



Familjebaserad Korttidsterapi

Beskrivning av en behandlingsmodell och terapeuternas
reflektioner

Mats Eklöf

Yvonne Hallén

Psykoterapeutprogrammet inriktning Familjeterapi, 90 hp

Höstterminen 2011

Examensarbete 15 hp

Handledare: Johan Sundelin

SAMMANFATTNING

Uppsatsen inleds med en beskrivning av Familjebaserad korttidsterapi såsom den bedrivs vid Barn- och ungdomspsykiatrimottagningarna i Falun resp Sundsvall/Härnösand, där författarna själva är verksamma. Modellen innehåller en särskild struktur med urvalsprocess utifrån särskilda kriterier och 1-2 samtal som är två timmar inkl paus. Ett salutogent synsätt genomsyrar denna familjeterapeutiska modell, där det också ingår reflektioner för terapeuter och med familj. Ramarna och de olika momenten i behandlingen syftar till att starta och optimera en förändringsprocess som familjerna själva kan arbeta vidare med.

Studien syftar till att få en fördjupad beskrivning av modellen samt närmare undersöka hur de verksamma terapeuterna i Falun och Sundsvall/Härnösand tänker att de påverkas av att arbeta med denna modell och vad de tänker att de själva bidrar med som är verksamt. Som metod valdes en form av semistrukturerad intervju, s k fokusgruppintervju. Terapeuternas reflektioner utifrån intervjuerna, redovisas dels i processbeskrivande form, dels i tematiska summeringar och citat.

Resultatet visar på att terapeuterna i båda grupperna beskriver att de i denna modell tycker sig vara på en högre medveten prestationsnivå och att de upplever mer kraftfullhet och positiva känslor än när de arbetar med annat behandlingsarbete. De beskriver att både den begränsade tiden, samt övriga ramar, förhållningssätt och metoder samverkar och påverkar den egna upplevelsen och att det de gör upplevs verksamt. Särskilt intressanta reflektioner framkommer kring betydelsen av arbetsteamet, som finns med i och under det direkta familjearbetet, samt de ”reflekterande teamen” som metod.

Nyckelord: Familjeterapi, korttidsterapi, teamarbete, reflekterande team

*Författarna vill rikta ett stort Tack
till
Terapeuterna i Falun och Sundsvall
Erik Abrahamsson
Sekreterarna i Falun
Samt ett stort Tack till vår handledare
Johan Sundelin*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Beskrivning av modellen	2
Grundläggande teorier, förhållningssätt och metoder	5
Relevant forskning.....	8
SYFTE	10
METOD /PLANERAT UTFÖRANDE.....	10
RESULTAT.....	13
DISKUSSION.....	21
REFERENSER	26
BILAGA	(1)

BAKGRUND

Familjebaserad korttidsterapi är en terapiform som pågår under en kortare begränsad tid och där hela familjen bjuds in till terapin och där antalet terapitimmar oftast är bestämt från starten. Erbjudandet som vanligtvis ställs till familjer med avgränsad problematik, åtföljs ofta av möjlighet till ett snabbt deltagande. Behandlingsmodellens ramar och de olika momenten i behandlingen syftar till att optimera en förändringsprocess. Terapeuterna stödjer och intervenerar för att starta processer och förändringsstrategier som är förankrade och som familjerna själva kan arbeta vidare med. En gemensam faktor är det salutogena perspektivet och till grund ligger familjeterapeutiska teorier, såsom språkssystemisk, narrativ och lösningsfokuserad teori. Inom Barn- och ungdomspsykiatri i Sverige växte Familjebaserad korttidsterapi-/intervention fram under 90-talet då patienttillströmningen ökade markant. Försök gjordes på flera olika mottagningar med modeller för 1-4 samtal. I Östersund startade man strax därefter, med en korttidsmodell om 1-2 samtal. De uppföljningar och utvärderingar som bl a där har gjorts, har visat att korttidsterapi kan vara till god hjälp och att familjerna som genomgått terapin i huvudsak är positiva (Abrahamsson, 2002; Falkdalen & Källstrand, 2000).

På Barn-och ungdomspsykiatriska mottagningarna i Sundsvall/Härnösand och Falun har vi, som författare till denna uppsats, arbetat med Familjebaserad korttidsterapi sedan mitten av 2000-talet och där, liksom i Östersund som vi har inspirerats av, innehåller modellen bla ett, till två längre samtal (Abrahamsson, 2002; Falkdalen & Källstrand, 2000). Vi terapeuter i de respektive korttidsteamerna upplever en tillfredsställelse över att kunna erbjuda en metod som upplevs verksam och effektiv. Det vi dock särskilt reflekterat över är att det händer något med oss som terapeuter när vi arbetar med denna modell. Vi har ofta beskrivit det som en "särskild kraft" och att det "känns mer lättamt", men att vi samtidigt är "mer fokuserade" än annars i vårt behandlingsarbete. Detta skulle vi vilja undersöka närmare. Det känns viktigt att göra denna studie av flera anledningar. Dels vet vi att den psykiska ohälsan hos barn och ungdomar ökar (Socialstyrelsen, 2009, *Folkhälsorapport 2009*). Vi behöver kunna möta upp med tidiga insatser som är verksamma och effektiva. De uppföljningar och utvärderingar som hittills gjorts kring olika sorters korttidsterapi har givit positiva resultat, men har till största del inriktat sig på att fråga familjerna vad de tycker varit till hjälp. I några uppföljningar har frågor även till terapeuterna funnits med och där har framkommit att många upplever det som positivt och stimulerande att arbeta med korttidsterapi, oavsett om det varit familjeterapeutisk inriktning eller psykodynamisk inriktning (Carlberg, 1998; Terselius, 2009; Hagelberg, 2010). Ur arbetsmiljösynpunkt borde terapeuters positiva upplevelse också väcka intresse för vilka faktorer som påverkar. Slutligen konstaterades vid den Nordiska familjeterapeutiska kongressen i Visby 2011, att man alltför sällan tillvaratagit terapeuters

erfarenheter och verkligen dokumenterat dem. Denna studie får därför ses som ett litet men viktigt bidrag.

Beskrivning av modellen

Målgrupp

De familjer som kan väljas ut och få förfrågan är de som tar kontakt och beskriver problem med barn/ungdom i form av oro, rädsla, ångest, eller nydebuterad tvångsproblematik, nedstämdhet, psykosomatiska symtom, utåtriktade problem/bråkighet, relationsproblem i familjen och trauman som inträffat sedan en tid tillbaka. Det som exkluderas är bla psykosocial problematik med många samarbetspartners, akuta kriser, tvångshandlingar som har funnits under lång tid, ätstörningar, psykoser samt bedömningar och utredningar.

Urvalsprocessen

I Sundsvall/Härnösand är den ordinarie ingången, för familjer som söker, att man efter telefonsamtal till mottagningsköterska blir erbjuden tid till ett särskilt bedömningsteam. Efter bedömningstiden kan kontakten ibland avslutas eller så överflyttas barn/familj till behandling eller för vidare utredning. Om mottagningsköterskorna ser att ärendet uppfyller kriterierna för korttidsterapi så lämnar de genast vidare till gruppen som arbetar med korttidsterapi som sedan avgör om det är ett ärende som passar. Intaget i Falun går till så att ärenden som kommer in till mottagningen kommer till en remissgrupp, där chef och representanter för de övriga yrkeskategorierna på mottagningen ingår. Om remissgruppen ser att ärende uppfyller kriterierna för korttidsterapi så lämnar de det vidare till gruppen som arbetar med korttidsterapi. Denna grupp som både i Falun och Sundsvall/Härnösand, består av 5 terapeuter, benämner vi framledes som korttidsteam, eller team. Korttidsteamet avgör i sin tur om det är ett ärende som passar för korttidsterapi. Man tänker att en förändringsprocess inleds redan i och med att familjen beslutar att söka hjälp och denna process är tänkt att förstärkas ytterligare genom de två tidiga interventionerna; telefonsamtalet och brevet:

Telefonsamtalet

Korttidsteamet ringer upp familjen för att inhämta och komplettera information inför bedömning. Familjen får också information och några frågor kring tex vad som gör att familjen tar kontakt just nu. Familjen, som också informeras om alternativet, behöver göra ett aktivt val och tacka ja. Första telefonkontakten sker snabbt inom någon/några dagar och familjen får oftast tid inom en till två veckor. Att som familj bli föreslagen en korttidsterapi borde kunna påverka förväntningarna och ge hopp och tro på att problemet kan lösas relativt snabbt. Här tas den sk "förväntanseffekten" (placeboeffekten) tillvara. Hoppet är en väsentlig faktor för förändring. Här handlar det om att

behandlarna förmedlar hopp när familjen blir utvalda till behandlingen (Abrahamsson m fl, 2002). Att få välja, tacka ja och göra ett aktivt val, ger en känsla av både makt (se nedan), ansvar och delaktighet vilket ökar möjlighet till att familjen är kunder som laddar och satsar för att få till stånd en förändring.

Brevet

I telefonsamtalet informeras familjen om att de kommer att tillsändas ett brev med frågor att besvara innan första samtalet. Frågorna man ber familjen fundera kring är: Vad som är viktigast att få hjälp med? Vad de skulle vilja få ut av samtalen, vilka sätt de hittills prövat för att komma tillrätta med svårigheterna, samt att de får ange på en skala från 0-10, hur stora de tycker svårigheterna är idag.

Brevet är tänkt, förutom att starta upp en process, att även redan här involvera övriga familjemedlemmar, där var och en får skatta och ge sin syn på problemet. Många familjer beskriver hur de kunnat själva komma vidare när de då tillsammans satt sig ned och diskuterat vad de gjort för att lösa problemet.

Teamets och terapeuternas förberedelser, efterarbete och arbete under paus

I Falun och Sundsvall/Härnösands mottagning, har arbetet med Familjebaserade korttidsterapi skett under en halv dag/vecka. Man har då haft möjlighet att ha två parallella familjesamtal. Teamtiden har varit väl strukturerad och innan samtalen träffas alla terapeuter för en halvtimmes planering och diskussion kring inkommande "remisser" och därefter en halvtimmes förberedelse inför de två samtalen. Detta sker alltid i "reflekterande team". Terapeuterna arbetar alltid två i "coterapiskap". I Sundsvall/Härnösand har man oftast reflekterande team även i paus medan man i Falun fokuserar på att återge reflektioner till familjen efter paus. I efterarbetet ingår reflekterande team på nytt och i Sundsvall/Härnösand görs även noteringar i en terapeutisk dagbok.

Samtalen

Som tidigare nämnts har man inspirerats av "Östersundsmodellen", varför man valt att erbjuda högst två samtal. Varje samtal kan vara upp till två timmar inkl paus. Familjen möter två terapeuter. Som ovan beskrivits har terapeuterna själva stöd under samtalsprocessen genom reflektioner från övriga teammedlemmar. I samtalen utgår man från vad familjen önskar hjälp med och är här noga med att var och en får ge sin syn och bli lyssnad på. Det händer att överenskommelser görs med familjer och/eller att "hemläxor" ges mellan de båda samtalen.

Det är i ett samspel med familjen som arbetet sker. Det gäller att skapa trygghet, ge hopp och få kontakt/allians. Ett av de viktigaste delmålen är att få allians med barnet – något som man arbetar särskilt för i denna modell, där man också ofta använder metaforer och lekfulla metoder. Barnet är i

fokus under samtalen - på vilket sätt, avgörs av situation och barnets mognad (se nedan). Detta får dock aldrig stå i motsättning till att föräldrar behöver känna förståelse, ofta bli avlastad skuld och också få bekräftelse. Målsättningen är att föräldrarna skall kunna tro på sig själva och känna att de kan nå och hjälpa sitt barn.

Barnet i familjesamtalen

Barn har tidigare oftast tillskrivits en passiv roll i familjesamtalen inom barn- och ungdomspsykiatri (Cederborg, 1994). Det har bl a saknats barnvänliga arbetsmetoder. Studier har dock visat på att barn vill vara aktiva deltagare i familjesamtalet men att de inte ensamma ville utgöra fokus, eller att man endast uppmärksammar deras problem. Flera studier finns också som visar att det är viktigt för barn och ungdomar att bli lyssnade till och att de kan uppleva det svårt att både uttrycka sig och att lyssna när de är starkt känslomässigt påverkade (Cederborg 1994). I den familjebaserade korttidsteapin försöker man anpassa och få till stånd en dialog på deras villkor. Det konkreta, avdramatiserande förhållningssättet underlättar, samt användningen av humor, metaforer och lekfulla metoder. Man är mån om att lyssna aktivt och att barnets tankar och känslor skall få uttryckas, samt att dessa, liksom barnets handlingar, skall bli förstådda både av terapeuterna och föräldrarna. En balansgång mellan ett glatt, lättsamt men samtidigt mycket respektfullt intonande förhållningssätt, där man inte räds att stanna upp vid och stödja barnet att uttrycka mer svåra och djupa känslor. Utgångspunkten är att det är föräldrarna som känner sitt barn bäst, men terapeuterna kan stödja, dels så att barnets röst blir hörd och i dialogen/samspelet mellan barn och förälder. Teoretiska utgångspunkter, förhållningssätt och metoder beskrivs mer under särskild rubrik längre fram.

Pausen

I alla samtal ingår en paus och terapeuterna avgör när i tid det verkar lämpligt. Familjen lämnas då ensamma en stund och blir bjuden på fika. De uppmuntras även reflektera själva. Fikapausen, som Ringborg beskriver med metaforen ”värmestugan”(Ringborg, 2005), tänker man har särskild betydelse i modellen, men också för barnen. Vid avbrottet blir det också möjligt att slappna av och prata med varandra i familjen. Terapeuterna går iväg för egen reflektion. I Sundsvall/Härnösand, och på senare tid även i Falun, sker även detta genom ”reflekterande team”. Den terapeut som inte har eget familjearbete deltar i paus och har även ombesörjt fikaförberedelser. (Se vidare reflekterande team).

Uppföljningar/Utvärderingar

Både i Sundsvall/Härnösand och Falun görs uppföljningar/utvärderingar i form av telefonsamtal utifrån frågeformulär efter ca 6 mån – 1 år. Resultaten överensstämmer med tidigare gjorda

utvärderingar, dvs. i ca 75- 80% av fallen har problemen försvunnit eller minskat. Ytterligare några procent upplever att problemen blivit lättare att leva med. Föräldrarna nämner ofta själva samtalen och barnets positiva upplevelse och att barnet kunnat vara öppen och berätta. Utvärderingarna redovisas och reflekteras kring vid teammöten. De utgör en viktig feedback i arbetet och möjliggör kvalitetsutveckling samtidigt som det är en viktig kvalitetssäkring.

Handledning

Både i Falun och Sundsvall/Härnösand har man sedan uppstarten haft kontinuerlig handledning av Erik Abrahamsson från Östersund, som där själv aktivt arbetat med metoden. Till stor del har handledning även skett i ”reflekterande team-form”.

Grundläggande teorier, förhållningssätt och metoder

I de tidigare rapporter och beskrivningar vi läst om Familjebaserad korttidsterapi i Sverige, så beskrivs även teoretiska utgångspunkter. Här nämns den strukturella familjeterapin, språkssystemisk, lösningsfokuserad korttidsterapi, utvecklingspsykologisk och psykoanalytisk kunskap (Carlberg m fl, 1998). Det salutogena perspektivet lyfts också fram (Ringborg, 2005), liksom narrativ terapi. I Östersundsmodellens rapport beskrivs ett eklektiskt förhållningssätt, i den meningen att man där flexibelt använt sig av familjeterapeutiska/systemiska verktyg, men inte alltid i renodlad form. I Falun och Sundsvall/Härnösand tänker man på samma sätt. Nedan beskrivs kort några teoretiska utgångspunkter som man tänker är viktiga i sammanhanget.

Familjeterapi och systemteori som grund

Det finns många definitioner på familjeterapi och vi väljer här den definition som finns i familjeterapilexikon av (Olson & Pettit, 1999, sid 75). Där definieras familjeterapi enligt följande: ”Med familjeterapi kan flera olika saker avses: 1) Psykoterapi inom det sammanhang som en familj utgör. Kan bedrivas utifrån olika teorier :psykodynamiska teorier, systemteoretiska och cybernetiska teorier, systemiska teorier, behaviorism, gestaltterapeutiska idéer etc. 2) Synsätt på psykiska problem utifrån cybernetik ,systemteori och /eller familjesystemteori. 3) Benämning på den inriktning i psykoterapi som utgår från systemteorier, kommunikationsteorier och konstruktivistiska teorier till skillnad från andra inriktningar i psykoterapi. Vanliga antaganden är då: pågående samspel och kommunikation mellan människor har stor betydelse för uppkomsten och bibehållandet av problem; familjer kan beskrivas utifrån systemteori och cybernetik; en familjs struktur och organisation påverkar hur familjemedlemmarna fungerar och mår ; terapeutiska färdigheter och tekniker är viktiga för goda behandlingsresultat”.

I den tidiga familjeterapin ägnades mycket tid till att förstå hur familjen kunde bidra både till uppkomst och att vidmakthålla problem. Numer fästs större vikt vid att se familjen som resurs när det gäller att övervinna svårigheter. Förändringsarbetet blir mer verkningsfullt och intensivt med möjlighet att starta processer som arbetar vidare både mellan och efter behandlingssamtalen. I den Familjebaserade korttidsterapin är detta utgångspunkten.

Salutogent perspektiv

En gemensam faktor vid olika korttidsbehandlingar är det salutogena perspektivet (Carlberg, 1998; Ringborg, 2005). Begreppet salutogenes har utvecklats av Aaron Antonovsky utifrån forskning kring hälsobefrämjande faktorer. Det salutogena perspektivet innebär att huvudintresset är riktat mot här och nu och framtiden och man är mer intresserad av att urskilja resurser och positiva erfarenheter. Det centrala begreppet i det salutogena perspektivet är ”känsla av sammanhang”, KASAM, (Antonovsky, 2005) som utgörs av de tre komponenterna; meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. Genom samtalen försöker man bidra till att göra familjernas liv, liksom själva samtalen, begripliga, hanterbara och meningsfulla. Att nå begriplighet innebär bl a att vara generös med förklaringar och att normalisera t ex vad som är normalt utifrån ett barns utvecklingsnivå, liksom att t ex använda psykoedukativa metoder. Barnets svårigheter behöver bli begripliga för barnet självt och för föräldrarna liksom att det bli möjligt att se ur andra perspektiv. Hanterbarheten uppnås bl a genom att man konkretiserar och skalar ner från stora problem och svävande mål till tydliga små steg. Att avdramatisera blir viktigt och att medvetandegöra kompetenser. Familjerna skall kunna gå hem med ökad upplevelse av agens. Meningsfullheten bidrar bl a till genom att ge hopp och att medvetandegöra att familjerna tidigare har kunnat klara av svårigheter. Att det är idé att sitta ned och samtala med varandra och upptäcka, tänka, känna och göra annorlunda och mer här och nu, möjliggör annan (positiv) framtid

Lösningsfokuserad terapi

Den lösningsfokuserade terapin inriktar sig på att snabbt finna och förstärka familjens egen väg till lösningar. Små steg kan leda till stora förändringar. I den familjebaserade korttidsterapimodellen utgår man från det familjen tar upp som problem och önskar hjälp med. Här är det viktigt att varje familjemedlem får formulera sin upplevelse och bli lyssnad på, av övriga familjemedlemmar. Undantagen undersöks noggrant och hur, vad och vem som varit till hjälp då, för att få en medvetenhet om vad som fungerat. Skolor från 1-10 används och brukar särskilt passa barnen. Det lösningsfokuserade samtalet hjälper till att lätta upp och öka lust och kreativitet. Genom att lyfta fram barnets framsteg och samtidigt lyfta fram förälders bidrag till detta blir extra effektivt samtidigt som det gynnar ett fortsatt positivt samspel.

Narrativ Teori

Den narrativa teorin fokuserar framförallt på människors berättelser om sina liv och sina problem och terapeuterna hjälper till att utveckla den och få den mer fyllig. En vanlig metod i den narrativa terapin är att externalisera problemen, dvs att lägga bekymren utanför patienten. Den terapeut som gjort mest för att utveckla den narrativa teorin är den Australienska terapeuten Michael White (White & Epston, 2000). I den familjebaserade korttidsterapin tänker man att skapa alternativa berättelser hjälper till att minska problemets makt. Genom en mer detaljerad undersökning går det att förstå mer och upptäcka unika tillfällen då problemet inte haft något inflytande. Problemen omformuleras till att ligga utanför barnet identitet. Att tex be ett barn att rita hur problemet ser ut eller att barnet får ge det ett namn, är ett bra sätt att hjälpa dem att skilja på person och problem. Även internalisering används, tex att försöka internalisera resurser.

Språkssystemisk inriktning och reflekterande team

Den språkssystemiska inriktningen har bla utvecklats av Anderson och Goolisihian (Olson & Petitt, 1999). Språk och konversation är nyckelbegreppen här. Den innefattar idén att mening är ett mellanpersonligt fenomen som skapas och upplevs i konversationen och samspel med andra människor, liksom inom den enskilda människan. Terapiprocessen uppfattas utifrån detta som ett samtal där nyheter skapas (Olsson & Petitt 1999). Reflekterande team och reflekterande processer utvecklades av Tom Andersen och hans team i Tromsö på 80-talet. I en livlig pratsam familj, skapar det lugn och eftertänksamhet och i en mer tyst familj ger reflekterandet större möjlighet till uttryck av känslor och funderingar. ”Den lyssnande positionen” och vikten av tystnad som ger plats för den inre dialogen, är något som Tom Andersen betonar, liksom vikten av ”lagom ovanliga samtal” (Anderson, 2007). Det finns olika former av reflekterande team. Detta sätt att reflektera och ”metakommunicera” sker i korttidsbehandlingen tillsammans med familjen efter pausen. Där har främst Falun utvecklat detta som en del i metoden som alltid ingår. När det passar används det också i ”co-terapi” men framförallt är detta en metod både vid terapeuternas förberedelser av samtalet och i pausen (som främst Sundsvall/Härnösand utvecklat). Terapeuterna reflekterar först med varandra. Övriga teamet reflekterar över detta samtal och terapeuterna reflekterar därefter över det reflekterande samtalet. Metoden kräver att flertal personer i teamet kan delta, medan den tidsmässiga åtgången endast är några minuter vid varje tillfälle.

Moderna utvecklingspsykologiska teorier och forskning

Ny kunskap finns och forskning sker hela tiden och vi tänker att förhållningssätt och metoder bör stå i samklang med den. I behandlingsarbetet ser man samspelet mellan barn och förälder och relationerna som särskilt viktiga, och tänker att det finns som en röd tråd i förhållningssätt och metod och mellan terapeut-förälder-barn. Uppgiften är bl a att hjälpa till att bryta negativa

samspelscirklar och att bidra till att stödja goda samspelsmönster. Att vara till stöd, att dela affektiva tillstånd, tolka, matcha och göra begripligt så att familjer kan komma vidare och föräldrar kan vägleda sina barn. Begreppet mentalisering tillmätts allt större betydelse inom den kliniska psykologin. Att mentalisera kan kort beskrivas som att se sig själv utifrån och andra inifrån. Genom Peter Fonagys forskning vet vi idag mer om mentaliseringens betydelse för självets utveckling. Mentaliseringsförmåga är en förutsättning för självkänedom, empati och socialt samspel (Rydén-Wallroth, 2008). Det som ligger till grund är föräldrarnas spegling av affektillstånd. Det är i sina anknytningsrelationer som barnet hittar och upptäcker sig själv. Psykiska svårigheter kan förstås utifrån att mentaliseringsförmågan brister och utifrån detta blir det viktigt att behandling inbegriper inriktning på att utveckla patienters förmåga att mentalisera (Wennerberg, 2008). De som arbetar med mentaliseringsfokuserad familjeterapi framhåller att det i arbetet med familjer blir viktigt att sänka ångestnivån och uppmuntra till en lekfull mentaliserande hållning där terapeuterna hela tiden försöker att göra familjemedlemmarna intresserad av varandras tankar och känslor. Det poängteras också att det är viktigt att själv, som terapeut, fungera som modell och vara öppen, nyfiken och frågvis (Wallroth, 2010). Den familjebaserade korttidsteapin kan ses som mentaliseringsbefrämjande. Mycket i modellen utgår från samtal, att lyssna på var och en och att reflektera på många olika sätt. Den salutogena och avdramatiserande hållningen med lekfulla metoder bör vara gynnsam, liksom den mer aktiva terapeutrollen.

Relevant forskning

I boken *“Vad är verksamt i psykoterapi?”* (Philips & Holmqvist, 2008) beskrivs forskning inom psykoterapi. I kapitlet kring familjeterapi av Marianne Borgengren och Magnus Wahlström, presenteras forskning kring familjeterapi. Mycket av det som tas upp känns igen som viktiga delar i korttidsterapin. Det utvidgade behandlingssystemet är något som är unikt för familjeterapin. Detta ses som en styrka och gynnar den terapeutiska processen. Terapeuten förstår strukturer som bidrar till att upprätthålla problemen bättre om hon/han möter hela systemet. Det är inte lika viktigt att få samarbetsallians med patienten, när det finns fler som medverkar. Andra faktorer som påverkar resultatet är enligt forskningen, förmågan till positiva omformuleringar och normalisering av problemet. En tydlig struktur och hållandet av mötet är också något som framhålls.

En annan viktig del i korttidsterapi är att terapeuterna hjälper familjen att själva hitta lösningar på sina problem. Ben Furman, den finske psykiatern och terapeuten, uttrycker det som att korttidsterapi är ett sätt för familjen att själv ta makten (Furman, 1997). I Carlbergs uppföljning och utvärdering av korttidsterapi uttrycker sig terapeuterna att det handlar om att vara fokuserad på uppgiften och att fokusera på kompetensen hos familjen, snarare än på bristerna. I utvärderingen sägs också att det är lättare att ha fokus om man är aktiv som terapeut. Många menar också att terapeuterna som jobbar

med korttidsterapi bör ha lång erfarenhet och vara välutbildade (Talmon, 1990; Carlberg, 1998; Ringborg, 2005). Utvärderingar som gjorts visar att korttidsterapi kan vara till god hjälp och att familjerna som genomgått terapin i huvudsak är positiva (Abrahamsson mfl, 2002; Carlberg 1998; Falkdalen & Källstrand, 2008).

Ytterligare forskning kring terapeuter och familjeterapi presenteras i boken "*The heart and soul of change*", (Duncan mfl, 2010) där presenteras som visar att terapeutens förmåga att hålla struktur och visa värme och empati har positiva effekter. Forskning kring terapeuter är svårt och komplicerat. Det är många faktorer att ta hänsyn till och det gör det hela väldigt komplext. Enligt tidigare citerad bok (Philips & Holmqvist, 2008), finns det en del skrivet om vad som kännetecknar en framgångsrik terapeut. I boken resonerar man kring olika faktorer som den sociodemografiska, tex kön och ålder. Man kan se viss forskning som tyder på att äldre terapeuter kan lyckas bättre än yngre, men det troliga är att det inte handlar om ålder utan om erfarenhet.

På den Nordiska familjerapikongressen Visby 2011 föreläste den Norske forskaren och professorn i familjeterapi, Per Jensen, (Jensen, 2011), på temat "Terapeuters liv og praksis". Han forskar om hur klinisk praxis blir påverkad av terapeuternas erfarenheter och deras privata livserfarenhet. Han menar bland annat att forskning visar att det inte är så stor skillnad mellan resultat och olika terapimodeller. Däremot är det stor skillnad mellan olika terapeuter. Terapeutfaktorn finns dock inte med i den evidensbaserade forskningen eftersom den räknas som irrelevant. Han tog också upp vad forskningen säger om relationens betydelse. Viktiga faktorer här är; Att lyssna till klienten, att klientens upplevelser har företräde, att terapeuten ber om feedback på relationen mellan klient-terapeut, att terapeuten undviker nedsättande och kritiska kommentarer och att det är viktigt att fråga klienten om vad som varit mest hjälpsamt i terapin.

I en studie från Canberra (Hampson m fl, 1999 sid 199) "*Single session clinics have built a strong sense of team Work*", diskuteras teamets betydelse och här jämförs bla med att jobba med akutvård, där ett starkt team arbete behövs, vilket också är en styrka i korttidsterapi. En studie från Australien (Campbell, 1999), nämner att viktiga faktorer för resultat i korttidsterapi är graden av stolthet och moral i familjen.

Relationen mellan terapeut och familj benämns ofta som terapeutisk allians. Olika terapeutiska inriktningar ser dock olika på definitionen av allians. Begreppet allians (med ursprung i den psykoanalytiska traditionen) har breddats att täcka mer generella terapeutiska alliansprocesser oavsett teoretisk inriktning. Intresset för fenomenet allians har ökat även inom andra former av terapi än individual , tex familjeterapi, gruppterapi (Safran & Muran, 2000).

Enligt Håkan Johanssons doktorsavhandling (Johansson, 2006), så handlar större delen av det som ger resultat i en samtalsterapi om empati, engagemang och känslomässiga band mellan terapeut och

patient. Den terapeutiska alliansen, dvs samverkan mellan patient och behandlare, är den enskilt viktigaste faktorn för att terapin skall fungera. Alliansen handlar om kvalitén i relationen – som att patienten behöver känna sig förstådd, uppleva stöd och värme och att det man säger tas på allvar. En annan del av alliansen handlar om samarbete – att man är överens om hur problematiken skall ses, hur man skall arbeta och vilket mål man har med terapin. En bra teknik och metod behövs också. Dessa räknas till specifika faktorer men anses stå för endast 8-15 % av effekten (Johansson, 2006).

I en Steg 1-uppsats (Granath, 2010) gjordes litteraturstudier om alliansstärkande arbete i familjeterapi. Författaren fann att man inom de flesta familjeterapeutiska teorier istället använder begreppet samgående. I ett spansk-amerikanskt forskningsteam har man dock definierat att allians i familjeterapi består av fyra dimensioner; 1) Känsломässig kontakt med terapeut, 2) Delaktighet i den terapeutiska processen, 3) Gemensam uppfattning om syfte och mening samt 4) Trygghet i det terapeutiska systemet (Granath, 2010). I korttidsterapi är det av central betydelse att bygga en fötroendefull behandlingsrelation och detta behöver ju här ske snabbt. Mycket förmedlas icke-verbalt, tex terapeuternas kunskap och erfarenhet och engagemang. Att allas röster blir hörda och att visa att allas bidrag behövs är viktigt. Att noga undersöka med familjen om man talar om rätt saker och om det man gör kan vara till hjälp görs under processen. Problembilden får inte råda. Hela personerna med vars och ens resurser behöver kartläggas och mobiliseras i behandlingsarbetet. Genom bekräftelsen i detta växer behandlingsalliansen fram (Ringborg, 2005).

SYFTE

Genom intervjuer, med terapeuter som arbetar med Familjebaserad korttidsterapi på Barn- och ungdomspsykiatriska klinikerna i Falun och Sundsvall/Härnösand, vill vi få en fördjupad beskrivning av behandlingsmodellen. Vi vill också ta reda på hur terapeuterna tänker att de påverkas av att arbeta med denna modell och vad de tänker att de själva bidrar med som är verksamt.

METOD

För att besvara frågeställningarna använde vi oss av intervjuer i form av fokusgrupp. En fokusgruppintervju är en form av semistrukturerad intervju. Med semistrukturerad intervju menar vi en intervjuform där samma frågor ställs till alla informanter. Frågorna har öppna svarsmöjligheter och ger samma chans för alla intervjuade att svara på frågorna. Syftet med en fokuserade intervjun är att intervjupersonerna ska stimuleras till så många konkreta, specifika och personliga svar som möjligt som samtidigt avspeglar såväl kognitiva som affektiva och värderingsmässiga aspekter (Hylander, 2001). Metoden med fokusgrupper är också isomorft med sättet att jobba när man träffar familjen i korttidsterapi, på så sätt att det finns samtalsledare (terapeuterna) och en grupp (familjen) där man tillsammans samtalar och interagerar med varandra. Detta är några av anledningarna till att

vi valde att använda oss av fokusgrupper. Vi tror också att vår kunskap och förförståelse om metoden gör att fokusgrupper är ett bra sätt att hitta ny kunskap och vinklingar om metoden utan att vi påverkar och styr för mycket. Fokusgrupper kan betraktas som en kvalitativ data-insamlingsmetod som ligger någonstans mitt emellan ostrukturerade intervjuer och deltagande observationer (Hylander, 2001).

Intervjuerna har gjorts i Sundsvall och Falun. Vi har intervjuat de terapeuter som jobbar med korttidsterapi på mottagningarna och enligt den tidigare beskrivna modellen. Eftersom vi som gjort intervjuerna också jobbar med korttidsterapi på respektive mottagning har vi gjort så att vi inte intervjuade på vår egen mottagning. Enligt Hylander är det viktigt att moderator och deltagare inte känner varandra. Moderatorns primära uppgift är att underlätta samtalen mellan deltagarna och underlätta den sociala interaktionen. Det är viktigt att få till ett samtal mellan gruppdeltagarna, på så sätt finns möjligheten till att ny kunskap kommer fram och produceras.

Vi räknade med en tidsåtgång på två timmar, effektiv tid, med en kortare paus mitt i. Terapeuterna som intervjuas fick också några skriftliga frågor som de läste och funderade över innan intervjun. (se bilaga frågor). Intervjuerna togs upp på band för att sedan transkriberas. Vi bearbetade texten i intervjuerna sida för sida och koncentrerade den till kortare stycken och därefter bröt vi ner texten till kortare formuleringar och presenterade dem i resultatet. Vi gjorde också en processbeskrivning av de två intervjuerna som vi valde att presentera först i resultatet. Vi använde oss av meningskoncentrering som innebär att man drar samman intervjupersonens yttrande till kortare formuleringar (Kvale & Brinkman, 2010).

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av de terapeuter på Falun och Sundsvall/Härnösands mottagning som ingår och arbetar eller har arbetat med korttidsterapi. Falugruppen bestod av en socionom/kurator, en barnpsykiater, en sjuksköterska och en behandlingsassistent med vidareutbildning i familjeterapi, motsvarande grundläggande psykoterapiutbildning.

Sundsvall/Härnösandsgruppen bestod av tre kuratorer/legitimerade psykoterapeuter och en psykolog med vidareutbildning i familjeterapi. Terapeuterna har lång yrkeserfarenhet. (I Falun ca 10-25 år och i Sundsvall/Härnösand ca 20-30 år.) Det rekommenderade antalet deltagare i fokusgrupper varierar mycket i litteraturen. Någonstans mellan 6 och 12 deltagare verkar ha varit det vanligaste. De grupper vi intervjuade med 4 deltagare är alltså ganska små grupper. Det finns dock några fördelar med mindre grupper, tex om det är känsliga ämnen som ska diskuteras eller om man vill nå en djupare kunskap (Halkier, 2008), då är ett mindre antal deltagare i gruppen att rekommendera. I vårt fall är det en det sistnämnda som är intressant, att mer bearbeta

intervjumaterialet på djupet. Nackdelen med mindre grupper är att grupperna blir känsliga vid avhopp och att den dynamiska interaktionen i gruppen kan bli lidande. (Halkier, 2008).

Undersökningsprocedur

När vi gjorde intervjuerna använde vi oss av bandspelare. Vi såg till att vi kunde sitta ostörda och att det blev så lite störande moment som möjligt. Vi började med att presentera oss och introducera deltagarna om forskningsprojektet och vad som skulle ske under intervjutiden, tidslängd, paus och vad vi förväntade oss av deltagarna. Vi berättade också om skillnaden med en fokusgrupp intervju och en mer traditionell intervju. Den stora skillnaden här är att det i huvudsak är deltagarna som pratar med varandra och moderatören övervakar och ser till att deltagarna håller sig till ämnet och att var och en kommer till tals lika mycket. Var och en fick också presentera sig och tala om sin profession och sina förväntningar. Mot slutet fick de också beskriva hur de upplevt intervjun.

Relabilitet

Vi som skriver denna uppsats arbetar med korttidsterapi och ingår i de två team som intervjuats. En i vardera team. Det innebär att vi ej är neutrala intervjuare för respondenterna. Det kan också innebära att vi på ett sätt påverkar graden av kritiska frågor. Det blir svårt att undvika att vår inställning till modellen som i grunden är positiv kan komma att påverka resultatet. Risken för något som kallas "groupthink" (Hylander, 1998) finns. Det innebär att risken för gruppåverkan är stor eftersom gruppen har en gemensam arbetsinriktning och som vi som skriver är associerad med. Det därför viktigt att vara öppen och medveten om detta och öppna upp för diskussioner med handledare och utomstående forskare. Det gäller också att vi håller oss till fokusgrupp intervjun, dvs att deltagarna uppmuntras att prata och interagera med varandra. Det finns annars en fara att intervjun blir en utökad individuell intervju i stället för en fokusgruppintervju (Halkier, 2008). Vi använder oss av citat av respondenterna i presentationen av resultatet. Dessa citat har vi tagit oss friheten att i viss mån rätta till så att språket flyter bättre. Citaten är plockade från transkriptionen av intervjuerna. Transkriptionen är gjord av sekreterare på Falu Bupmottagning. De har lyssnat på intervjuerna som var inspelade på diktafoner och sedan skrivit ut texten. Eftersom det är fyra terapeuter som intervjuas och diskuterar samtidigt så kan det inte uteslutas att en del ord och meningar faller bort, vilket till viss del kan påverkat resultatet.

Validitet

Vi har valt att intervju terapeuter på två Bup mottagningar: Sundsvall/Härnösand och Falun. Terapeuterna där jobbar med ovan beskrivna korttidsmodell. Det har inte varit möjligt för oss att intervju fler terapeuter på andra mottagningar på grund av tidsmässiga och praktiska skäl. Vi informerade terapeuterna innan intervjuerna vad vår tanke med uppsatsen var och de fick också

några frågor hemskickade till sig för att de skulle kunna känna sig mer förberedda och öka tryggheten inför intervjun. Vi har inte behövt plocka bort några svar på grund av sekretess, vilket betyder att all information kunnat bearbetas och presenteras.

Analysmetod

När vi analyserade intervjuerna använde vi oss av meningskoncentrering som vi tidigare skrivit om (Kvale&Brinkman, 2010). Vi läste tillsammans igenom de transkriberade intervjuerna för att få en helhetsbild. Vi gjorde sedan en processbeskrivning av de båda intervjuerna. Sedan formulerade vi teman utifrån texterna. Dessa teman knöt vi sedan till undersökningens syfte. Teman låg sedan till grund för de olika rubrikteman som vi presenterade i resultatet. Vi valde också att redovisa citat från dessa teman för att mer levandegöra resultatet.

Etiska överväganden

Vi ser inte något etiskt bekymmer eftersom fokus ligger på terapeuterna och modellen. Anonymiteten bör inte vara något problem. Samtliga intervjuade är tillfrågade och informerade om syftet med uppsatsen, och medverkan är frivillig.

RESULTAT

Fokusgruppintervjuerna genomfördes under vecka 43, år 2011, i Falun, och i Sundsvall. I båda grupperna deltog de fyra terapeuter som var tänkta enligt beskrivning i metoddelen.

Vi inleder här först med att kort beskriva processen vid resp gruppintervju och redovisar därefter summerande och med vissa citat, resultatet från båda intervjuerna, utifrån de teman vi funnit.

Huvudfrågeställningarna som de fick att reflektera över var dels ”Hur modellen påverkar dem som terapeuter och deras förhållningssätt”, dels “Vad de gör som terapeuter som de tänker är verksamt.”

Processbeskrivningar

Fokusgruppintervju i Falun

Teamet i Falun börjar med att tänka högt och orientera sig kring frågeställningarna. Bland det första som dyker upp är erfarenhet kring att jobba med korttidsterapi tidigare och den upprymdhet som då kunde kännas – ”att man gjorde något bra”. Samtidigt reflekterar de över att det finns osäkerhet kring varför. Meningar från fler i teamet direkt efter blir: *”Det beror på den begränsade tiden ”*, *”Man vet att det är bara två ggr”*, *”Man blir taggad och vet att man måste göra något bra”*, *”Försöker komma rätt in”*, *”Fokusera på barnet”*. Första delen av intervjun samtalar teammedlemmarna kring teman om att ha fokus, salutogent förhållningssätt och reflekterar över

påverkan av den begränsade tiden. Man kommer in mer på vad man gör mer konkret och hamnar sedan i betydelsen, av de egna reflektionerna, teamets stöd, förberedelser och att dela. Därefter börjar man reflektera mer över hur det blir för familjen och hur tex pausen upplevs, både av terapeuter och familj. Innan pausen samtalar man om och reflekterar över reflektionerna inför familjen och om att tycka lika/olika som terapeuter. Därefter pratar man om betydelsen av att känna trygghet och acceptans i teamet och hur den egna känslan och upplevelsen kan märkas i förhållningssätt och vad som är skillnad mot annat behandlingsarbete på Bup. Efter det kommer man åter in på fokus i behandlingsarbetet, att det blir annorlunda än annars i jobbet och vad det är som hjälper/påverkar.

Sedan tas det paus och terapeuterna blir bjudna på fika. Efter paus fortsätter samtal och reflektioner, som till en början handlar om strukturen och ramarna och direkt därefter glider in på öppenheten – att man gärna berättar om och öppnar upp terapirummet och egna arbetet för andra. De talar om den positiva andan och om att känna stolthet. Man jämför mer med hur det är att arbeta utanför korttidsteamet och reflekterar en lång stund över förhållningssättet att möta barnen, vad som får dem att öppna sig och skillnad mellan att vara subejktiv och objektiv i sitt förhållningssätt som terapeut. Man fortsätter att prata mer om vad man tänker är verksamt i det man gör och vad som är målsättningen. Därefter ägnar man tid att reflektera över föräldrarnas betydelse och hur man förmedlar detta till föräldrar. Tankar kommer sedan kring betydelsen av vad man som terapeut förmedlar och vilka återverkningar det får på olika sätt. Slutligen diskuterar man svårighetsgrad och skillnader från förr till nu. Slutreflektionen lyder: *“Det är ett rutinerat gäng det här!”*

Fokusgruppintervju i Sundsvall

Den första frågan Sundsvallsteamet får, handlar om hur modellen påverkar. Utifrån det och reflektioner kring den *“nerv och spänning”* som skapas och som *”gör det roligt att gå till jobbet”*, kommer man ganska snart in på teamets betydelse, vilket återkommer flertalet gånger i Sundsvalls fokusgrupp. Under första delen i intervjun pratar man om vad det gör med terapeuterna mer personligen samt att det blir en hel del reflektioner kring rådande arbetsläge och förändringar i teamet som varit aktuella. Samtalet handlar sedan om tillfredsställelsen om att få skapa, om betydelsen av feedback och om öppenhet. Man pratar vidare om hur man skapar kontakt med barn och familj och om att hålla fokus och hur detta går till. Det blir också en hel del samtal om svårigheter, utmaningar och etiska dilemman. Man diskuterar och reflekterar kring ramar och hur det blir när korttidsterapi inte är rätt/räcker. Det återkommande temat kring teamets betydelse fördjupas efter paus och det blir funderingar kring parallellprocesser. Reflektioner delas kring både feedbackens och förväntningarnas betydelse – om trygghet, mod och prestation. Avslutningsvis reflekteras kring terapeuters utbildning och erfarenhet och om det går att se skillnad på en terapeut

om den arbetar i korttidsterapi jämfört med annan terapi/behandling. Slutmeningen i denna intervju blev; *“Det är inte det jag gör, det är inte det du gör, utan det är det vi gör tillsammans som är det viktiga”*

Vid båda intervjutillfällena uppfattade vi ett stort engagemang med utbyte av erfarenheter och reflektioner som blev mer fördjupade efter paus. I slutet uttrycktes än mer tydligt samhörighet och stolthet över det gemensamma arbetet.

Teman

Nedan följer en sammanfattande beskrivning av reflektioner samt utvalda citat under olika rubrikteman, som varit gemensamma för de båda intervjuerna.

Den begränsade tiden om två samtal

Vid båda intervjuerna reflekterar terapeuterna över att den begränsade samtalstiden har stor betydelse och att det sporrar och påverkar terapeuterna, och det de gör, på olika sätt.

Mest reflekteras över allt positivt;

“Man vet att det är bara 2 ggr. Man blir taggad och vet att man måste göra något bra”

“Pressen gör mig mer taggad och fokuserad än att det är tungt och jobbigt”

“Det skapar spänning - nerv och spänning i jobbet.”

”Väldigt spännande att få vara med om ett förlopp på kort tid – ja t o m före och efter paus”

Men också lite av “skräckblandad förtjusning”:

“Det blir hisnande när vi tänker att vi skall klara det på två samtal”

Och det nämns också att det stundvis och i vissa situationer kan kännas lite kravfyllt, men att det är skillnad från starten, när man började arbeta med korttidsterapi:

“I början tänkte man - ‘Hur skall man hinna’. Den stressen känns inte nu . Nu är jag ganska avslappnad”

”Svår anspänning när vi började – oj vad mycket vi skall hinna med på så kort tid – få till allians, process, avslut – och då var vi nästan för snabba att hitta lösningen – nu går vi mer in i problemet”

Om teamets betydelse

I båda intervjuerna samtalas om och förmedlas känslor och upplevelser av bl a kraft, att vara taggad, observant, känna glädje, spänning, trygghet, mod och stolthet. Terapeuterna reflekterar över att teamet har stor betydelse. Framförallt kopplar man den egna upplevelsen av trygghet och mod till att det är teamets förtjänst. Teamet innebär även avlastning och upplevelse att dela både glädje och

svårigheter . Men också vikten av förberedelser i teamet som gör terapeuterna både fokuserade, "taggade" och deras sinnen mer öppna:

"Vi kommer taggade härifrån, vi går in och så gör vi det som vi skall göra."

"Man håller fokus på det man pratat om och så går man ut och möter familjen och det känns så himla spännande och kul."

"Vi är flera som bär - det är inte bara vi som terapeuter - flera bär historien."

"Ibland har man inte energin - är inte alls på hugget - man måste mobilisera - det kräver - men teamet ger energi. Det är kickstarten!"

"Jag tänker resultatet på hela konceptet, också det här med att man möts innan och vi laddar."

"Man öppnar upp, får olika idéer som man inte fått fatt på och blir vidare i sitt tänk, bredare."

"Vi jobbar så delaktigt i team - man kan tro man varit i behandlingen, fast man inte varit det."

"Vi är så trygga med varandra, jag känner mig trygg i den här gruppen."

"Jag tänker, vi är stolta liksom. Att vi gör något bra. Man märker om familjerna är nöjda".

"Teamet gör mig modig"

Struktur

Ett återkommande tema hos terapeuterna är modellens struktur och att den är genomtänkt. Att man tillsammans som team har ett mål som man strävar efter tycks upplevas positivt av terapeuterna. Det skapar lust och trygghet att veta vad man ska göra. Man kan alltid luta sig mot modellen och strukturen som finns där om det blir svårt.

"Vi vet vad vi skall göra, vi har metoden, vi slarvar inte."

"Det har med trygghet att göra, du väntar in tid och din grupp där alla strävar åt samma håll."

"Det ger lust och energi och känns proffsigt på något sätt, det är så genomtänkt."

"Här har vi uppladdningen – den tiden är inbyggd i det här konceptet. Hade man inte haft tiden efter – då hade folk varit uppbokade direkt efter – på väg någonstans. Man skulle börja tänka – 'om en kvart börjar vi'. Sedan är det snack och 'du ska ringa dit'. Det här är som en mjuklandning"

Paus och reflektion

Pausen och reflektionen kommer tillbaks under hela intervjun som centrala teman. Pausen tycks fungera som ett sätt att få vila och avlastning samt möjlighet att få reflektera tillsammans med de andra terapeuterna. Någon nämner att *"pausen i sig har en terapeutisk betydelse"*. Att samla ihop sig och komma tillbaka till familjen med en annan känsla kommer också:

“Man liksom kan säga det man vill dumpa det och sen gå vidare”. “Vi blir omhändertagna - får hopp - de blir omhändertagna - får hopp. De blir mer avslappnade, fått fika, pratat.”

Något som kommer fram är att i Sundsvall/Härnösands teamet har man redan från starten alltid reflekterat i pausen tillsammans med de andra terapeuterna. I Faluteamet visar det sig att man på senare tid har börjat med att reflektera i pausen. Det visar sig att medlemmarna i Faluteamet har varit mer konsekventa med att reflektera inför familjen efter pausen. Båda teamen är dock väldigt tydliga med att möjligheten till att reflektera är en viktig del i korttidsmodellen och att reflektörernas roll är viktig.

I Sundsvall/Härnösandsteamet diskuteras i intervjun hur mycket man ska säga i en reflektion och skillnaden på att reflektera nu och när man började att jobba med korttidssterapi. Det måste vara användbart, det får inte vara för mycket reflektioner.

“I början bombarderade man terapeuterna med idéer och då var det svårt att sortera.”

I Faluteamet diskuteras upplevelsen av att reflektera inför familjen efter pausen. Det upplevs som positivt av terapeuterna och man är överens om att det tas emot positivt i de flesta familjerna. Ofta så blir familjerna berörda av det som sägs och de känner igen sig i det som terapeuterna säger.

“...reflektionen är en frihetskänsla på något sätt och det brukar tas emot så himla bra, de sitter där och nickar och känner igen sig.”

“Man kan nå familjen på ett annat sätt, man kan prata om tuffare saker som är svårt att prata om.”

I Sundsvall/Härnösandsteamet diskuterar man hur modellen med de egna teamreflektionerna påverkar och vad det kan leda till:

Modellen gör terapeuten mer öppen - tidsaspekterna också - men reflekterandet både före och i paus - det är enormt! Man blir mer öppen gentemot familjen när man är mer öppen mot varandra. Så har man ju fler sinnen öppna och är - vågar ta tag i den där tråden om någonting kommer fram. Allt blir tillåtet - det blir många olika perspektiv - man vågar mer. Det blir flera alternativa berättelser där familjen kan se av det här på terapeuterna som vågar mer. Det vidgar så det gör också att de blir mer öppna. Jag tycker också - bjuder in mer. Det rasslar till och så hittar de egna lösningar på problemen.”

Båda teamen menar också att reflektioner kan bekräfta att terapeuterna jobbar mot samma mål som familjerna och att det terapeuterna gör är verksamt. Att få ta del av andras kunskap kommer också upp samt att modellen blir en lärosituation och en möjlighet till utveckling som terapeut.

“...reflektionen är en bekräftelse på att vi är på rätt väg”, “så tycker jag att reflektioner är ett sätt att få ta del av andras kunskap.”

Om att få allians/skapa kontakt...

med familjen:

“Det är verkligen snabbt på att få allians med alla. Jättehäftigt att man får igång, sätter det så snabbt.”

“Nu måste vi prioritera att få kontakt - jag kan vara jättenyfiken på andra saker - men tänker, det lämnar vi - det kanske bara är för mig.”

med barnet:

I båda intervjuerna beskriver terapeuterna att man extra mycket anstränger sig att få kontakt/allians med barnet:

“Man har verkligen det här i sig - att nu måste vi fånga upp barnet - och det borde man ju ha annars också - men man har det mera här på korttids.”

Terapeuterna beskriver samstämmigt i båda intervjuerna att man mer är intresserad av *vem* barnet är och *hur* barnet har det och att se barnet i sitt sammanhang:

”Det är mer intressant hur barnet upplever det än vad barnet har för svårigheter.”

”Vi är nyfikna på barnet, att se hela barnet, inte bara problemet, utan vilken person det är. Prata med, lyssna, bekräfta och respektera.”

Vikten av att vara medveten om vad man själv som terapeut förmedlar, beskrivs:

”vi förmedlar något lugn på något sätt eller någon trygghet, för vi känner oss trygga, så att barnet vågar säga saker och lita på att vi kan hantera situationen”

med föräldrarna:

“Det gäller också att se föräldrarna. Måste ju ha allians med alla. Måste jobba för att få föräldrarnas förtroende i det här man är inne i. Det måste kännas att man både förstått föräldrarnas utsatta situation när de söker - och barnens - bekräftelsen finns ju där”, “...men sedan skapar man utrymme till föräldrar att lyssna, att reflektera – då får de naturligtvis idéer, tankar”

Fokus “här och nu” - det familjen vill ha hjälp med

Terapeuterna beskriver i båda intervjuerna hur de fokuserar på ovanstående:

”Vi pratar om de saker som är intressanta från minut ett.”, “Mer intresse för hur familjen har det, än saklig information.”, ”att ta tag i det som finns i rummet.”

“...kommer rakt in i vardagen, pratar om rätt saker - måste vara viktigt för dem”

“Vi är inte intresserade av att ta reda på saker, vi är mer intresserade av att hjälpa dem, och det är viktigt tänker jag.”

Om koncentration och medveten närvaro:

Terapeuterna beskriver i båda intervjuerna en genuin nyfikenhet/intresse och upplevelse av hög egen närvaro i arbetet:

”Det känns som man blir mer fokuserad, man bara blir otroligt koncentrerad, men samtidigt lyhörd, för det är ju så mycket, det är så många tentakler man ska ha ute på en gång när man är i mötet. Man får vara koncentrerad hela tiden”

“Man skärper sinnen. man ser och hör mer.”, “Man öppnar för väldigt många alternativ, reflektioner, idéer.”

Om svårigheter och krav

Få nackdelar kommer fram. De svårigheter som terapeuterna reflekterar över är främst om problematiken visar sig vara mer komplex än vad som är tänkt för korttidsterapi. Speciellt i Sundsvall/Härnösand reflekterar man över detta och de avvägningar som då krävs. Om vikten av att det inte får bli respektlöst och att se till att familjen får mer eller annan hjälp om det behövs. Även detta var svårare att hantera i början:

”tänker mer nu kring att vi kan göra någonting bra av de gånger vi träffas” ”Vi tar upp det och delar det. Ramarna blir en hjälp att hålla kvar”

Terapeuterna reflekterar i båda teamen över att det också kan kännas kravfullt, kanske mest i början, men även nu. Erfarenheten är också att det handlar om problemupplevelser som skattas högt av familjerna. De är sällan enkla. Man har gett familjer hopp om snar hjälp och att vara de som skall leda dem på rätt spår. Även förväntningarna från det egna teamet finns samt de egna kraven att kunna presentera resultat. Intressanta reflektioner framkommer dock kring att kraven faktiskt bidrar till drivkraften:

“Det är tydligt med förväntningar på mig här och nu. När jag kliver ut rummet skall jag ha presterat något.”

“Vi har kort tid på oss, vi har strålkastarna på oss, vi lockas inte iväg ut på utsvävningar.”

Mer om skillnaden

Terapeuterna beskriver hur förhållningssättet skiljer sig och hur de faktiskt upplever skillnad och gör annorlunda när de arbetar med denna korttidsterapi jämfört med annat behandlingsarbete.

“Ja, skillnaden märks nog i rummet. Jag är mycket mer närvarande än i vanliga fall, mycket svårstörd på det sättet”, “Det är som vi blir andra personer liksom. Man har det här i sig.”

“Märks att man är mer observant. Kanske skillnad hur man rör sig, mer energi, känner sig gladare, har mer kraft - man kavlar upp ärmarna och går in och jobbar.”

“Vi gör annorlunda här än annars - använder lekfullheten - ja, det är kul.”, “...det skapar lust.”

“Om jag rannsakar mig när jag träffar barn och familjer i andra sammanhang så slocknar intresset någonstans på halva vägen. Här är det otroligt mycket medveten närvaro - det går inte att slockna.”

”Det är något som händer – det är något som smittar, man gör något annat ihop som co-terapeuter också. Aldrig annars är man så handtrimmade inför ett ärende. Annars kan det bli mer positioner utifrån yrkesroller, kan bli mer uppdelning – så är det inte här.”

Salutogent perspektiv och Familjeterapi

Genom de citat som hittills redovisats, framkommer redan en hel del kring förhållningssätt och metoder. Nedan följer några mer tydliga och konkreta reflektioner....

vad gäller det salutogena synsättet och normalisering:

”Man tänker friskt och plockar fram det”

“Vi normaliserar, det lugnar folk.”

“Formulera om det. Att prata om upplevelser borde göra att man känner sig mer sedd, lättsammare. man normaliserar eller omformulerar till något positivt eller normalt.”

“Måste vara mera roligt också att prata om vad man är bra på i sin familj. Att prata om det som fungerar.”

Terapeuterna reflekterar över betydelsen att förhållningssättet finns redan vid ingången, att både telefonsamtalet och brevet skall väcka hopp och starta upp process:

“Man inger ett slags hopp till familjen, det här är inte svårt, det ska vi komma till rätta med.”

En känsla av att verkligen få jobba med familjeterapi och familjeterapeutiska metoder kommer upp under intervjuerna. Det handlar om att leda samtal, att göra familjen delaktig i arbetet, att stärka familjen och få dem att tro på sina resurser. Allas röster ska få komma till tals.

”Intensiteten i arbetet – att knyta ihop en familj – en högre temperatur” Att dom börjar prata med varandra istället för oss. Att dom får ett gemensamt projekt att lösa, det dom söker för, så att vi kan vara med och bidra”

”Ställer frågor så att det är möjligt för dem att tänka på annat sätt, något kvarts varv, utan att gesken av att vi vet exakt vad problemet är och hur det skall lösas. Att det är någonting lite annorlunda. Att de lyssnar på sina familjemedlemmar som vi kanske frågat och de då kanske säger saker som de aldrig hört – åtminstone inte på det sättet”

“Vad kul tycker jag, för det du säger nu är själva grunden för familjeterapeutiskt synsätt - alltså grunderna i familjeterapi 'Michael White' och de andra skolorna.” ”Jag tycker att det stärker identiteten som familjeterapeut.”

DISKUSSION

Syftet med studien var att få en fördjupad beskrivning av arbetet med Familjebaserad korttidsterapi genom att undersöka hur terapeuterna tänker att de påverkas och vad de tycker att de gör som är verksamt. Det som framkommer utifrån gruppintervjuerna är att terapeuterna i detta arbete lyckas vara på en högre medveten prestationsnivå och att de upplever mer kraftfullhet och positiva känslor än när de arbetar med annat behandlingsarbete. De upplever att själva modellen påverkar i hög grad, vad gäller både den begränsade tiden, samt dess ramar, förhållningssätt och metoder. Den begränsade tiden om två samtal beskrivs påverka intensiteten och energin samt terapeuternas aktivitet och fokusering. Den längre samtals tiden om två timmar gör dock att tid finns för att skapa ett möte och få till stånd en behandlingsprocess. I intervjuerna framkommer en särskild tillfredsställelse hos terapeuterna att få följa en process från början till slut och att vara i skapande och kreativt arbete. Terapeuternas beskrivning och upplevelse av vad som gör det verksamt är samspelet mellan samtliga delar och faktorer i modellen.

Reflektionerna från terapeuterna, kring vad de gör, bekräftar i hög grad även vår inledande beskrivning kring modellens innehåll och syfte. Där finns också de forskningsresultat som vi funnit styrker flera av de metoder och förhållningssätt som terapeuterna också beskriver.

Särskilt intressanta reflektioner: Teamet och arbetet med reflekterande team

De reflektioner från terapeuterna som vi funnit särskilt intressanta, och som genom intervjuerna framstår som mer betydelsefulla än vad vi tidigare förstått, handlar om teamets betydelse och de ”reflekterande teamen”. Terapeuterna reflekterar i båda grupperna kring teamets stora betydelse. Det som också är speciellt i denna modell, är att teamet finns med i och under det direkta familjearbetet. Beskrivningen som framkommer handlar om hur terapeuterna får stöd och hjälp av teamet vad gäller att vara i nuet, bli peppad, taggad, fokuserad, öppen, få fler vinklingar, få dumpa, få förväntningar, få feedback, och att bli modig och känna trygghet. Teamets arbetssätt, att använda sig av reflekterande team, torde också främja terapeuternas hållning av mentaliseringsförmåga och

ge familjerna optimal mentaliseringsträning. Terapeuternas utsagor bekräftar att just reflektionerna är både ett effektivt och lämpligt instrument.

Vad gäller öppenheten, modet och tryggheten/tilliten som teamet bidrar till:

Man tänker att trygghet uppnås utifrån att vi accepterar och förhåller oss toleranta till den osäkerhet som finns (Rydén & Wallroth, 2010). Terapeuterna beskriver en öppenhet som bla handlar om att blottlägga sina rädslor, svagheter och tvivel i teamet. ”Öppet sinne” benämns också, liksom öppenhet utifrån hur man öppnar upp terapirummet för andra, men också hur man i korttidsarbetet har ”strålkastarljuset på sig” även när man ”klivit av scenen”. Man låter också kollegorna intervjua ”de egna” familjerna om hur de upplevt behandlingen och om den varit till hjälp. Kan man tänka sig att familjerna kan förnimma denna hållning av öppenhet hos terapeuterna, så att de i sin tur lättare kan ha ett öppet sinne och acceptera osäkerheten och på så sätt finna trygghet?

Att behandlingsarbetet i korttidsterapin kan kännas extra kravfyllt framkommer också. Det handlar om krav och förväntningar från familjerna, men också om krav och förväntningar från teamet. Själva kravupplevelsen eller förväntningarna från övriga teamet med påföljande direkt och snabb feedback beskrivs också bidra till ökad förmåga, genom att också höja motivation, koncentration och intresse. Förväntningarna som de här beskrivs, innebär också en tilltro till att de aktiva terapeuterna skall klara sin uppgift även om den upplevs svår. Kanske kan man likna detta med det tidiga samspelet barn-förälder, där föräldern bidrager till barnets utveckling genom att också utmana på en väl avvägd nivå över befintlig utvecklingsnivå. Kan detta också hjälpa till att överföras i familjearbetet och samspelet terapeut-familj respektive förälder-barn?

I ett tryggt tillitsfullt samspel växer också modet fram. I teamarbetet beskriver terapeuterna att de blir modigare. Genom att man både fått uttrycka och accepterat sin osäkerhet och bär med sig tilltron och kraften från co-terapeut och övriga i teamet, vågar man mer än annars. Familjerna gör ju också det. De går hem och utmanar svårigheterna tillsammans – de blir också modigare.

Då vanligt är att den problematik man möter handlar om någon sorts rädsla- och ångestproblematik, är det av särskilt stor vikt att kunna åstadkomma, trygghet, tillit och mod,- mod att utmana. Vi författare tänker att det troligtvis är både en växelverkan och ömsesidig påverkan.

Modellens ramar

Terapeuterna bekräftar att de ramar som finns är ett stöd i behandlingsarbetet och genom deras reflektioner framkommer mer om på vilket sätt. Tiden, teamet och reflektionerna har vi berört ovan men också övriga ramars betydelse bekräftas i intervjuerna. Pausen beskrivs ofta som själva vändpunkten i samtalen och av terapeuternas reflektioner framkommer skillnader före och efter paus - både vad gäller familj och terapeuter. Många gånger sker en fördjupning efter paus, ”Saker

och ting faller på plats”. Något som vi intervjuare också tyckte oss uppfatta vid terapeuternas fokusgrupp. Terapeuterna reflekterar kring att pausen också innebär en vila och omsorg inte bara för familj, utan också för terapeuter, och att pausen har en terapeutisk effekt i sig. Att terapeuternas för- och efterarbete finns inbyggt i modellen, lyfts också fram som betydelsefullt.

De reflekterar över att de i övrigt behandlingsarbete kan undanlåta att ge tid till detta trots att de vet att det är viktigt.

Om förhållningssätt, metoder och teorier

Det de nämner som särskilt verksamt vad gäller metoder och förhållningssätt är bla det salutogena synsättet, och metoder som syftar till att snabbt sätta igång förändringsprocesser där familjen får stöd att gå samman och hjälpas åt att lösa svårigheterna.

Här kan man tänka att modellen med sin tydliga struktur, syfte och tydliga sammanhang, gör att även terapeuterna upplever och förmedlar att det är begripligt, hanterbart och meningsfullt.

I terapeuternas reflektioner framkommer tydligt det salutogena syn- och arbetssättet med att bla fokusera på att detaljerat ställa frågor så att kompetenser och styrkor kan lyftas fram och medvetandegöras. Man reflekterar också över att det inte finns någon motsättning i att också gå in i problemet mer på djupet, och att man gör det mer idag, mot för i början. Att sätta barnet i fokus och undvika objektifiering beskrivs också samstämmigt i grupperna som extra viktigt och att de här som terapeuter anstränger sig extra för att hitta passande former.

Relation till andra studier

Froma Walsh, professor i The School of Social Service Administration vid Universitetet i Chicago, lyfter fram, i sin bok “*Strengthening Family Resilience*” (Walsh, 2006), faktorer som är verksamma för familjers återhämtning och förmåga att lösa sina problem. Hon skriver om familjens tro om sig själv, föräldrarnas förmågor och kommunikationen i familjen. När det gäller familjens tro om sig själv så handlar det om förmågan att hantera bakslag och göra dessa till något meningsfullt men också att ha en positiv tro om sig själva. Vad beträffar föräldrarnas förmågor så lyftes flexibiliteten fram samt social och ekonomiska resurser samt ett brett nätverk. Faktorer som har betydelse för en bra kommunikation är tydlighet, förmågan att lösa problem samt ett öppet känslomässigt klimat. Många av dessa faktorer som nämns ovan, kommer också upp i intervjuerna med terapeuterna och som de tycker är viktiga faktorer för en framgångsrik kortidsterapeut.

Användbarhet och begränsningar

Att använda modellen just som den ser ut idag, gör att den lämpar sig till att ha viss problematik exkluderat. Inkluderings- och exkluderingskriterierna har inte närmare berörts i denna studie, mer än att terapeuterna reflekterar över att det inte alltid är enkelt att bedöma innan när modellen är

lämplig, men att terapeuternas varsamhet, medvetenhet och erfarenhet värnar om att familjer inte skall kunna fara illa i behandlingen.

Behövs det då en speciell utbildning för att jobba med denna modell? Kanske ingen *specifik* utbildning, är terapeuternas reflektion. Däremot betonas att erfarenhet och familjeterapiutbildning är nödvändig, vilket också bekräftas i andra studier (Carlberg, 1998). Att arbeta i team på det sätt man gör i denna modell gör också att man lär av varandra.Handledning är viktigt. Att båda teamen har haft handledning av en handledare som själv jobbat med kortidsterapi har också underlättat implementeringen på mottagningarna.

Arbetsgrupperna vi intervjuat arbetar endast någon dag i veckan med denna modell. De reflekterar också över att det inte skulle vara möjligt att arbeta på detta sätt 5 dgr/veckan. De tänker att de inte skulle orka vara på en så hög medveten prestationsnivå hela tiden. När terapeuterna beskriver sitt arbete i korttidsteamet ligger det nära till hands att jämföra med vad man tänker leder till framgång i idrott och lagspel, och den fokusering, nerv och spänning som finns inför och under en match - och det är ju inte möjligt att ”spela match” varje dag! Börjar arbetet bli mer en rutin, tappar man nog också mycket av kraften, intensiteten och andra framgångsfaktorer. Förändrar man modellen till att innefatta fler samtalsrisker också viktiga framgångsfaktorer att tappas bort, samt att själva möjligheten kan bli självuppfyllande. Det vore värt att prova att använda modellen på fler sätt. Kanske skulle man i en längre terapi som ”kört fast” kunna erbjuda korttidsintervention i ett försök att komma vidare? Vi tänker även att modellen skulle kunna användas mer i det “vanliga arbetet” på en Bupmottagning, te x ett mer salutogent synsätt. Man kan tänka att de framgångsfaktorer som nämns i forskning och som också terapeuterna är inne på, skulle betonas mer i det dagliga arbetet med familjer.

Erfarenheter från själva teamarbetet borde också kunna användas i arbetet med att förbättra arbetsmiljö och effektivisera team. I boken ”Att använda arbetsgrupper effektivt” (Eisele, 2007), beskrivs tillit som en viktig faktor som måste byggas upp kring konkreta erfarenheter och som leder till att grupper och lag presterar bättre när det gäller kommunikation, beslutsfattande och problemlösning. Tillit eller trygghet är ett begrepp som återkommer i studiens beskrivning av förhållningssätt, metoder och kring vad som är betydelsefullt i familjer, vilket också bekräftas i forskning.

Metodologiska överväganden

I metoden användes fokusgruppintervjuer som tidigare har beskrivits. Styrkan med fokusgruppintervjuer ligger bla i att det blir en friare process och att möjligheten till att ny kunskap produceras blir större. Risken för att intervjuarna styr med sin förförståelse blir också mindre med denna metod. En tanke med fokusgruppintervjuerna var också att det skulle vara isomorft med

modellen. Nackdelen med en mindre styrande modell kan vara att fokus kan komma att glida iväg från syftet och de frågeställningar som finns. Här är en balansgång mellan styrkor och svagheter i olika metoder som det gäller att förhålla sig till. En fråga var också om det skulle vara en eller två intervjuare eftersom intervjuarna är arbetskamrater med respondenterna och att de skulle bli en friare process om intervjuaren var okänd för respondenterna. Valet blev två intervjuare men att den ena intervjuaren förhöll sig mer passiv när intervjun på den egna arbetsplatsen gjordes. Det positiva med att vara två intervjuare övervägdes av att båda kunde följa processen i intervjun och hos respondenterna, vilket inte hade varit möjligt annars. Det är möjligt att om en annan metod använts så skulle man mer kunna precisera frågorna och att det skulle vara lättare för respondenterna att vara mer öppna kring sig själv. Kanske skulle mer kritiska synpunkter ha kommit fram då. Om det hade varit möjligt att intervjua fler grupper än två så hade det varit önskvärt för att kunna dra säkrare slutsatser vad det gäller syftet och frågeställningarna. Det som kommer fram i intervjuerna ger ändå svar på syftet med uppsatsen även om underlaget är litet.

Slutsatser

Några generella slutsatser går förstås inte att dra utifrån denna sorts studie. En tydligare bild av en speciell modell, som också utvecklats under åren, växer fram under intervjuerna med terapeuterna. Vi uppfattar en hög grad av isomorfi i arbetet och har upptäckt fler möjliga parallellprocesser som vi tror är betydelsefulla i sammanhanget. Reflektioner från terapeuterna bekräftar betydelsen av att det finns en struktur med tydliga ramar och vissa fokus i en behandlingsmodell. Detta verkar påverka terapeuterna och det de gör i hög grad. Det handlar bl a om att det bidrar till struktur och fokusering och hjälper till att säkerhetsställa att verksamma delar inte kommer bort. Samtidigt framkommer tydligt att terapin handlar om möten, samspel och samskapande som kräver stor flexibilitet och kreativitet som vi tänker kan gå förlorad i en alltför uppstyrd modell.

Det pågår en livlig debatt för och emot manualisering av olika terapeutiska metoder. Möjligheten att kunna följa en modell och struktur samtidigt som terapeuterna har friheten att följa familjen och de enskilda i deras process är något som forskarna Sexton och Van Dam resonerar kring (Sexton & van Dam, 2010). De menar att det bästa sättet att hjälpa en familj att nå sina mål, är att ha struktur kombinerat med kreativitet hos terapeuterna. De jämför terapeuterna med en jazzmusiker som har en struktur att följa, men också sitt unika sätt att improvisera och vara kreativ mellan och runt strukturen. Kanske bor det en jazzmusiker i alla familjeterapeuter och kanske kan korttidsterapin jämföras med när jazzmusikern gör ett ”riktigt laddat” scenframträdande med sin orkester ...

REFERENSER

Andersen, T, (2007) *Reflekterande processer*. Mareld, Stockholm.

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

Abrahamsson, E & Arfwidsson A, & Ekberg, A-C & Larsson, I & Maxlahti, E, (2002). *Rapport om korttidsprojektet vid BUP Östersund*. (Barn och ungdomspsykiatriska verksamheten, Östersunds sjukhus).

Andersen T. (1991) *Reflekterande team. Samtal och samtal om samtalen*. Mareld, Stockholm.

Borgenmar Ivarsson, E, (2009) *Både och - att utgå från systemteori och psykodynamisk teori i kliniskt arbete med ungdomar och deras familjer*. Uppsats, Göteborgs universitet.

Campbell, A, (1999) Single session intervention: *An example of clinical research in practice*. *Family therapy*, 1999 vol, 20 No 4, sid 183-194.

Carlberg, M, (1998) *Att systematiskt erbjuda korttidsterapi till föräldrar och barn*. Stockholms läns landsting.

Cederborg, A-C, (1994) *Family Therapy as collaborative work*. Department of child studies, Linköping

Duncan L B, Miller D S, Wampold E B, Hubble A M, (2010) *The Heart & Soul of change second edition, delivering What works in therapy*. American Psychological Association. Washington DC.

Eisle, P, (2007) *Att använda arbetsgrupper effektivt*. Liber AB, Stockholm.

Falkdalen, T; Källstrand, P, (2008) *Uppföljning av korttids terapin vid BUP Östersund*. Uppsats, Mittuniversitetet Östersund.

Furman, B., (1997) *Korttids terapi-Ett sätt att själv ta makten? Terapi kan vara roligt*.

Socionomen, nr 3, sid 12-16.

Granath, G, (2010) *Vad kan terapeuten bidra med*, Uppsats steg 1, psykoterapi Umeå universitet.

Halkier, B, (2008) *Fokusgrupper*. Förlaget Samfundslitteratur. Liber, Malmö.

Hagelberg, H, (2010) *Psykodynamisk affektiv korttids terapi- tre år senare*. Uppsats, Umeå universitet. Psykoterapeutprogrammet, psykodynamisk inriktning.

Hampson, R, & O'Hanlon, J, & Franklin, A, & Pentony, M, & Fridgant, L, & Heins, T, (1999) *The place of single session Family Consultations: five Years experience in Canberra*, 1991 vol, 20 No 4, sid 195-200.

- Hylander, I, (2001) *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. Fog report, no 42.
- Jensen, P, (2011) Föreläsning, Nordiska Kongressen i familjeterapi, Visby.
- Johansson, H, (2006) *Terapeutisk allians i allmän psykiatrisk vård*, Doktorsavhandling, Lunds Universitets publikationer.
- Kvale, S, & Brinkman, S, (2010) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur AB, Lund
- Morgan, A. (2007) *Vad är narrativ terapi?* Mareld, Stockholm.
- Olsson, H, & Petitt, B, (1999) *Familjeterapilexikon* Bokförlaget Korpen, Göteborg.
- Philips, B, & Holmqvist, R, (red), (2008) *Vad är verksamt i psykoterapi?* Liber AB, Stockholm.
- Ringborg, M, (2005) *Familjebaserad korttidsintervention inom barn och ungdomspsykiatri*. Fokus, Vol.33, Universitetsförlaget.
- Rydén, G, & Wallroth, P, (2008) *Mentalisering - att leka med verkligheten*, Natur och kultur.
- Sexton L, T, & van Dam, A, (2010) *Creativity Within the Structure: Clinical Expertise and Evidence-based Treatments*. J Contemp Psychoterapy , nr 40 (175-180).
- Socialstyrelsen (2009) Folkhälsorapport . Publikationer 2009/2009-126-71/documents/3_Ungdomars.pdf Besökt 2011-11-19 WWW.socialstyrelsen.
- Talmon, M, (1990) *Single session Therapy*. Jossey -Bass Publishers, San Francisco.
- Wallroth, P, (2010) Föreläsningmaterial; Mentalisering och Anknytning, Frukostseminarium 29 apr 2010.
- Walsh, F, (2006) *Strengthening Family Resilience*. The Guilford Press, New York.
- Wennerberg, T, *Vi blir våra relationer*, Psykologtidningen 12, 2008.
- White, M, & Epston, D, (2000). *Narrativ terapi- en introduktion*. Mareld, Stockholm.

Bilaga 1

Välkomna till gruppintervju!

Den Fokusgruppsintervju ni inbjuds till kommer att gå till så att ni i grupp får diskutera olika frågor med fokus på din/er roll och ditt/ert förhållningssätt som terapeut i Familjebaserad korttidsterapi.

Vi vill undersöka hur modellen påverkar dig/er och vad du/ni bidrar med som är verksamt.

Liksom familjerna får inför samtalet, får du också några frågor att fundera över:

1. Vad är största utmaningen med behandlingsmodellen för dig som terapeut?
2. Vad har du hittills gjort för att klara av utmaningarna?
3. Hur svårt upplever du detta idag? Hur var det i början?

0 _____ 10

1 Vad skulle du vilja få ut av fokusgruppsintervjun?

Tack för att ni vill delta!