på ett positivt sätt, det gav kraft. Jag tolkar det som att en terapeut också kan behöva visa mod och kreativitet utöver engagemang, förståelse och flexibilitet.

Terapeutens ansvar för att skapa utrymme för klientens egna resurser, en slags empowermentkänsla är som jag tolkar det en verksam faktor att ta till sig. Det bidrar förhoppningsvis till att patienterna får uppleva att de har kompetens och kan påverka sin situation själva med och utan det terapeutiska sammanhanget.

En sista slutsats jag drar handlar om vikten av att få hjälp relativt snabbt. Det minskar lidandet, problemen växer sig inte större än de redan är, behovet av slutenvård minskar och resurser kan i stället läggas på verksamma tidiga insatser.

REFERENSER

- Andersen,T. (1994). *Reflekterande processer*. Stockholm, Mareld.
- Andersen,T. (1995). Klienter och terapeuter som samforskare for å öke terapeutens sensitivitet. *Fokus på familjen* 4/95.
- Boscolo,L. (1990). *Systemisk familjeterapi enligt Milanomodellen*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Bateson,G. (1998) *Mönstret som förbinder*. Stockholm, Mareld.
- Eriksson,K. (1995) *Mot en caritativ vårdetik*. Åbo Akademi.
- Furman,B. & Ahola,T. (1993) *Lösningssnack*. Stockholm, Mareld.
- Furman,B. & Ahola,T. (2003). *Dubbelstjärnan- konsten att skapa arbetsglädje*. Stockholm, Natur&Kultur.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitativ content analysis in nursing research: procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. Nr 24: 105-112.
- Hansson,K. (2004). *Familjebehandling på goda grunder*. Stockholm, Gothia.
- Hartzell,M. (2010). *The first meeting at Child and Adolescent Psychiatry*. Doktorsavhandling, Medicinska fakulteten, Uppsala Universitet.
- Israel,P. & Diamond,G. (2009). Tillknytningsbasert familjeterapi for deprimeret ungdom. *Fokus på Familjen*. Nr37.
- Kvale,S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund, Studentlitteratur.
- Lindgren,O. (2008). Delstudie;*Psyko-terapeuters tankar om vad som är verksamt i psykoterapi* Karlstads universitet.
- Lindgren,O. (2010). Delstudie; *Patienters tankar om vad som är verksamt i psykoterapi*. Karlstads universitet.
- Lundman,B. & Graneheim, Hällgren,U. (2010). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär,M. & Höglund-Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*, sid 159-172, Lund, Studentlitteratur.
- Lundsbye,M. et al. (2000). *Familjeterapins grunder*. Stockholm, Natur & Kultur.
- Minuccin,S. et al. (1978). *Psychosomatic families*. London, Harvard University Press.
- Miller, S. (1999) *The heart and soul of change*. Washington D.C., American Psychological Association.
- Miller,S. (2006). *Från evidensbaserad praktik till praktikbaserad evidens*. Föreläsning i Stockholm.

- Neander,K. (2009). *Indispensable Interaction*. Örebro Universitet, Avhandling.
- Nilsson, K. (2011). Föreläsning; *Familjeterapi vid anorexi*. Umeå Universitet Psykoterapiprogrammet.
- Norcross,J.C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work*. Oxford University Press.
- Norcross,J.C. (2006). *Evidence-based-practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington D.C.,American Psychological Association.
- Norcross,J.C & Lamberts. (2007). *The therapy relationship*. Washington D.C., American Psychological Association.
- Philips,B.&Holmqvis, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm, Liber.
- Rhodes, P. (2003.) The Maydley Model of Family Therapy for Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Australian and New Zealand Journal of Family Terapy*, Vol.24 Nr 4.
- Ringborg,M. (2006). *Familjeterapi*. Svenska Familjeterapiföreningens hemsida; www.sfft.se
- Ringborg, M. (2009). *Förändrande familjesamtal*. Stockholm, Mareld.
- Sandell, R. (2004). *Teknik eller relation*. Läkartidningen Nr.15-16.
- Samrådsforum (2008). *Familjeterapi- en systemisk terapiform*. [www. samradsforum.se](http://www.samradsforum.se)
- Socialstyrelsen SOSFS 2005:12.
- Sundelin, J. (1999). *Intensive Family therapy – a context for hopes put into practice* Avhandling Lunds universitet, Lund.
- Sundelin, J. (2007). IFT-trappan. Den intensiva familjeterapins viktigaste terapeutiska agenter i modern utvecklingspsykologisk belysning. *Fokus på familjen*, Nr 35, 127-142.
- Sundet, R. (2011). Colloboration:Family and therapist perspectives of helpful therapy. *Journal of Marital and Family Therapy* Vol.37, No 2, 236-249.
- White, M. (1991). *Nya vägar inom den systemiska terapin*. Stockholm, Mareld.
- Wittgenstein, L. (1968). *Philosophical Invistigations*. New York, Macmillan.
- Wächter,A. (2006). *Samforskning – att lära av klienten*. Stockholm, Mareld.

TILLKÄNNAGIVANDEN

Jag vill rikta ett tack till mina fantastiska arbetskamrater som så generöst alltid delar med sig av sina erfarenheter och kunskaper. Dessutom bidrar de på ett positivt sätt till att skapa ett trevligt och lättsamt arbetsklimat som så väl behövs i vardagen.

Jag vill tacka de familjer som med entusiasm och generositet delgett mig sina berättelser i intervjuerna. De har varit mycket värdefulla och gjort studien möjlig.

Ett stort tack till min handledare Lena Wiklund Gustin som på ett professionellt sätt guidat mig genom hela uppsatsen.

Till sist men inte minst tack till min familj som alltid finns där.

*Två sanningar närmar sig varann.
En kommer inifrån, en kommer utifrån
och där de möts har man en chans att få
se sig själv.*

Ur Preludier II
av Tomas Tranströmer

Bilaga 1.

20111005

Hej!

Jag heter Ann-Christine Höglund Skoog och arbetar som sjuksköterska på Barn-och ungdomspsykiatriska kliniken i [REDACTED]. För närvarande går jag en legitimationsgrundande utbildning till psykoterapeut på Umeå Universitet. Den här terminen ska jag göra en studie som en del i min utbildning. Studien jag kommer att göra handlar om att intervjua familjer som varit i kontakt med Kris och konsultationsteamet tidigare. Mitt intresse handlar om att få höra tankar ni har om vad som varit till hjälp för just er. Jag är inte intresserad av sjukdomshistoria eller liknande utan faktorer som ni upplevt som viktiga i mötet med teamet.

Jag kommer att behöva banda intervjun för att lättare kunna arbeta med texten. Studien kommer att presenteras som en uppsats i utbildningen.

Intervjun är frivillig och ni har rätt att avbryta när som helst. Barnen/ungdomens medverkan är värdefull men ni som föräldrar avgör om de ska delta i intervjun. Inga namn eller personuppgifter kommer att användas i intervjun eller i den färdiga uppsatsen som kommer att presenteras på min utbildning. Fullständig konfidentialitet kommer att gälla. Intervjun kommer att skrivas ut i text som enbart jag själv och min handledare kan ta del utav. Materialet kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer åt det. Efter uppsatsen kommer den bandade intervjun att förstöras.

Intervjun tar ca en timme.

Jag kommer att ringa upp er om ca en vecka för att höra om ni vill ställa upp på intervjun. Vi kan då också bestämma när och var vi kan träffas.

Era synpunkter och tankar är värdefulla!

Med Vänlig Hälsning

Ann-Christine Höglund Skoog

Studerande vid Umeå Universitet,

Psykoterapeutprogrammet termin 6.

Telefon [REDACTED] eller mobil [REDACTED]

Bilaga 2.

2011-10-03

Manus till intervjun

Intervjuguide

1. När vi träffas för att genomföra intervjun ska jag presentera mig, definierar situationen för familjen, berättar kort om syftet med intervjun, hur den kommer att användas, bandspelarens funktion osv. Frågar om de har några frågor innan intervjun börjar. Understryker också att de svar man anger är ingen absolut sanning, rätt eller fel, utan just en upplevelse så som man kommer ihåg den just nu. Tar också upp det som stod i brevet de fick hem vad gäller frivilligheten, möjligheten att avbryta, barnens/ungdomens medverkan, konfidentialiteten, hur materialet ska användas och av vilka samt hur det ska hanteras efter studien.

Vad vill jag veta?

Vad har ni upplevt som hjälpsamt i mötet med teamet?

Finns det några specifika faktorer som varit betydelsefulla i terapin?

Hur uppstår möten som kan bli avgörande för familjers möjligheter till förändring?

Relationen till terapeuten verkar betydelsefull enligt forskningen. Vad är det i relationen som haft betydelse?

Stödfrågor

1. Hur fick ni kontakt med teamet? Kontaktade de er någon gång? På vilket sätt?
2. Hur länge fick ni vänta på att få träffa dem?
3. Det ni sökte för, fick ni någon hjälp med det?
4. Vad har varit viktigt i samtalen?
5. Finns det några speciella faktorer som var viktiga?
6. Vad hade relationen till terapeuterna haft för betydelse?
7. Om relationen haft betydelse, går det att säga något om vad i relationen som varit särskilt betydelsefullt?
8. Skulle det gjort någon skillnad om det varit en eller två terapeuter för just er familj?
9. Har platsen för samtalen haft någon betydelse?
10. Hur upplever ni att den terapi ni fått varit meningsfull?
11. Vad ser ni som viktigast i terapin?
12. Kände ni er respekterade och lyssnade på?
13. Hur var er egen inställning till att möta teamet?
14. Upplevde ni att terapeuterna tog det ni sa på allvar?
15. Finns det något som kunde gjorts annorlunda?

2. En uppföljning efter intervjun om hur de upplevt själva intervjun kan ägnas särskild tid.
3. Efter intervjun ägna en stund åt egen reflexion över vad intervjun gett i form av intryck, känsla som sen kan komplettera den senare skrivna texten.