



Bryta isen- göra det svåra pratbart

En kvalitativ studie av föräldrars upplevelser av Beardslees familjeintervention för dem själva och deras barn

Marie-Ann Bohman

Yvonne Freudenthal

Psykoterapeutprogrammet inriktning Familjeterapi, 90 hp
Höstterminen 2011
Examensarbete 15 hp
Handledare: Heljä Pihkala, överläkare i psykiatri, leg psykoterapeut

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Lagrum och riktlinjer	2
Barn till föräldrar med psykisk sjukdom	2
Centrala begrepp	4
Beardslees familjeintervention - en preventiv metod	5
Teoretisk referensram	6
Beardslees familjeintervention – samtalens struktur	6
Urval av forskning kring Beardlees familjeintervention	7
SYFTE	9
METOD	9
Design	9
Bearbetning och analys	10
Etiska överväganden	10
Litteratursökning	11
RESULTAT	11
Föräldrarnas beslutandeprocess av BFI	11
Föräldrarnas upplevelser av BFI	12
Barnperspektiv	13
Upplevda effekter av BFI för familjerna	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
AVSLUTANDE SYNPUNKTER	20
DIKT	
REFERENSER	
TILLKÄNNAGIVANDEN	
BILAGOR	
Bilaga 1 Tillståndsförfrågan	
Bilaga 2 Brev till föräldrar	
Bilaga 3 Svarsformulär/medgivandeblankett	
Bilaga 4 Intervjuguide	

SAMMANFATTNING

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa kallas ibland för de osynliga barnen. Beardslee familjeintervention (BFI) är en hälsofrämjande preventiv metod för barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Den har en viss evidens för positiva långtidseffekter för barn och familjer när föräldern har depression. Barnen har nu uppmärksammats ännu mer p.g.a. att lagstiftningen har skärpts från och med 1 januari 2010. Det gäller skyldighet för personal inom hälso- och sjukvård att ge information, råd och stöd utifrån barns behov. Mot bakgrund av detta var syftet med denna studie att undersöka föräldrars upplevelser och erfarenheter av BFI samt få med barnperspektiv genom att till samma föräldrar ställa frågor som berörde deras barn. En kvalitativ metod med öppna breda frågeställningar har använts. Materialet analyserades med en kvalitativ innehållsanalys. Sex föräldrar, som under 2010 hade genomgått BFI, intervjuades. De viktigaste resultaten från intervjuerna var att kommunikationen i familjen hade påverkats positivt med öppnare dialog. Tidpunkten av BFI var mycket viktig, att personalen, enligt föräldrarna, kunde prata med barnen på rätt nivå och att metodens flexibilitet och möjlighet till uppföljning uppskattades av föräldrarna.

Nyckelord: Psykisk ohälsa, Beardslees familjeintervention, kvalitativ innehållsanalys, föräldraskap, barnperspektiv

INLEDNING

Barn

För varje nytt ord ur barnets mun
blir rymden högre
för varje nytt steg som barnet tar
vidgar sig jorden

Av: Elmer Diktonius

Vi arbetar båda inom vuxenpsykiatri sedan många år som socionomer och innehar familjeterapeutfunktioner. Vi upplever att det är ett angeläget arbete att ge familjeperspektivet utrymme inom vuxenpsykiatri. Vuxenpsykiatri har dessutom en central roll att uppmärksamma barn vars föräldrar är drabbade av psykisk ohälsa samt medverka till att de får adekvat stöd (SoS, 1999). Att fokusera på barn till föräldrar som blivit drabbade av psykisk ohälsa är viktigt, inte minst ur en hälsofrämjande och preventiv aspekt. Att se och möta människan i hela sitt sociala sammanhang ingår i yrkesrollen som socionom. Detta innebär att barnen får ett givet utrymme. Barn påverkas av föräldrars psykiska ohälsa i form av oro, rädsla och skuld. De har också en förhöjd risk att själva drabbas av psykisk ohälsa. Det är därför ytterst angeläget att lyssna till barnen. Vi vill också ge barn och familjeperspektivet ett större utrymme inom vuxenpsykiatri knutet till ramverk i form av lagtext med krav på att ge stöd och information till barnen (HSL, 1982).

Vi har båda utbildats i Beardslees familjeintervention (BFI) och arbetat i familjer med interventionen. En av oss är också utbildare i familjeinterventionen. Den första utbildningen inom vuxenpsykiatriska kliniken regi i Norrköping i metoden genomfördes under hösten 2008 till våren 2009. Under utbildningens gång erbjöds och påbörjades BFI med familjer.

I Örnsköldsvik inleddes ett mer ingående arbete med att uppmärksamma barn till föräldrar med psykisk ohälsa våren 2006. I anslutning därtill erhöll några medarbetare möjlighet att genomgå utbildning i Beardslees familjeintervention i Skellefteå. Två av dessa medarbetare utbildade sig därefter till utbildare i Beardslees familjeintervention.

Utifrån vårt arbete inom vuxenpsykiatri har vi valt att göra en studie med föräldrar som genomgått Beardslees familjeintervention. Den är en förebyggande metod med syfte att stärka föräldrarollen samt synliggöra barnens behov (Beardslee, 2002). Det känns meningsfullt att fördjupa detta tema ytterligare. Vi vill undersöka föräldrars upplevda erfarenheter av metoden

inom de verksamheter där vi själva arbetat/arbetar, för att få en lokal prägel på uppsatsen. Vår förhoppning är att vår studie kan användas i informativt syfte till våra medarbetare och aktuella samarbetspartners.

BAKGRUND

Lagrum och riktlinjer

Den 1 januari 2010 infördes ett tillägg till Hälso- och sjukvårdslagen: personal inom sjukvården är ålagd att särskilt beakta behovet av stöd, råd och information till barn, vars förälder har psykisk störning eller funktionshinder, missbruk av alkohol eller andra droger, allvarlig fysisk sjukdom eller vars förälder har avlidit oväntat (HSL, 1982). Den nya lagstiftningen stärker alltså barnens rättigheter och delaktighet och deras ställning som anhöriga. Sverige har också ratificerat FN:s Barnkonvention år 1990, vilket innebär att myndigheter och institutioner ska sätta barnens bästa i främsta rummet vid alla åtgärder och beslut som rör barn (UN, 1989). Socialtjänstlagen säger att det finns anmälningsplikt om man befarar att patientens barn far illa (SoL, 2001). I Socialstyrelsens rapport, Barn till psykiskt sjuka föräldrar (SoS, 1999) framhålls att vuxenpsykiatri har en central ställning vad gäller att upptäcka dessa barn och att medverka till att de får adekvat stöd. I Nationell psykiatri samordnings slutbetänkande (SOU, 2006) framgår att vuxenpsykiatri och primärvården har en central roll att upptäcka och initiera stöd till barn och anhöriga. Detta kräver ett familjeorienterat arbetssätt (Jansson et al., 2011).

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom

Flera studier har rapporterat att barn till föräldrar med psykisk sjukdom löper större risk att själva drabbas av psykisk sjukdom än barn till psykiskt friska föräldrar (Beardslee, 2002). Glistrup åskådliggör hur det är att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa. Många av dessa barn tar på sig ett stort ansvar. De skyddar och hjälper den av psykisk ohälsa drabbade föräldern. Det gör att barnet åsidosätter sina egna behov. Barnet upplever inte sina egna gränser. Självkänslan försvagas då de personliga gränserna inte respekteras. Flera av barnen känner sig ensamma. De vuxna har en tendens att inte våga prata om den psykiska ohälsan med barnen. Många av barnen vill inte heller berätta för sin omgivning om sin hemsituation, av rädsla att inte bli förstådd. Det kan vara svårt för den vuxne att få vetskap om hur dessa barn egentligen har det hemma. Barn är lojala mot sina föräldrar samt berättar på ett sätt som är mest till fördel för deras föräldrar (Glistrup, 2005).

Psykiska sjukdomar är ofta stigmatiserande samt blir därför dolda på grund av en negativ syn på psykisk ohälsa i samhället. Stigma kan påverka barn så att de inte berättar om sina upplevelser. Detta kan påverka barnet negativt då det kan ge dem rädsla, social isolering samt sämre copingstrategier. Barn som hade kunskaper om förälderns sjukdom såg lättare ett sammanhang mellan sjukdomen och förälderns uppträdande (Cogan et al., 2005; Focht-Birkerts & Beardslee, 2000; Mc Conell Gladstone et al., 2006; Mord & Hall, 2008). Balansen mellan risk och skyddsfaktorer hos barn och dess omgivning inverkar på barnets utveckling och risk för psykisk ohälsa (Cederblad, 2003). Stöd från omgivningen, självkänsla, en god föräldrelation, en välfungerande icke psykisk sjuk förälder, social kompetens och nyfikenhet är skyddsfaktorer för barnen. Dessa faktorer främjar dessutom självkänslan och prestationsförmågan (Skerfving, 2005).

Ett barn som lever i en familj med psykisk ohälsa behöver få vetskap om sjukdomen. De behöver få veta att det inte är deras fel. Barn vill att vuxna ska berätta och göra situationen pratbar, för att kunna förstå och sätta sin egen person i ett sammanhang. De barn som kan skilja ut sig själva från sin sjuka förälder är de som klarar sig bäst. Barn som har fått höra att även andra barn lever med en förälder drabbad av psykisk ohälsa och har det lika svårt blir ofta lättade (Glistrup, 2005). Vid en förälders suicidförsök blir det särskilt tydligt att barnet behöver någon att prata med om vad som hänt samt om de känslor som barnet bär inom sig (Skerfving, 2005). Barn som får kunskap och insikt om sjukdomen kan lättare förstå att det är sjukdomen som är orsaken till förälderns mående och beteende. Barnen blir på detta vis mindre skuldtyngda och löper mindre risk att själva utveckla psykisk ohälsa än de barn som tror att psykiska ohälsan har samband med dem själva (Beardslee, 2002; Glistrup, 2005).

Någon nationell statistik finns inte över hur många barn i Sverige som lever tillsammans med en förälder som har en psykisk sjukdom. Det finns en uppskattning som forskaren Margareta Östman har gjort och då handlar det om ca 100 000 barn (Jansson et al., 2011). Omkring en tredjedel av vuxenpsykiatrins patienter är föräldrar till minderåriga barn. De flesta är kvinnor och ungefär hälften av dem är ensamstående föräldrar, och bor som enda vuxen tillsammans med barnen. Barn till svårt psykiskt sjuka löper tre gånger så stor risk som andra barn att själva hamna inom psykiatrin. De har också högre risk för drogmissbruk och suicid (Skerfving, 2005).

Centrala begrepp

Psykisk sjukdom: Psykisk sjukdom är ett allmänt vedertaget begrepp som används nationellt som internationellt. Psykisk sjukdom betecknar olika slags lidande, som påverkar en individs hela livsföring under lång tid med tillstånd av förändrade upplevelser, känslor och beteenden (Skerfving, 2005). Enligt SoS rapport 1999 brukar följande psykiska tillstånd innefattas av begreppet psykisk sjukdom; psykoser, schizofreni, förstämningssyndrom, manodepressiv sjukdom, neurotiska symtom samt personlighetsstörningar (SoS, 1999).

Psykisk ohälsa: omfattas av hela spektrat av sjukdomar som drabbar psyket, från lättare tillfälliga ångesttillstånd via mer kroniska tvångspräglade tillstånd, kortvariga reaktiva psykoser eller depressioner till schizoaffectiva syndrom eller kroniskt och svårt invalidiserande schizofreni (Glistrup, 2005). I vår uppsats använder vi inte något specifikt begrepp för att förklara varje individuell diagnos. Termerna psykisk sjukdom och psykisk ohälsa används som ett samlingsnamn för de psykiatriska diagnoser som finns.

Barn: Barnkonventionens första artikel, varje människa under 18 år (UD INFO, 2006).

Barns bästa: Enligt barnkonventionens 3:e artikel skall vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, barnets bästa komma i främsta rummet (UD INFO, 2006). De grundläggande behov som måste vägas in i bedömningen är barnets behov av omvårdnad, skydd samt respekt för sin integritet. Det är också viktigt att väga in barnets behov av båda sina föräldrar (Hindberg, 1999).

Barnperspektiv: För att förklara och vidareutveckla begreppet barnperspektiv har vi valt Socialstyrelsens definition. Barnperspektiv innebär sammanfattningsvis att vuxna observerar barnet samt strävar efter att förstå det, vidtar insatser/åtgärder som bedöms vara till barnets bästa. Barnperspektiv innebär förmåga till empati och möjlighet att kunna identifiera sig med barnet, lyssna till barnet och skapa sig en uppfattning av barnet. Barnperspektivet innebär att de vuxna försöker ”se med barnets ögon” samt utifrån såväl allmän kunskap om barn som om det enskilda barnet, göra en bedömning av vad som är bäst för barnet i ett långsiktigt helhetsperspektiv (Hindberg, 1999).

Föräldraskap: Utföra rollen som förälder genom att ge, vård, omvårdnad och skydd av barnet. Föräldraskap betonar ansvar och genom konsekvent empatiskt lämpligt beteende som svar på barnets behov (Swedish MeSH Number).

Prevention: Prevention av psykiska sjukdomar avser insatser för att minska incidens och Prevalens av psykisk sjukdom, minska sjukdomstid, förebygga eller fördröja återfall i sjukdom och minska effekter av inträffad sjukdom för individen och omgivningen. Målet är att styra bort individen från riskfaktorer eller minska riskfaktorernas inflytande och samtidigt stärka skyddsfaktorer (Mrazek & Haggerty, 1994).

Resiliens: Resiliens definieras som en process, där individen visar positiv anpassning trots betydande stress eller trauma (Rutter, 1985). Att vara resiliënt är inte ett statiskt tillstånd eller en egenskap hos en individ, utan resiliens varierar över tid och med omständigheter, beroende på hur skydds- och riskfaktorer samverkar för individen. De tre begreppen resiliens, skyddsfaktor respektive riskfaktor är förknippade med varandra och interagerar med varandra (Pihkala, 2011).

Beardslees familjeintervention - en preventiv metod

Beardslees familjeintervention är en hälsofrämjande/preventiv metod utvecklad av professor och barnpsykiatriker William Beardslee och hans kollegor i Boston i USA. Metodens syfte är att hjälpa föräldrar att komma till tals med sina barn om den psykiska ohälsan samt öka föräldrarnas medvetenhet om skyddsfaktorer för barnen. Skyddsfaktorer kan vara fungerande skolgång, intressen och kamratrelationer (Glistrup, 2005; Skerfving, 2005; Pihkala, 2011). En av de viktigaste skyddsfaktorerna för barn är åldersrelaterad information (Beardslee, 2002). Syftet är att minska risken att barnen själva insjuknar genom att stärka skyddsfaktorer och resiliens. Metoden innebär även att barnet som anhörig blir hörd och bidrar till att öka barnets förståelse för föräldrarnas sjukdom. Det är viktigt för barn att få uttrycka sina känslor och få höra att det inte är deras fel att föräldern har drabbats av psykisk ohälsa (Beardslee, 2002; Glistrup, 2005; Pihkala, 2011; Skerfving, 2005). Från början var metoden utvecklad för att användas i familjer med en förälder som drabbats av affektiv sjukdom (Beardslee, 2002). Det har även kommit att användas vid andra psykiatriska diagnoser inom vuxenpsykiatri och börjat användas inom missbruk och beroende i Sverige (Pihkala, 2011). Metoden har även kortsiktiga vinster. Om barnet blir lyssnad på så lindras barnets oro (Pihkala, 2011). Den förälder, som är drabbad av psykisk ohälsa, ges stöd i att själv berätta för sina barn om sin psykiska sjukdom och därigenom främjas kommunikationen inom familjen och föräldraskapet stärks. Metoden synliggör barnen som anhöriga för vårdpersonalen (Demetriades, 2009). Enligt Beardslee är det viktigt att alla barnen i en familj får en möjlighet att komma till tals eftersom barnen kan påverkas på olika sätt av föräldrarnas psykiska ohälsa (Beardslee, 2002).

Då både barnens och föräldrarnas oro kan minska kan psykiatrins personal känna att de uppfyller hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagens krav på att uppmärksamma barnen till våra patienter (Demetriades, 2009).

Teoretisk referensram

Metoden har element från olika teoribildningar, t.ex. från psykoedukativ och kognitiv inriktning och från systemiska teoribildningar såsom dialogiskt och lösningfokuserat arbetssätt. Information om både den psykiska sjukdomen och om skyddsfaktorer för barnen förs fram av behandlarna till föräldrarna. Barnen får information i första hand från föräldrarna vid familjesamtalet (Pihkala, 2011). Dialogiskt inslag finns med: alla familjemedlemmarnas röster ska beaktas och lyssnas till så att nyanserad förståelse ska kunna utvecklas inom familjesystemet (Seikkula, 1996; Anderson, 2006). Även den narrativa och språkssystemiska teorin finns med som förståelse och förklaringsram (Abrahamsson & Berglund, 2007). När alla i en familj får uttrycka sina funderingar, berätta om sina erfarenheter och ställa sina frågor som hänger ihop med den psykiska ohälsan hos föräldern, kan nya berättelser bli gemensam för familjen. Det svåra görs pratbart och ord kopplas till känslor och upplevelser (Pihkala, 2011; Anderson, 2006).

När BFI erbjuds skall föräldern vara i en situation, där hon eller han kan tänka utifrån barnets perspektiv och orkar fokusera på barnet och föräldraskapet. Föräldern måste ha insikten att den psykiska ohälsan kan påverka barnet. Det är även nödvändigt att föräldern har en behandlingskontakt (Pihkala, 2011; www.barnsomanhoriga.se). Det är viktigt att förmedla respekt till föräldrarna. En annan princip är att som behandlare vara öppen för alla familjemedlemmarna och förstå familjens situation från var och ens perspektiv (Beardslee, 2002; Pihkala, 2011).

Beardslees familjeintervention- samtalens struktur

Loggbok och manual används vid genomförande av BFI.

Samtal 1: Båda föräldrarna eller en ensamstående förälder är närvarande, skilda föräldrar tillsammans om de kan samarbeta och fokusera på barnen. Man går igenom den sjuke förälderns sjukdomshistoria, vad sjukdomen har inneburit för patienten själv, partnern, för barnen, vad barnen kan ha sett och upplevt av sjukdomen. Föräldrarnas oro för barnen och föräldrarna formulerar målsättningen för interventionen. Vid behov informerar man föräldrarna om sjukdomen, om symptom, behandling och orsaker. Man förklarar sjukdomen

enligt stress och sårbarhetsmodellen för att minska skuld och skamkänslor.

Samtal 2: Nu är det fokus på den andra föräldrarnas historia med sjukdomen i familjen, vad sjukdomen inneburit för partner samt barnen. Man går igenom varje barns styrkor, skydds- och riskfaktorer. Föräldern/föräldrarna kan här skicka med frågor till barnen via behandlaren. Föräldrarnas eventuella farhågor inför barnintervjun lyfts och behandlaren hämtar föräldrarnas tillåtelse att träffa barnen. Föräldrarna ombeds att förbereda barnen inför nästa träff.

Samtal 3: Varje barn intervjuas individuellt, oftast hemma. Behandlaren söker få en bild av barnets förståelse av föräldrarnas sjukdom, barnets oro, om barnet tar på sig skuld. Barnet får ställa frågor som tas upp i familjesamtalet. Samtalet ger en bild av hur barnet mår utifrån risk- och skyddande faktorer. Behandlaren informerar inte om föräldrarnas sjukdom utan låter föräldern själv prata med barnen vid familjesamtalet.

Samtal 4: Båda föräldrarna är närvarande. De får återkoppling från samtalen med barnet/barnen, vilket intryck behandlaren fått av barnet/barnen och hur de mår. Man planerar för familjeträffen utifrån det föräldrarna vill och kan berätta, vad barnet/barnen sagt och frågat efter. Föräldrarna avgör själva vad som ska tas upp. Behandlaren påtalar betydelsen av att prata om att det inte är barnens fel att föräldern är sjuk, om de upplever det så och att föräldern får behandling för sin sjukdom. Finns det tecken på att barnen behöver ytterligare stöd föreslås samarbete med socialtjänsten. Förekommer våld blir anmälningsplikten gällande och BFI avbryts.

Samtal 5: Hela familjen är samlad. Föräldrarna uppmuntras att berätta själva för barnen om föräldrarnas ohälsa. Tanken är att detta samtal ska starta en dialog som kan fortsätta inom familjen även efter BFI. Behandlaren har en stödjande och uppmuntrande roll men håller en låg profil.

Samtal 6: Är ett uppföljande samtal efter en månad. Uppföljning efter ett halvår rekommenderas också. Om föräldern har behov, känner oro eller har funderingar, kan de kontakta behandlaren (Beardslee, 2002; Pihkala, 2011).

Urval av forskning kring Beardsees familjeintervention

BFI är den första familjefokuserade och strukturerade metoden som använts i Sverige. Forskning om metoden pågår i USA, Finland och Sverige. I Pihkals avhandling (2011), var fynden att BFI är en säker och genomförbar metod inom vuxenpsykiatri; att den upplevdes ha positiva effekter för familjemedlemmar; att det viktigaste för föräldrarna var att de upplevde trygghet och tillit i metoden och till behandlarna, vilket hjälpte dem att börja tala om sin sjukdom

med barnen; att barnen upplevde en lättnad och avlastning från sin oro för föräldern. För majoriteten av föräldrarna minskade skuld- och skamkänslor. Förälders roll är viktig då det är via föräldern det är möjligt att nå och möta barnen. Inför beslut om BFI upplever många föräldrar en ambivalens i en form av längtan och fruktan att nå fram och börja prata med sina barn.

Pihkala (2011) sammanfattar Beardslees forskning. En RCT-studie är genomförd av Beardslee och kollegor där resultaten upp till 4,5 års uppföljning har publicerats. Kontrollgrupp i denna studie var familjer där föräldrarna deltog i en psykoedukativ insats i form av två föreläsningar. Man studerade bl.a. föräldrarnas förhållningssätt gentemot barnen angående föräldrarnas sjukdom, barnens förståelse av förälderns sjukdom, barnens internaliserande symtom. I de två första parametrarna fann man signifikant skillnad till BFI:s fördel. I de två sistnämnda parametrarna fann man positiva förändringar i båda grupperna. Resultaten visar att korta förebyggande familjeinriktade insatser för föräldrar med psykisk ohälsa, som depression kan bidra till långsiktiga hållbara förbättringar i familjen (Beardslee et al., 2007; Pihkala, 2011; www.socialstyrelsen.se). Flera kvalitativa artiklar har publicerats av Beardslees forskargrupp, där det framkommer att information om förälderns psykiska ohälsa vidare utvecklas till en djupare förståelse inom familjen, dialogen öppnas och barnens svåra känslor och upplevelser får göras pratbart och mötas av föräldern (Pihkala, 2011).” En sammanfattning och bedömning av Beardslees forskning finns på en webbsida: National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP) , en databas av preventiva interventioner och behandlingar inom psykiatri och missbruksvård, upprättad av SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) i USA. Forskningen bedöms ha en hög kvalitet (SAMHSA, 2006)” (Pihkala , 2011 sid 18) .

En finsk RCT-studie där föräldrars diagnos var depression, har genomförts av (Solantaus et al., 2010). Som kontrollgrupp deltog föräldrar i en kortversion av BFI kallad ”Föra barnen på tal” (FBT). Det är en insats som erbjuds till föräldrar, där diskussioner förs om barnen och föräldraskap vid två samtal. Resultatet visade i 1,5 års uppföljning i båda grupperna att barnens ångest och emotionella symtom minskade signifikant. Studien ger stöd till hypotesen att båda interventionerna är effektiva i att hindra en ökning av barnens psykosociala symtom vid föräldrars depression. BFI är effektivare direkt medan FBT:s effekter kommer långsammare (Solantaus et al., 2010). Båda metoderna är säkra med mycket få negativa effekter och upplevs positivt av familjer och föräldrar (Solantaus et al., 2009). Forskningsresultaten bekräftar vikten av stödjande insatser till föräldrar drabbade av psykisk ohälsa i förebyggande

syfte. Avsikten med detta är att förhindra att deras barn drabbas av psykisk ohälsa. Resultaten visade också att BFI gav positiva effekter såsom bättre förståelse för varandra inom familjen, bättre kommunikation om föräldrarnas sjukdom och bättre mående efteråt (Solantaus et al., 2010). Regeringen har 2011 givit Socialstyrelsen två uppdrag varav ett med anknytning till BFI. Detta uppdrag handlar om att undersöka möjligheten att genomföra en effektutvärdering av BFI. Socialstyrelsen och SBU bedömer att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att säga något om insatsernas effekter. En randomiserad studie kommer därför att genomföras. Utvärderingen kommer att vara klar i juni 2015 (www.socialstyrelsen.se).

SYFTE

Syftet med denna studie är att undersöka föräldrars upplevelser och erfarenheter av Beardslees familjeintervention, samt att även få med barnperspektivet genom att till samma föräldrar ställa frågor som berörde barnen.

METOD

Design

Vi valde en intervjustudie med kvalitativ och explorativ ansats i vår uppsats. Studien genomfördes med öppna och breda frågeställningar ur ett kvalitativt beskrivande perspektiv. För att få vetskap om föräldrars upplevelse av Beardslees familjeintervention gjordes ett urval av sex föräldrar som genomgått interventionen under år 2010. Föräldrarnas diagnoser var när de erbjöds BFI depression, medelsvår eller återkommande, ångestsyndrom, tvångssyndrom och bipolaritet. Vi intervjuade fem föräldrar som haft eller har psykisk ohälsa samt en frisk förälder. Vi kopplade inte våra intervjufrågor eller frågeställningar till en speciell teori från början. En skriftlig tillståndsförfrågan gjordes (Bilaga 1) som delgavs våra verksamhetschefer samt enhetschef vid respektive psykiatrisk verksamhet i Norrköping samt Örnsköldsvik. Efter samtycke från cheferna kontaktades föräldrarna genom ett brev (Bilaga 2) med svarsformulär (Bilaga 3). Vi fick hjälp av föräldrarnas behandlare att förmedla breven och ta emot svarsformulären, medgivandeblankett (Bilaga 3). Telefonkontakt togs med alla föräldrarna för bekräftelse av deltagande i intervjun. Vid kontakt per telefon skedde även överenskommelse om tid och plats för intervjun. Vår studie beskrevs kort med information om intervjuens utförande som ett öppet samtal, inspelat på diktafon. Sekretess och frivillighet framhölls i förfrågan om deltagandet. Innan intervjun, startades med att diktafonen sattes på,

informerades föräldern återigen om frivillighet och anonymitet. De informerades även om att intervjuerna skulle användas som underlag i vår uppsats om BFI. Vi strävade efter att platsen för intervjuerna skulle vara neutral samt trygg för föräldern. Intervjuerna skedde ansikte mot ansikte. Två av intervjuerna ägde rum i föräldrarnas hem, resterande fyra intervjuer utfördes i samtalsrum vid psykiatriska mottagningarna. Varje intervju tog ca 45 minuter. Innan intervjun påbörjades skedde en kort presentation av syftet med intervjun. Vårt syfte var att samma frågeställningar skulle upptas vid samtliga intervjuer (Bilaga 4). Intervjuerna utformades som ett öppet samtal kring de aktuella frågeställningarna. Endast en av oss var med vid varje intervjutillfälle. Vi gjorde intervjuerna på den klinik där vi ej tjänstgjorde för att undvika att den intervjuade föräldern skulle komma i beroendeställning till oss. Vi gjorde hälften av intervjuerna var. Efter avslutad studie förstördes intervjuinspelningarna. I den färdiga studien var alla föräldrar avidentifierade.

Bearbetning och analys

Studien analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2008). De ordagrant transkriberade intervjuerna lästes igenom flera gånger, enskilt och tillsammans, av oss för att få en helhetsbild. Vi har delat in texten i meningsenheter, som kan vara ord och meningar. Meningsenheterna har vi sedan kondenserat, dvs. en process som gjorde texten kortare men med bibehållen kärna. Därefter har vi jämfört meningsenheterna för att urskilja likheter och olikheter, varefter vi sammanförde dem i kategorier. Vi fortsatte med kategoriseringen till dess att ett antal slutkategorier framkom. Slutkategorierna var varandra uteslutande och visade på det manifesta innehållet i texten.

Etiska överväganden

Etisk prövning har ej varit nödvändig. Våra avsikter har inte varit att påverka föräldrarna utan endast höra deras upplevelser av Beardslees familjeintervention.

Tillstånd att genomföra studien har inhämtats från våra verksamhetschefer och enhetschef vid respektive psykiatriska verksamheter (Bilaga 1).

Vi har beaktat Kvales principer för forskningsrapporter (Kvale, 2010), vilket innebär informerat samtycke och konfidentialitet. Vi har informerat föräldrarna i vår uppsats om syftet med själva studien. De har även informerats om att deltagandet var frivilligt samt att resultatet från studien inte skulle avslöja deras identitet. Föräldrarna upplystes om vad studien skulle användas till (i vårt fall en uppsats, 15 högskolepoäng).

RESULTAT

Utifrån kodning skapades kategorier. Dessa beskriver kärnan av föräldrarnas upplevelser och erfarenheter för dem själva och deras barn av Beardslees familjeintervention.

Följande huvudkategorier framkom: Föräldrars beslutandeprocess av BFI, föräldrars upplevelser av BFI, barnperspektiv, de upplevda effekterna av BFI för familjerna.

Dessa kommer att beskrivas tillsammans med lämpliga citat för att levandegöra resultaten från föräldrarna.

Förälderns beslutandeprocess av BFI

Beslutandeprocessen startade med att föräldern/föräldrarna fick erbjudande genom information och en broschyr om BFI. Det framkom samtidigt att föräldrar efterfrågat något för barnen och väntat på hjälp länge. Det fanns en skeptisk osäkerhet till BFI samtidigt som det framkom tankar att det inte fanns något att förlora på BFI. Det fanns en valfrihet och följsamhet med BFI.

Det framkom till att börja med en osäkerhet och rädsla för öppenhet hos föräldrar. Flera föräldrar framförde skuld och skamkänslor i sitt föräldraskap. Det fanns en rädsla för barnens svar. Flera föräldrar berättade att de kände sig sårbara. De beskrev även att de hade dåligt samvete gentemot barnen. En annan faktor som också framkom som ett önskemål från den psykiskt sjuke föräldern var att den friske föräldern behövde få stöd. Detta för att göra det svåra pratbart även tillsammans med denne. Det kunde i sig vara avlastande för den andre föräldern. Önskan fanns att ha den andre föräldern delaktig i BFI-processen och att få stöd av denne. Det var svårt för familjen att prata själva hemma.

En avgörande faktor för att säga ja till BFI, handlade om att flera föräldrar var oroade för barnen. De ville förstå barnen. Föräldrarna ville att deras barn skulle må bra. De upplevde att det var svårt för barnen. Det framfördes att det var en beslutandeprocess som familjen gjorde tillsammans.

”Det var jag som skapade deras problem, kände att pratade jag med dom om det så var jag rädd för svaret samtidigt”

”Hemma tror jag aldrig att vi skulle ha klarat att själva sätta oss ner och prata som hur det är”

”Jag var nog mest rädd för att barnen skulle säga att jag skulle göra något dumt. Det var

jättejobbigt. Få bekräftat att man inte räcker till”

”Alla föräldrar vill ju att barna skall må bra”

”Först kändes det som att jag hade för lite information vad det skulle gå ut på”

”Det var det att det var svårt med barnen. Man vill inte visa att man mår dåligt. Det var svårt att veta vad man skulle hantera, hur jag skulle berätta och vad man inte skulle säga till barnen”

”Jag visste inte hur jag skulle närma mig det, få till det, vad man skulle säga till dom, hur pass öppen man kan vara”

”Först var jag skeptisk. Jag tänkte att jag pratar mycket med mina barn i alla fall, men sen tänkte jag, jag har ingenting att förlora på det utan vi testar”

Förälders upplevelser av BFI

Föräldrarnas upplevelser av BFI var övervägande positiva. BFI hade varit stärkande för föräldern. Den hade ingivit hopp och nya infallsvinklar. Föräldrar hade fått bekräftelse i att ha gjort rätt att prata med barnen. Det svåra hade gjorts pratbart genom BFI, vilken hade varit avlastande för barnen och föräldrarna. BFI har varit på föräldrars och barnens villkor. Familjen fick hjälp att ställa svåra frågor. Flera föräldrar upplevde att det var nervöst inför familjesamtalet. Barn och föräldrar hade själva skapat ett språk för att beskriva den psykiska ohälsan. Flera föräldrar var nöjda med hembesök. De beskrev att det var bra med hembesök för hela familjen. Det var viktigt för många föräldrar med uppföljning för att få fortsatt stöd att prata inom BFI:s ram. De ansåg även att BFI bidragit med att kunna få vidare familjestöd. Flertalet föräldrar upplevde BFI-interventionen befriande, då den påverkade föräldrarnas ansvarsområden positivt, t.ex. omsorg om barnen. Det framkom att föräldrar efterlyste större erfarenhet hos BFI-behandlare att prata med barn. Att BFI-behandlare kunde ha varit mer aktiva i samtalen framkom som ett önskemål.

”Jo jag hade ju en väldig lättnad. De skulle få det här att de skulle få gå och prata... jag kände mej sårbar....mycket blandade känslor”

”Alla var lika viktiga, allas upplevelser. Det var inte viktigt hur jag mådde, hur dom skulle vårda mig för att jag skulle må bra”

Valfriheten och flexibiliteten i BFI uppskattades av föräldrarna, då den gav utrymme för dem och deras barns individuella behov. Den innebar lyhördhet och respekt för föräldrarna och deras barn.

”Nej jag tycker den varit bra, man fick bestämma själv om man skulle komma dit eller vara hemma eller om dom skulle träffa ett barn i taget. Jag fick ju vara med och utforma det, därför kan jag inte säga om något skulle ändras. Man fick bestämma vad som passade bäst så jag har inget så att säga”

Familjesamtalet i BFI kan innebära en start till en öppnare dialog i familjen samt påbörjande av processen med att bryta tystnad samt förändra kommunikationen.

”Jag vet ju inte hur man når fram till barnen....hur man kan hjälpa dem prata....för det var ju för deras skull....”

”I efterhand känns det bra men det var tufft”

Barnperspektiv

Föräldrar hade efterfrågat något för barnen. Flera föräldrar berättade om att barnen hade tagit stort ansvar och hade krav på sig att vara ett stort stöd för den drabbade föräldern. Barnen drog ett tungt lass. Det hade varit svårt för barnen. De bar på ett stort ansvar samt hade många funderingar och frågor. De hade mycket oro för den förälder som drabbats av psykisk ohälsa. Barnen är känsliga och de kunde vara rädda, oroliga eller arga. Barnen behövde få veta och förstå. De behövde prata eftersom barn funderar, grubblar och tänker. Barnen förstår mer än man tror och behöver bli lyssnade på. De ska kunna få ställa frågor och kunna känna ilska över att deras förälder är drabbad av sjukdom. Barnen kunde också vara arga på den psykiska sjukdomen. De får en vana att läsa av människor och vara omvårdande. Det framkom att det är viktigt att prata på barns nivå ibland om allvarligt tema i lekfull ton. Barns behov av samtal kunde vara olika. Ibland ville de prata själva, vilket erbjuds utifrån modellen. Det kunde också finnas behov av att vilja ha med ett syskon i barnsamtalet. Syskon kan ha betydelse för att ge varandra stöd. De pratar med varandra i vardagen.

”Ja det tycker jag absolut det är viktigt att kunna prata med sina barn även om det är ett allvarligt tema. Prata om det under lekfulla former”

”Den var jättebra. Barnen fick prata var för sig. Ställa frågor, ifråga vad som kommer när de inte behöver fråga mig, när de verkligen kan ställa frågor och undringar över vad de är rädda för”

Det framkom att kommunikationen påverkades gynnsamt av BFI samt bidrog till ett öppnare klimat.

”....dom törs prata med mej....de har många saker i sitt liv”

”vi kan prata vara mer lyhörda, öppna mot varandra om jobbiga saker”

Föräldrarna beskrev det som en fördel att barnen fick utrymme med egna samtal.

”Barnen fick prata var för sig och ställa frågor....deras rädslor, deras frågor som de inte vågade ställa till mej fick de lyfta upp på bordet”

Det framkom oro från föräldrarna och omsorg om sina barn. Det handlade om skuld samt rädsla att barnen skulle ha drabbats och påverkats av deras sjukdom.

”man får hjälp att lösa upp knutar inom familjen....att kunna ta upp saker man inte tar upp annars....”

”man känner sig tryggare för att dom vet liksom mer vad det handlar om och vet hur jag upplever mej själv och hur jag vill rädda dom....”

Upplevda effekter av BFI för familjerna

Föräldrar behövde stöd i att förstå vad barnen tänker och känner, få hjälp att sortera. Det hade öppnat upp en dialog samt bidrog till hela familjens delaktighet. Allas röster var lika viktiga. Det var också avlastande för den friska föräldern. BFI medvetandegjorde barnens skyddsfaktorer som motståndskrafter. Syskon kunde ha stöd av varandra. BFI förebyggde oro och kunde ge större medvetenhet om tidiga signaler om föräldrarnas psykiska sjukdom. BFI gav stöd enligt föräldrar att våga se familjemönster samt att hela familjen blir drabbad vid förälders psykiska ohälsa. Familjeklimatet påverkades gynnsamt, då BFI bidrog till att stärka dessa områden. BFI hade också medverkat till ökad insikt att psykisk ohälsa påverkar familjesituationen mellan barn och föräldrar. Det hade blivit tryggare i familjen och familjeklimatet hade blivit mer öppet. Man vågade säga mer. Kommunikationen hade blivit rakare. Det hade blivit lättare att förklara. Flera föräldrar framförde att BFI-modellen hade varit avlastande för den friske föräldern. Erfarenheter framkom att sjukdomen blivit avdramatiserad, ingen dömde. Det var inte farligt att må dåligt.

Förberedelser tillsammans med BFI-behandlare inför familjesamtalet var viktigt enligt flera av föräldrarna. Det betonades också att uppföljning av BFI är viktigt. Det framkom att BFI kunde bidra till större nätverk. Familjen kunde enklare vända sig till exempelvis vuxenpsykiatri för att få stöd.

”Vi känner allihopa att få lite öppenhet det är mycket funderingar som inte alltid är så lätt att prata om hemma”

”Jag kan vara öppen och använda min styrka....Det är inga stängda dörrar....försöker hela tiden hålla dom öppna....”

”Var och en fick säga sitt alla var lika viktiga....och sen kunde man baka ihop allt”

”Jo jag kan förmedla bättre öppenhet...jag får ta ansvar för att jag är sjuk....nu gömmer jag mej inte....”

”....i och med att han var med fick han sina farhågor belysta, frågor besvarade som han hade svårt att ställa....hade ju gått som katten kring het gröt....”

”....att det blivit ett större nätverk....det känns tryggare....”

”Det har varit bra så får man fler kanaler....det vill säga att om man märker att nu behöver jag stöd, då kan man alltid kontakta nån”

Föräldrarnas upplevelse av BFI var att den gav större insikt och förståelse för dem om sin psykiska sjukdom. Det innebar även en ökad medvetenhet om barnens behov.

”Nu kan man ändå förklara när man pratar med dom om det skulle behövas....”

”Jag tror det har blivit lättare att prata om det....det kanske hade blivit mera hårda ord om vi inte pratat om det....”

”När man har den här sjukdomen är det naturligt att man oroar sig för sina barn också eller att barnet kan ha tagit skada liksom....”

Föräldrarna beskrev mindre skuld och skam.

”Jo jag skäms inte för min sjukdom...jag har talat om för folk i min omgivning som står mej så pass nära att jag ville berätta för dom”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde en kvalitativ metod för att få kunskap om föräldrars upplevelser av BFI. En sådan metod är bäst lämpad för det. Fördelen med den kvalitativa metoden är att den ger möjlighet till öppenhet, flexibilitet och många nyanser. Den kvalitativa metoden skapar möjlighet att få kunskap om den intervjuades egna upplevelser, vilket innebär att få fram den intervjuades upplevelser av verkligheten. Metoden har styrka i förståelse och närhet.

Det empiriska materialet har insamlats genom intervjuer med föräldrarna. En eventuell risk vid intervjuerna är att den intervjuade föräldern ändrar uppfattning när de vet att de iakttagits och svarar det de tror att intervjuaren vill höra. Den risken kan minskas om den som gjort intervjuerna är en för den intervjuade okänd person. I vår studie finns inte någon relation eller

beroende mellan förälder och intervjuare. Vi har haft förförståelse genom att vi är utbildade i BFI. Den förförståelsen speglas i intervjuguiden (Bilaga 4) med våra frågeområden, som använts som stöd. Trots vårt engagemang i BFI som metod har vi försökt hålla oss öppna för även negativa synpunkter på metoden. Analysen av våra sex intervjuer resulterade i att fyra huvudkategorier framkom:

Föräldrars beslutandeprocess av BFI, föräldrars upplevelser av BFI, barnperspektiv, upplevda effekter av BFI för föräldern. Som svar på frågan hur trovärdigt vårt resultat blev, har vi använt begrepp utifrån kvalitativ tradition, tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet. Forskaren i kvalitativ tradition ses som medskapare i intervjuprocessen, växlar mellan närhet och distans (Lundman & Graneheim, 2008). Den kvalitativa metoden med öppna intervjuer möjliggjorde för oss som intervjuare att ställa följdfrågor samt skapade även utrymme för föräldrarna att förtydliga och förklara inför de olika frågeområdena. Vi kopplade inte våra intervjuer eller frågeställningar till en speciell teori från början. Teorin har vuxit fram under uppsatsarbetet. Fördelen med en kvalitativ metod är att den möjliggör öppenhet.

Under intervjuernas gång var det möjligt att observera icke verbal kommunikation, t.ex. kroppsspråk och pauser. En intervjustudie bygger på samspel mellan intervjuare och den intervjuade. Det är därför viktigt att ett tryggt klimat skapas initialt. Vi var noga med att ge information om syftet med intervjun, dess utformning, etiska frågor samt möjlighet att ställa frågor efter avslut av intervju (Lundman & Graneheim, 2008). Det är intervjuarens uppgift att möjliggöra för informanten att berätta och kvalitén är beroende av intervjuarens förmåga till samtal (Kvale, 2010). Att uppnå en trovärdighet av resultatet beror på hur kategorierna täcker data så att ingen viktig information har förlorats. Genom att använda citat ökas också trovärdigheten (Lundman & Graneheim, 2008). I intervjuerna fick vi rikligt med material från föräldrarna. Resultaten av sex intervjuer är inte generaliseringsbart, vilket gäller kvalitativ forskning i stort (Kvale, 2010). Vanligen omfattar intervjuer ganska få personer. Eftersom så få personer ingår, är det ovanligt att intervjustudier bygger på representativa urval på motsvarande sätt som enkätstudier. Därför är vår intervjustudies resultat inte generaliseringsbart i statistisk mening. Intervjuer är i regel induktiva. Resultatet representerar mer en allmän aspekt som också kan gälla andra människor i motsvarande situation (Sohlberg, 2002). Trots att antalet intervjuade föräldrar var begränsat, visade vårt material på enhetliga svar. Detta stärker validiteten. Att studera samband mellan kategorier eller tolka materialet till en abstrakt nivå, har inte varit möjligt utan analysen avslutades vid en beskrivande nivå, utifrån att

en kvalitativ beskrivande studie är den metod som föredras när raka beskrivningar av fenomen är önskvärda (Sandelowski, 2000).

Resultatdiskussion

Syftet med vår studie har varit att beskriva föräldrars upplevelser av BFI samt att genom frågor till dem beakta deras barn. I vårt material framkommer att BFI uppfyllde ett viktigt behov för föräldrarna, nämligen att kunna uppmärksamma barnens behov samt ge föräldrarna stöd i sitt föräldraskap, samt göra något både för deras barn och dem själva. Föräldrarna uppgav att BFI påverkade deras familjesituation positivt utifrån flera aspekter. BFI var avlastande och skapade ett öppnare samtalsklimat kring den psykiska ohälsan. Det föräldrarna upplevde positivt i BFI kan sammanfattas i tre huvudområden: positiva effekter för kommunikation i familjen, flexibilitet och rätt tidpunkt.

I Pihkalas avhandling (2011) framkom att föräldrar ofta hade ”ärvda mönster” från sina ursprungsfamiljer, dvs att psykisk ohälsa var skambelagt. Det inverkar på deras sätt att handskas med samt resonera om sin psykiska ohälsa. BFI gav dem stöd i samtalen med barnen. Det framkom även i vår studie att skuld och skamkänslor var vanligt hos föräldrarna. Det betonades i vårt material att det blivit en mer öppen attityd i samhället vad gäller psykisk ohälsa. Detta kan ha bidragit till att göra det svåra mer pratbart samt avlastat skuld hos föräldrarna. Genom att dialogen öppnades upp skapades en medvetenhet hos föräldrarna om familjesituationen. Föräldrars avsaknad av dialog med sina barn påverkade dem med ambivalens. Den bestod av både en längtan och fruktan att komma till tals med sina barn, vilket framkommit i Pihkalas avhandling (2011), liksom i vårt material. Det framkom också i studierna att föräldrarna hade rädsla att involvera sina barn kring sin sjukdom därför att de befarade att barnen skulle må sämre då. En fungerande dialog är av stor betydelse i relationen mellan barn och föräldrar och en viktig skyddsfaktor för barnen. När familjen deltar i dialogen visar de sin egen unika expertis beträffande sina liv, sina problem och sina sociala verkligheter. Det blir ett sammanhang som grundas på processer av ömsesidighet, förståelse, respekt, vilja att lyssna och höra det som sägs (Anderson; Goolishian, 2001). I vårt material framkom att kommunikationen ökade i omfattning och skedde på ett annorlunda vis. Det blev lättare att prata, inte bara om sjukdomen, utan även om andra teman. Barnens förståelse för förälderns sjukdom bidrog till avlastning och minskad oro för föräldern (Pihkala, 2011).

I tidigare forskning är den andre föräldrarnas perspektiv inte specifikt belyst. Om relationen fungerade, var den friske föräldern ett stöd men denne kunde få för mycket ansvar (Pihkala, 2011). Det framkommer i tidigare studier och även i vårt material att föräldrar tycker det var viktigt att beakta tidpunkten inför BFI. Tidpunkten var avgörande för föräldern/föräldrarna, både för att kunna fatta beslut om BFI samt för att kunna genomföra den. Det var viktigt att föräldern hade hunnit återhämta sig från sin psykiska sjukdom, för att kunna orka gå igenom BFI. Föräldern måste ha hunnit bli så stabil i sitt psykiska mående att det var möjligt att fokusera på barnets/barnens behov. Om BFI erbjöds i ett för tidigt skede, fanns risk att föräldern agerade med försvar samt även förnekade problemen. Det var därför viktigt att behandlarna var lyhörda för detta samt respekterade ett avvisande av BFI vid det första erbjudandet men gav möjlighet till förnyat sådant vid ett senare tillfälle (Pihkala & Johansson, 2007).

Begreppet KASAM-känsla av sammanhang (sense of coherence), coping och resiliens förekommer ofta i olika sammanhang för att förstå barn och ungdomars utveckling, inte minst när de lever med en förälder som är drabbad av psykisk ohälsa (Antonovsky, 2005). I den salutogena teorin ingår begreppet KASAM. Begreppet delas upp i begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begreppen står i relation till varandra. Den viktigaste komponenten är meningsfullhet (Antonovsky, 2005). Barnens känsla av begriplighet ökar troligtvis när de får förklarat var föräldrarnas psykiska sjukdom innebär. De får veta varför situationen är som den är och att det inte är barnens fel, vilket i sin tur kan avlasta skuld hos dem och minska deras oro. Barnen klarar att sätta tydligare gränser när det gäller sitt eget liv och andras. Både barnens och föräldrarnas tillvaro upplevs då som begriplig, hanterbar och meningsfull, vilket bidrar till bättre mående i hela familjen (Antonovsky, 2005). Vi anser att BFI skulle kunna ses som en skyddande faktor, då den bidrar till att öka förälders och barns KASAM. Förståelsen blir större och inverkar positivt med copingstrategier. Riskfaktorer påverkas av tillgången till skyddande faktorer. Föräldrarna beskrev vikten av öppenhet om sjukdomen. Efter BFI började föräldrarna prata med varandra och barnen om sjukdomen. Detta startade en process inom familjen. Barnen och föräldrarna fick möjlighet att bearbeta sina känslor istället för att undanhålla och bära dem inom sig. Om barnen och föräldrarna får bearbeta sina känslor istället för att undanhålla dem, ökar familjens KASAM, dvs att göra det svåra pratbart om sjukdomen, uppfånga rädslor hos barnen och att ge dem information, uppfattade föräldrarna var stärkande för familjen (Riley et al., 2008). En viktig styrka hos BFI är dess preventiva intention. Barnen uppmärksammas innan de fått problem. När barnen märker att någon har ögonen för hur de har

det och när de får sätta ord på känslor och upplevelser, blir de mer självmedvetna och får lättare att uttrycka sina behov (Glistrup, 2005).

Att BFI kan ha terapeutiska effekter för den sjuke föräldern har framkommit i tidigare studier (Focht-Birkets & Beardslee, 2000). Det framkommer att den sjuke föräldern upplever mindre skuld och en signifikant förändring i sitt liv efter att ha deltagit i BFI (Beardslee et al., 1997; Focht-Birkets & Beardslee, 2000). Upplevda effekter, som framkom i Pihkalas avhandling (2011), liksom i vårt material, var barnens känsla av lättnad med ökad kunskap om sjukdomen och minskad oro för föräldern. Föräldraskapet stärktes med mindre skamkänslor och ömsesidig förståelse. Vidare framkom, att det är viktigt att erbjudandet om BFI ges vid rätt tidpunkt. Föräldrarna uppskattade BFI:s flexibilitet med t.ex. valfriheten var samtalen skulle ske. Hembesök kändes för många föräldrar positivt och avspänt vid barn och familjesamtalet med behandlarna. Det framkom att uppföljning är viktigt och känns tryggt för familjerna, vilket vi med vårt material själva fått en fördjupad förståelse för. Beardslee framför att uppföljning av BFI kan sträcka sig över flera år om familjen har behov av det (Beardslee, 2002).

Sammanfattningsvis har vi uppmärksammat i vårt resultat att kriterier som tidpunkt, uppföljning och flexibilitet t.ex. i form av hembesök särskilt uppskattades och var viktigt för föräldrarna och deras barn. Som behandlare gäller det att vara lyhörd inför förälders och barns situation vid genomförandet av BFI. Vårt syfte med uppsatsen har blivit besvarat, vilket har återgivits i resultatet. Det skulle vara intressant att i fortsatta studier intervjua flera friska föräldrar samt även fördjupa kunskapen om syskonens roll som skyddande faktor.

Avslutande synpunkter

Det behövs en fortsatt utveckling inom vuxenpsykiatrin för att uppmärksamma samt synliggöra barnen. Vi tror att det är värdefullt med återkommande rutiner som fokuserar på barnen inom våra verksamheter. Det preventiva arbetet är angeläget där BFI har en given roll. Chefer och politiker behöver ta utökat ansvar för att utveckla stödinsatser för barnen och deras föräldrar. Det behövs rutiner i den dagliga verksamheten inom psykiatrin. Barnperspektivet bör vara en stående punkt på behandlingskonferenser och arbetsplatsträffar. Det bör finnas tydlig och uppdaterad information om vilka stödinsatser som kan erbjudas barn och föräldrar.

Miljön bör vara barnvänlig, med lättillgänglig information i vuxenpsykiatrins lokaler. I det förebyggande arbetet ingår genomtänkt information. För barnen finns flera användbara hemsidor tex. www.barnsomanhoriga.se, www.kuling.se, www.molnhopp.se.

Vi upplever att det finns områden inom psykiatrin, där vi måste göra tydligare förbättringar utifrån barn och föräldraperspektivet. Vi bör skapa ökade förutsättningar för förebyggande, anpassade insatser för barn samt föräldrar.

För att som behandlare kunna erbjuda och arbeta med BFI, tror vi att det är av ett stort värde att erbjudas kontinuerlig handledning. Det är nödvändigt som behandlare att ha kunskap och kännedom om barns och ungdomars utveckling. Beardslee framhåller att barnsamtalen bör erbjudas på rätt nivå och med rätt språk. Detta är i sig en skyddande faktor (Beardslee, 2002). BFI är unik, för det är en metod som gör insatser för barnen,(intervju med varje barn) för sig, den sjuke föräldern, den friske föräldern och slutligen hela familjen. Insatsen bygger på att fånga upp barnen innan de får symtom. Det kan vara avlastande med BFI. Föräldrarna har vågat visa att det är tillåtet att få ställa frågor och uttrycka sin oro i familjen. Frågor kan komma i familjen efter familjesamtalet i vardagliga sammanhang, eftersom tystnaden är bruten. Processen med att göra det svåra pratbart har påbörjats. Vid uppföljningar kan dialogen fortsätta mellan barn och föräldrar. Ett av de viktigaste fynd i vår studie var kommunikationens betydelse. En fungerande kommunikation är som nyckeln i låset. Det uppstår öppenhet och medvetenhet om språkets roll i familjen. Alla former av teman görs pratbara, även de svårare. Språket är en metafor för familjens upplevelser. Ord, språk och mening är det som pågår i människans liv. Nya meningar måste vara sådana att de respekterar alla berörda (Anderson & Goolishian, 1992). Barnen och föräldrarna bygger upp nya samtal, som ger nya berättelser. Nya vägar skymtar i horisonten.

Jag önskar Dig

Jag önskar dig inte guld, mitt barn
ej heller pengar och makt.

Jag önskar dig modet att vara dig själv
och stå för det du sagt.

Jag önskar dig inte en stenfri väg,
men kraften att vägen gå.

Jag önskar dig kärlek i rikligt mått
och vänner att lita på.

Av okänd författare

Referenser

- Abrahamson E & Berglund G. (2007). *Psykoterapins förnyare Samtal om systemiskt förändringsarbete*. Falun: Mareld.
- Anderson H. (2006). *Samtal språk och möjligheter*. Stockholm: Mareld.
- Anderson H & Goolishian HA. (1992). *Från påverkan till medverkan*. Stockholm: Mareld.
- Antonovsky A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Backman J (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Beardslee WR, Salt P, Versage EM, Gladstone TR, Wright EJ, Rothberg LI (1997). *Sustained chance in parents receiving preventive interventions for families with depression*. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 510-515
- Beardslee WR (2002). *Out of the darkened Room. When a parent is Depressed*. Protecting the children and strengthening the Family. Boston: Little Brown and Company.
- Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ & Forbes P (2007). Long-Term Effects From Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of family Psychology*, 21 (4). 703-713.
- Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper A (2003). *A Family-Based Approach to The Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change*. *Pediatrics Official Journal Of America Academy of Pediatrics*, 2003;112;e119.
- Cederblad M. (2003). *Från barndom till vuxenliv - en översikt av longitudinell forskning*. Centrum för utvärdering av socialt arbete: Gothia.
- Cogan N, Ridell S, & Mayes, G (2005). *Children living with an affectively ill parent: How do they cope?* *Educational and Child Psychology* (22) 16-28
- Demitriades A. *Ett hälsofrämjande arbete, uppsats*, Örebro Universitet (2009).
- Focht-Birkets-Beardslee (2000) *A child Experience of Parental Depression Encouraging Relational Resilience in Families with Affective Illness* *Family Process* vol.39, No 4:417-434.
- Glistrup K. (2005). *Det barn inte vet...har de ont av*. Stockholm: Runa.
- Hindberg B. (1999). *När omsorgen sviktat*. Borås: Centraltryckeriet.
- Hälso- och sjukvårdslagen. (1982).
- Jansson M, Larsson A-M, Modig C. (2011). *Mod och Mandat. Ny lagstiftning stärker barn som anhöriga, Har vi modet att möta dem?* Stiftelsen Allmänna Barnhuset : Socialstyrelsen.
- Kvale S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Student litteratur.

- Lundman B & Hällgren Graneheim U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär IM & Höglund-Nielsen B, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.
- www.mesh.kib.ki.se MeSH Tree Location(s) for Parenting. Location corresponding to Mesh Number F01.829.263.370.310. 2011-11-22
- McConnell Gladstone, B, Boydell KM& Mckeever P(2006) *Recasting research into children`s experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience*. Social Science and Medicine (62) 2540-2550
- Mord E, Hall, Wendy A (2008).*Children`s Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame* Qualitative Health Research. Sage Publications 18 (8).
- Mrazek P & Haggerty R (1994) Reducing risk for mental disorders:Frontiers for preventive intervention research.WashingtonDC:National Academy Press.
- Pihkala H. & Johansson EE. (2008) Longing and fearing for dialogue with children-Depressed parent`s way into Beardslee`s preventive family intervention. Nordic Journal of Psychiatry 62, 399-404.
- Pihkala H. (2011). Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom *Svenska familjers erfarenheter*. Institutionen för klinisk vetenskap/Psykiatri Umeå universitet.
- Riley A W, Valdes C, Barucco S, Mills C, Beardslee W, Sandler I, Rawal P (2008). Development of a *Family-based Program to Reduce Risk and Promote Resilience Among Families Affected by Maternal Depression: Theoretical Basis and program Description*. Clin Child Fam Psychol Rev 11: 12-29.
- Rutter M (1985) *Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder*. British Journal of Psychiatry 147: 598-611
- Sandelowski M. (2000). *Focus on Research Methods Whatever Happened to Qualitative Description?* Research in Nursing & Health, 2000.23.334-340.
- Seikkula J. (1996). *Öppna samtal*. Lund: Studentlitteratur.
- Skerfving A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.
- Skerfving A.(2005). *Två registerstudier vid vuxenpsykiatri i södra Stockholm*. Stockholms läns sjukvårdsområde: Psykiatri Södra, FoU-enheten.
- Socialstyrelsen (1999). Barn till psykiskt sjuka föräldrar. SoS-rapport 1999

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010). Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. Available at www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Program/-for-att-forebygga-psykisk-ohalsa-hos-barn (Accessed 28 September 2010)

Socialtjänstlagen (SOL) SFS- 2001:453.

Sohlberg P & B-M. (2008). *Kunskapens former vetenskapsteori och forskningsmetod*. Malmö: Liber.

Solantaus T & Toikka S (2006). The Effektive Family Programme: Preventative Services for the Children of Mental Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8 (3), 35-42.

Solantaus T., Toikka S., Alasuutari M., Beardslee W., Paavonen J (2009). *Safety Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression*. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11 (4).

Solantaus T & Puras D. (2010). Caring for Children of Parents with Mental Health Problems- A Venture in Historical and Cultural Processes in Europe. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12 (4), 27-34.

Solantaus T. Paavonen J. Toikka S & Punamäki, RL (2010.) Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behavior. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19 (12) 883-92

United Nation (1989) Conventions on the rights of the Child.

Utrikesdepartementet (2006) Mänskliga rättigheter, Barnets rättigheter.

Östman M & Afzelius M (2008:2). Barnombud i psykiatrin i vems intresse FOU rapport 2008:2 Malmö Högskola.

Hemsidor

www.barnsomanhoriga.se

www.kuling.se

www.molnhopp.se

www.socialstyrelsen.se

Tillkännagivanden

Stort Tack

Till föräldrarna som delgivit oss sina upplevelser för sig och sina barn utan er skulle vi inte kunnat genomföra vår uppsats.

Till vår handledare, Heljä som tålmodigt och generöst givit oss stöd.

Till våra familjer som funnits vid vår sida.

Till Åsa som förmedlat kunskap och erfarenheter till oss om Beardslee familjeintervention.

Till Biggan som varit en suverän skrivhjälp.

.

Bilagor

Bilaga 1 Tillståndsförfrågan

Bilaga 2 Brev till förälder

Bilaga 3 Svarsformulär/medgivandeblankett

Bilaga 4 Intervjuguide

Till
Verksamhetschef/enhetschef
Psykiatriska verksamheten,
Örnsköldsviks sjukhus och Norrköpings sjukhus

Tillståndsförfrågan

I vår psykoterapeututbildning med inriktning familjeterapi 90 högskolepoäng vid institutionen för kliniskt vetenskap, Umeå universitet ingår att göra en uppsats 15 högskolepoäng

Vi har bägge utbildats i Beardslees familjeintervention, vilken landstingen inom vuxenpsykiatri i Norrköping och Örnsköldsvik använder sig av.

Vi är intresserade att skriva vår uppsats utifrån denna familjeintervention.

Vårt önskemål är att få utföra några intervjuer med föräldrar, som genomgått Beardslees familjeintervention.

Vår fråga till er är att få tillstånd att kontakta några av de föräldrar som genomgått Beardslees familjeintervention för att därefter inbjuda dem till intervjuer kring frågeställningar avseende deras upplevelser och erfarenheter av familjeinterventionen.

Om ni önskar ytterligare information kring vårt uppsatsarbete, kontakta gärna oss:

Med vänlig hälsning

Marie-Ann Bohman
Socionom, kurator
Psykiatriska verksamheten
Örnsköldsviks sjukhus
Tel, 070-202 94 72
marienn.bohman@hotmail.com

Yvonne Freudenthal
Socionom, kurator
Cario psykiatri
Norrköping
Tel. 070-712 67 99
yvonne.freudenthal@gmail.com

Handledare: Heljä Pihkala, tel. 076-118 52 32

Överläkare Skellefteå psykiatriska klinik, utbildare i Beardslees familjeintervention

Vi godkänner ovan angivna tillståndsförfrågan:

Örnsköldsvik 2011-03-25
Siv Sundquist

Åsa Brodin Karin Axelsson

Norrköping 2011-03-25
Carin Thyre'n

Till föräldrar som genomgått Beardslees familjeintervention under 2010

Vi är två socionomer som arbetar inom vuxenpsykiatri i Örnsköldsvik och Norrköping.

Sedan 2009 går vi en psykoterapiutbildning med inriktning familjeterapi vid Umeå Universitet. I utbildningen ingår att skriva uppsats.

Vårt intresse är att skriva om Beardslees familjeintervention.

Vi är intresserade av att undersöka föräldrars upplevelser och erfarenheter av interventionen.

Vi skulle vara tacksamma om du vill medverka i en intervju som beräknas ta ca 30-34 minuter.

Vi kommer att utföra intervjun med diktafon, då det underlättar intervjuarbetet för oss.

Planeringen är att utföra intervjuerna under sista veckan i maj och första delen av juni.

Plats för intervjuerna planerar vi tillsammans med dig.

Intervjuerna är sekretessskyddade, vilket innebär att du är anonym och att materialet förstörs efter avslutat arbete.

Vi hoppas att du är intresserad av att medverka.

Vänliga hälsningar

Marie-Ann Bohman och Yvonne Freudenthal

Svarsformulär/medgivandeblankett

Från Marie-Ann Bohman och Yvonne Freudenthal

Jag vill medverka i intervju angående familjeintervention (enligt Beardslees)

Namn

Adress

Telefon, kan nå mig dagtid

Och/eller kvällstid

Intervjuguide

Frågeområden angående intervjuer gällande Beardslees Familjeintervention (BFI)

1. Hur fick du erbjudande om BFI? Vad bidrog till att du tackade Ja?
2. Hur kom det sig att du beslutade dig för BFI?
3. Hur har BFI påverkat dig som förälder?
4. Hur tyckte ni det var för barnen? Hur tror ni barnen påverkats?
5. Finns det något du inte är nöjd med och i sådant fall, vad?
6. Hur tycker du att BFI har påverkat kommunikationen mellan dig och barnen?
Mellan dig och din partner? Mellan partnern och barnen?
7. Hur har interventionen påverkat er att kunna prata om föräldrarnas psykiska ohälsa?
8. Finns det något du särskilt uppskattar med BFI?