

# Psykopedagogisk föräldragrupp vid psykotiska och bipolära syndrom.

– Systemiska perspektiv på en barn- och  
ungdomspsykiatrisk tillämpning



**Linköpings universitet**

HT 2010

Johan Nicander

Handledare: Marie Wadsby

Magisteruppsats

## **Abstract**

Psycho educational programs in both family and group format have been modified and used since 2004, at the unit for psychotic and bipolar disorders, clinic for child- and adolescent psychiatry in Stockholm, Sweden. The aim of the essay was to investigate experiences and opinions of parents that have participated in parental groups and to apply a systemic and salutogenic perspective. Six parents of both sexes were in depth interviewed about participation, content applicability in an everyday context and opinions about the group program as such. All of the parents expressed positive experiences, especially regarding the group conversation part. About half of parents (mainly women) described changes in the everyday context that they ascribed to group conversation. The others (mainly men) described a development of positive coping skills over time that was not ascribed to the program, but perceived to be validated by the group. Development of an open group intervention should be able to complement the program and provide both support and prevention.

Keywords; psycho educational intervention, systemic, salutogenic, psychosis, bipolarity, teenage families, group intervention, education, SOC, parents, relatives

## **Sammanfattning**

Psykopedagogiska program i både familje- och gruppformat har använts och modifierats sedan 2004, vid enheten för psykotiska och bipolära tillstånd, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholm. Syftet med uppsatsen var att undersöka erfarenheter och åsikter från föräldrar som deltagit i psykopedagogisk föräldragrupp. Vidare att lägga ett systemiskt och ett salutogent perspektiv på såväl resultat som metodik. Sex föräldrar av båda könen djupintervjuades om sitt deltagande, metodens tillämplighet i vardagliga sammanhang och åsikter om programmets upplägg och utformning. Alla föräldrarna var nöjda med sitt deltagande och då särskilt gruppsamtalen. Ungefär hälften av föräldrar (främst kvinnor) beskrev vardagliga förändringar som de tillskrev till gruppsamtalen. Övriga (främst män) beskrev en utveckling av positiva färdigheter de inte tillskrev programmet, men upplevt validerade i gruppen. Utveckling av en mer öppen grupp intervention borde kunna komplettera programmet och bidra till både stöd och prevention.

Nyckelord; psykopedagogisk intervention, systemisk, salutogen, psykos, bipolaritet, tonårsfamiljer, gruppintervention, pedagogik, kasam, föräldrar, anhörigpåverkan.

# Innehåll

<b>Abstract</b>	<b>2</b>
<b>Teori</b>	<b>5-18</b>
Familje- och systemteoretiska perspektiv på psykos	5
Systemiska behandlingsmodeller vid psykos och bipolaritet	9
Familjeterapi/familjeintervention och evidensläget	16
PPI- verksamheten på den egna arbetsplatsen	18
<b>Syfte</b>	<b>20</b>
<b>Metod</b>	<b>20-22</b>
Val av metod	20
Urvalsprocess	21
Insamlingsmetod	22
Bearbetning och analys	23
Etiska överväganden	23
<b>Resultat</b>	<b>25-37</b>
Deltagandet	25
Från isolation till gemenskap och förståelse	25
Självklart deltagande, all hjälp är bra	27
Ett föräldrabeslut	28
Ett familjeengagemang	28
Familjen och vardagen	
Erfarenhets- eller utbytesbaserad insikt	29
Slitningar och förstärkningar (föräldra- & partnerskapspåverkan)	31
Stor symtomvana eller för lite skillnad	32
Metodiken	
Mer grupptid	33
Samma eller blandat	34
Komplement och annorlunda	35
Brukarnärvaro, repetition och kontinuitet	36

<b>Diskussion</b>	<b>38-512</b>
Resultatdiskussion	38
Genusperspektiv	38
Salutogena perspektiv	39
Mer grupptid, repetition och brukarrepresentation	42
Systemiska perspektiv på begreppen i PPI	43
Systemiska perspektiv på gruppbaserad PPI	44
Utvecklingsmöjligheter	49
Metoddiskussion	49
Vidare studier	50
Konklusioner	51
<b>Referenser</b>	<b>53</b>
<b>Bilaga</b>	<b>62</b>

## **Familje- och systemteoretiska perspektiv på psykos och centrala begrepp**

Under 1950-talet förläggs intresset från arv till miljö, från individen till familjen. Utifrån den då befintliga forskningen hade man observerat att en grupp personer med diagnosen Schizofreni inte lyckades bibehålla sin symtomfrihet efter utskrivning från klinikvård (Brown, Birley, & Wing, 1972). Den avhospitalisering som skedde under 1960-talet, bidrog till att familjen övertog ansvaret som primär omvårdare och möjliggjordes av den farmakologiska revolution som skedde i och med antipsykotisk medicinering (Nicander & Notlind, 2004; Orhagen, 1992). Detta föranledde ett ökat intresse för familjen roll. Istället för att rikta orsakstänkande mot den enskilde, tänkte man nu att familjen kunde vara orsaken till Schizofreni (för mer detaljer kring nutida diagnostik och behandling, se Bengtsson-Macri, Cleland, Päären, Ståhl, Tysklind, & Widfeldt, 2010). Familjeterapin som utvecklades under denna period har därför varit starkt kopplad till just behandling av psykos. Redan under mitten 1940-talet hade psykoanalytiker börjat arbeta med dessa familjer på sina håll, då oftast med föräldrar och barn åtskilt (Lundin, 2008; Wrangsjö, 2008). Här fanns utgångspunkter i att föräldrarna bidrog till sina barns beteende på ett tidigt plan och därigenom förlades orsaken vid Schizofreni redan under slutet på 1940-talet till mödrarna specifikt. Frida Fromm Reichmann myntade bland annat begreppet ”Schizofrenogena mödrar” på 1940-talets slut (Dolnick, 1998). Under 1960-talet lade Bruno Bettelheim (1967) fram sin teori om orsaken till autism, vilket då benämndes barndomspsykos. Bettelheim menade att autism orsakades av kalla, avvisande mödrar, så kallade ”kylskåpsmödrar”. Sådana synsätt levde kvar långt in på 1970-talet inom psykiatrin, innan dessa med bred front avvisades Cullberg (2000).

Fyra större forskningsgrupper kan kopplas till psykosforskningen under 1950-1970-talet. Inriktningen var kommunikation och då i synnerhet mellan den symtombelastade familjemedlemmen och föräldrarna (Schödt & Egeland, 1994). Syskon uppmärksammades inte på samma sätt. De fyra grupperna var; 1) Palo Altogruppen 1952 med dubbelbindningsteorin (Bateson), 2) Yalegruppen 1958, med teorin om föräldrakonflikt (Lidz) och 3) Bethesdagruppen 1958 med teorin om pseudokommunikation (Wynne et al.) samt Camberwellgruppen 1959 med begreppet familjeklimat (Brown). Förutom Wynne och Brown så försvann de båda övriga grupperna då deras forskning inte kunde vidareutvecklas inom psykosområdet. Enligt Schödt och Egeland (1994), så tros detta bero på att deras respektive teorier var svåra att testa konkret, varför de bakomliggande idéerna inte kunde prövas.

Forskningen från 1970 talets mitt och därefter fokuserade huvudsakligen på, anhörigbelastning, kommunikation och stressreduktion i familjen, rehabiliteringsmetoder samt psykopedagogisk intervention. Under 1980-talet ändrades också benämningen på behandlingsformen vid psykos (Leff, 2006). Framgången med att arbeta familjebaserat fick alltmer stöd i forskningen, men det fanns fortfarande en laddning i termen familjeterapi, då detta för många kopplades till utgångspunkten att "familjen var sjuk". Benämningen "familjeintervention", fick då sitt genombrott. Forskning kring olika format på psykopedagogiska och familjeinterventioner tog rejäl fart från mitten på 1980-talet (McFarlane, 2003; Reid et al., 2004; Roth & Fonagy, 2006).

Under 1970 talet kom särskilt tre intressanta forskningsbidrag rörande både förklaringsmodeller och beskrivningar på kommunikationens betydelse och del i psykosutveckling. Gruppen omkring Brown (Brown et al., 1972) som formulerade begreppet Expressed Emotion samt forskningsgruppen kring Goldstein vid UCLA i USA vilka utvecklade ett kompletterande begrepp till EE, benämnt "affektiv stil" (Reid et al., 2004). Zubin och Spring (1977) formulerade en integrativ modell (bio-psyko-social) för att förklara Schizofreni. Utöver forskningen kring psykos så introducerades även teorin om salutogenes (Antonovsky, 1991), vilket fick betydelse för sjukvård i allmänhet och psykosvård i synnerhet (Nicander & Notlind, 2004).

### ***Expressed Emotion.***

Brown et al (1972) fortsatte sina studier kring familjeklimatet och återfall i symtom. Resultatet blev då begreppet "Expressed emotion" (EE) som innefattade kännetecknen för den kommunikation som förekom i dessa familjer. Begreppet beskrev kommunikationsmönstret utifrån ett kausalt förhållningssätt, dvs. att kommunikationen orsakade stress och därmed återfall i symtom. Man skiljde på högt respektive lågt EE, där högt EE var uttryck av kritiska kommentarer, fientlighet (till sätt eller handling) samt känslomässigt överengagemang i symtombäraren. Lågt EE beskrevs som uttryck av värme och positiva kommentarer, men i allmänhet frånvaro av hög EE. Begreppet har kritiserats för att vara just linjärt och kausalt och betona de anhörigas skuld (Anderson et al., 1986). Vaughn och Leff (Hansson, 2001; Roth & Fonagy, 2006) fördjupade studierna kring familjefaktorer (särskilt EE) vid återfall i psykotiska symtom. De vidareutvecklade Browns och Rutters familjeintervju CFI (Camberwell Family Interview) och deras resultat stärkte begreppets användbarhet och funktion. Även en svensk utveckling av CFI har gjorts under 1980-talets slut, kallad "Frågor om familjen" (FOF). Högt EE har senare också kunnat bekräftas vid andra psykiatriska och somatiska tillstånd och även för vårdpersonal (Hansson, 2001; Solomon, Alexander, & Uhl, 2010).

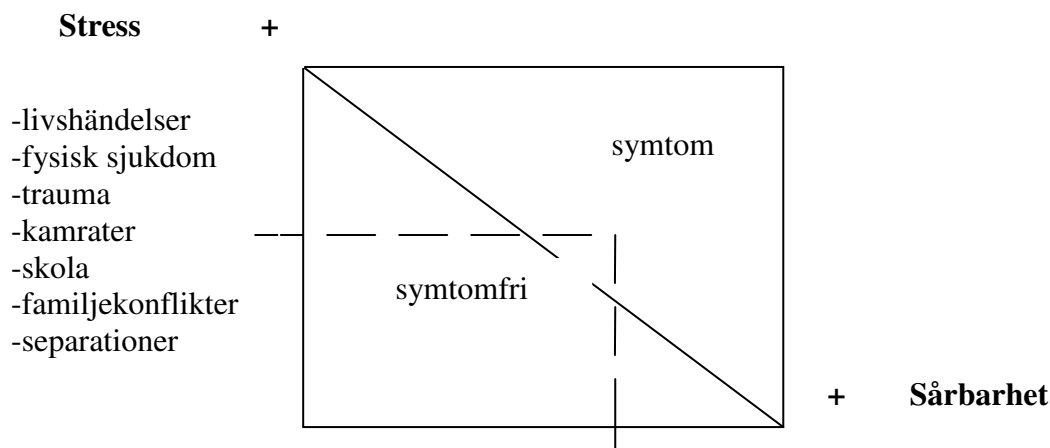
### **Affective style**

Goldstein med kollegor (Hansson, 2001) bedrev också studier av just familjekommunikationens betydelse för utveckling och prognos när det gällde psykos. Bland annat vidareutvecklades CFI till en miniversion kallad "5 minute speech sample" (FMSS). Affektiv stil (Goldstein, 1985; Reid et al., 2004) kom att omfatta beteende som i mycket liknande de som Brown et al konstruerat, men betonade ömsesidigt samspel (grad och typ av samarbete; stil, stöd, kritik, skuldinduktion, påflugenheter). Gruppens stora bidrag var en longitudinell studie som pågick under 15 år (1972- 1987) och som inriktades på familjens kommunikation i de fall det fanns en psykosbelastad familjemedlem. Gruppen var intresserad av att testa hypotesen om familjen som orsaksfaktor vid psykos. Deras studie påvisade att vissa familjemönster tycktes kunna utlösa psykotiska symtom, men det ansågs inte finnas underlag för påståendet om att familjemönster kunde orsaka psykos.

### ***Stress-sårbarhetsmodellen.***

Zubin och Springs (1977) bidrag i psykosforskningen var deras genomgång och analys av de förekommande etiologiska teorierna och modellerna, utifrån att söka gemensamma nämnare. Resultatet (se fig. 1 nedan) blev en modell som utgick ifrån människan som en komplex varelse, där olika domäner har olika stort förklaringsvärde i ett givet sammanhang. Modellen baseras på två kraftfält i form ett av yttre och mellanmänniskt fält (stressfaktorer) och ett inre med individuella särdrag och riskfaktorer (sårbarhetsfaktorer). Idén bakom modellen var att en individ har en medfödd och ev. förvärvad sårbarhet av biologisk och/eller psykologisk karaktär (genetik, skador, sjukdom respektive personlighet, temperament, trauma). Sårbarheten står i relation till (tänkt) maximal stresstolerans. När stressströskeln överskrids, utvecklas psykossymtom. Stressorer beskrevs som sociala skeenden i livet vilka upplevdes negativt påverkande. Budskapet var att det på förhand inte gick att förutspå symtomens karaktär till fullo, men att biologisk ärftlighet var en påtagligt stor faktor som generellt bidrog till en lägre stresstolerans i livet. Målet var att vid symtomdebut identifiera stressfaktorer så att dessa kunde reduceras parallellt med att behandling för de psykotiska symtomen skedde.

Fig.1 Stress-sårbarhetsmodellen (fritt tolkad ur Zubin & Spring 1977).



Ytterligare interaktionistiska eller ”transsystemiska” förklarings- och behandlingsmodeller gällande stressens betydelse vid ohälsa har sedan dess utformats (Lask, 1995; Lazarus & Folkman, 1984; McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1992) varav några har dokumenterats vara specifikt effektiva vid psykos (Yank, Bentley, & Hargrove, 1993).

Senare forskning har också beskrivit social sårbarhet och koppling till stress när det gäller utveckling av psykisk ohälsa (Sjögren & Kristenson, 2002). Gemensamt för senare modeller har varit inriktningen på förmågor/resurser och stress, för både familj och för behandlingsteam. De socialpsykiatriska verksamheter som uppstod under 1980-talets slut med fokus på behandlingssamordnare/team (Case Management) och samhällsinriktad återhämtning, har varit sådana systemmodeller (Yank et al., 1993).

### Salutogenes.

Begreppet KASAM (Antonovsky, 1983) och dess betydelse för psykosbehandling har kopplats till den smått revolutionerande utgångspunkten om att livet är en pendling mellan ohälsa och hälsa och att våra uppfattningar (begriplighet), förmågor (hanterbarhet) och drivkrafter (meningsfullhet) påverkar båda tillstånden. Utifrån ett familjeperspektiv så innebar detta att familjemedlemmarnas olika resurser betonades som viktiga för återhämtningen. Detta medförde att det friska tillvaratogs och att detta fick en tydlig plats i psykiatrin förhållningssätt. Som en balans till stress- och sårbarhetsmodellen (riskfaktorer), introducerades därigenom de så kallade ”friskfaktorerna” (båda betraktade som personliga och miljömässiga). Av de tre delarna i KASAM, anses begriplighet vara viktigast och därefter meningsfullhet när det gäller förhållningssätt vid ohälsa (dvs. hälsobefrämjande processer).



### ***Burden of Care.***

Anhörigas belastning och stresspåverkan fick under 1980-talet en allt större uppmärksamhet i såväl forskning som praktik (Katschnig & Sint, 1985; Fadden, Bebbington, Katschnig & Koniszna, 1989; Kuipers, 1987; Orhagen, 1992) och är idag en självklar del i behandlingsideologin, då konsekvenserna med tiden blivit mer tydligt erkända (Arvidsson & Fallgren 2008; Zabala, MacDonald, & Treasure, 2009). Fram till 1990-talets slut så syftade detta på föräldrar till en symtombelastad ung vuxen, men under 2000-talet inkluderades syskons upplevelser (Stålberg, Ekerwald, & Hultman, 2004). Anhörigas stressreaktioner har visat sig kunna kopplas till biologiska (hjärt-kärlproblem, sömnstörningar), psykologiska (depression, ångest, parproblem) och sociala konsekvenser (reducerad ekonomi, arbetsnedsättning, isolering, relationsproblem i familjen). Det finns könsmässiga skillnader hos föräldrar till en symtombelastad person. Mödrar söker oftare och mer aktivt efter professionellt stöd och upplever större stress och börda, än fäderna (Wancata, Freidl, Krautgartner, Friedrich, & Matschnig, 2008). Även vårdpersonal har i studier uppvisat tecken på högt EE och upplevd belastning, vilket talar för en allmän relationell laddning från långvarig närhet till symptom av psykotisk eller bipolär karaktär (Solomon, 2010). Anhörigbelastning (Zabala et al., 2009) har påvisats vara störst vid symptom som visar sig i form av funktionsbortfall (nedstämdhet, isolering, försämrade prestationsförmåga) vid såväl psykos och bipolaritet och har också dokumenterats vid andra somatiska och psykiatriska tillstånd. Screeninginstrument (t.ex. Experience of Care Giving Inventory, General Health Questionnaire-12, Camberwell Family Inventory), för att mäta grad av upplevd stress och anhörigbörda anses vara viktigt och hjälpsamt för både prevention och intervention (Zabala et al., 2009). Litteraturen har bekräftat behovet av mer forskning kring syskons upplevda belastning då huvudparten av forskning koncentrerats kring föräldrar (Arvidsson & Fallgren, 2008; Stålberg et al., 2004). Detta borde också kunna sägas om partners.

### **Systemiska behandlingsmodeller vid psykos och bipolaritet.**

Den systemiska familjeterapin, utvecklade under en period då just behandling och forskning kring de svåraste av de psykiatriska tillstånden, psykoser, uppmärksammade särskilt (Read, Mosher, & Bentall, 2004; Schödt & Egeland, 1994). Under 1950 och 60-talet var familjeterapin otydligt organiserad och tillämpad. Däremot utkristalliserades flera familjeterapeutiska skolor under 1970-talet. Det har sagts att den systemiska familjeterapin ”växte upp” under 1970-talet och blev ”vuxen” under 1980-talet” (Egeland & Schödt, 1994).

Bertrando (2006) har beskrivit utvecklingen av familjebaserad behandling vid psykos i fem faser. 1) den ”subsystemiska” familjeterapin 1955-1965, som

utgick ifrån att förändrad familjekommunikation kunde bota psykosen 2) den antipsykiatriska perioden 1965-75, då inriktningen låg på en mer politisk-filosofisk nivå och handlade om makt och förtryck från psykiatrin och familjen. Den tredje fasen definierades som Milanomodellen 1975-85, vilken syftade till att hjälpa den psykosbelastade personen att hitta sin plats i familjen och det sociala sammanhanget. Den psykopedagogiska perioden 1985-2005 definieras som den fjärde fasen och den femte och sista fasen beskrivs som en samtida integrativ/multimodal behandlingsmetodik med fokus på familjen.

De psykoanalytiska och "semisystemiska" terapeuterna (kombination av systemteori och andra teorier) fann sin väg in i familjebehandling genom individualterapi och erfarenheterna av att förlora patienterna när resultat uppnåddes i terapin eller att förändringen inte bestod. Detta i kombination försvårade behandlingsprocesser som relaterades till familjerelationerna, samt gruppterapiens genombrott under 1940-talet gjorde att fler och fler sökte sig till former som inkluderade familjemedlemmar. Detta gjordes i "subsystemisk" form (con current), det vill säga att man träffade föräldrarna för sig och barnet för sig (Bertrando, 2006; Read et al., 2004; Schödt & Egeland, 1994).

De systemteoretiska (systemiska) familjeterapierna som arbetade med psykoser, fram till 1970-talets slut, utgick ifrån den forskning som framför allt Bateson och kollegor bidragit med kring dubbelbindande kommunikation (Bertrando, 2006; Read et al., 2004; Schödt & Egeland, 1994). Utgångspunkten i att föräldrarna hade orsakat eller åtminstone väsentligen bidragit till psykosutvecklingen, gjorde att terapierna fokuserade på att "rädda barnen" och att korrigera föräldrarnas beteende. Den normativa ansatsen blev tydlig i och med betoning på familjehierarki och makt-/kontrollkamp. Dubbla budskap från föräldrarna (paradoxal kommunikation) bemöttes med motparadoxer och konfrontativa metoder utifrån tanken om att familjen uppvisade motstånd att förändras (Anderson, Reiss, & Hogarty, 1986; Haley, 1982; Read et al., 2004; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentiono 1992). Från slutet på 1980-talet kom flera systemiska inriktningar att arbeta med psykotiska symtom och nedan beskrivs de mer förekommande skolorna.

### ***Kommunikationsanalytisk familjeterapi***

Denna första systembaserade terapimodell utvecklades som en del i ett stort forskningsprojekt kring schizofreni, med antropologen Gregory Bateson i spetsen (Sluzki & Ransom, 1976; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967). Gruppen intresserade sig för kommunikationen mellan unga personer med diagnosen schizofreni och deras föräldrar utifrån en idé om motstridiga budskap (dubbelbindningen), kritik och diskvalificeringar. Ett perspektiv som utvecklades var att personen med psykotiska symtom kommunicerade på ett helt säregt sätt, relaterat till "selektiv uppfattning". Senare kom dessa observationer

att inkludera föräldrarna genom idén om motstridiga budskap. Utifrån att de just intresserade sig för "psykotisk kommunikation" som fenomen, utformades en terapimodell i linje med betoningen på föräldrarna som orsak till patologiska relationer, vilka uttryckte sig som psykos. Ett sätt att fly ur en omöjlig kommunikation, där man förlorade hur man än förhöll sig. Man arbetade därför med att instruera föräldrarna i "normala" och tydliga sätt att kommunicera då detta ansågs kunna bidra till friskhet. Även om dubbelbindning som förklaring till psykos inte anses vara relevant, så har gruppens arbete bidragit mycket till allmän kommunikations- och relationsteori.

### ***Strategisk familjeterapi***

Ur Batesongruppens forskning och tillämpning utkristalliserades en inriktning med betoning på hierarkins (organisationens) betydelse för kommunikation sett ur ett maktperspektiv (Haley, 1975, 1976). Till en början var metoden baserad på dyadisk interaktion men kom senare att utvecklas till en familjeform. Inspirationen kom från Milton Ericsons hypnosbaserade terapi (Zeig & Munion, 2002) och fanns med som grund för den paradoxala interventionen. Att arbeta med paradoxer som direktiv för att bryta sekvenser av upprepade beteendemönster (göra något annat eller instruerad spontanitet), samt att terapeuten tog en expertroll och var aktivt och dirigerande till sättet blev ett kännetecken för inriktningen. Under 1980-talets början utvecklades denna familjeterapi ytterligare genom att paradoxer inte fick samma utrymme till förmån för mer pragmatisk problemlösning, i familjer med en medlem som fått psykotiska symtom. Tydliggörande av positioner och funktioner i familjen genomsyrade arbetet och synen på det som var dysfunktionellt. Det fanns en idé om att upprätta den normala hierarkin igen som ett sätt att få den "tokiga personen" att hitta sin rättmätiga plats i familjen. Otydlig familjeorganisation ansågs kunna skapa psykotiska symtom hos en enskild familjemedlem. Symtomen fick familjen att organisera sig runt dessa vilket i sin tur gav den symtombelastade personen en position med för mycket inflytande, vilket låste kommunikationen, skapade konflikter och splittring mellan föräldrarna. Koalitioner mellan den symtombelastade personen och en av föräldrarna ansågs också bidragande till vidmakthållande av det dysfunktionella samspelet. Alltså, blev lösningen en omorganisation med stöd till föräldrarna i maktposition (Haley, 1982). Denna tradition bidrog också till utvecklingen av lösningsorienterad och lösningsfokuserade terapi.

### ***Milanoskolan***

Gruppens arbete utvecklades initialt med fokus på ätstörningsproblematik, men kom sedan att skifta fokus till psykos. De myntade begreppet "motparadox", som ett sätt att intervensera vid familjernas bindande kommunikation (Selvini Palazzoli et al., 1984). Utgångspunkten var att tydliggöra subsystemen utan att familjens sammanhållning gick förlorad (bibehållen hierarki). Teamet kring

Selvini Palazzoli vidareutvecklade senare detta till det som kallades den ”invariata preskriptionen” vilket var en paradox i form av en hemlighet mellan föräldrarna och den symtombelastade personen (Selvini Palazzoli et al., 1992). Centralt för modellen blev dock att förhålla sig nyfiket och att försöka skapa utrymme för alla i familjen genom ett ”dialektiskt” förhållningssätt som betonade både samhörighet och enskildhet. Man fokuserade på ömsesidighet i kommunikationen kring det ”galna” och det ”friska” och tillhörande övertygelser och känslor (Bertrando, 2006).

Milanomodellen fick stort kliniskt gehör internationellt, men trots detta har metodiken svagt stöd i forskningen och dels har den fått kritik för att ha varit anhängargångande till sin form (Bertrando, Cecchin, Beltz, Milesi, & Cazzullo, 2006). Däremot har den icke direktiva cirkulära intervjumetodiken kunnat uppvisa reduktion av negativt känsloklimat i likhet med psykopedagogisk familjeterapi.

### ***Psykopedagogisk familjeterapi (Psychoeducational family management).***

Under 1970-talets slut skapades den första familjebaserade behandlingsmodell vid psykos, som inkluderade utbildning (Anderson et al., 1986). Anderson och Hogarty skapade 1976 ett projekt vari de benämnde metodiken som ”psykopedagogisk” utifrån sin betoning på utbildning. Fokus var också att prova befintliga och alternativa metoder. Deras drivkraft var att hitta en modell som baserades på den samtida forskningen kring psykoser ur ett neuro- och beteendevetenskapligt perspektiv som också var anhörigstödande. De integrerade Stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977) med forskningen kring Expressed emotion (Brown et al., 1972) och kombinerade detta med utbildning och aktivt samarbete med de anhöriga. Man gick också ifrån benämningen familjeterapi och talade istället om familjeintervention, för att betona avståndstagandet till idén om familjen som sjuk. Inspirationen var delvis hämtad från inläringsteoretisk metodik när det gällde färdighetsträning och problemlösning (Read et al., 2004), men de omformulerade metoderna till en familjerelationell/systemisk kontext.

Den psykopedagogiskt baserade familjebehandlingen formulerades därmed som en kombination av bio-psyko-sociala metoder. Familjesamarbetet baserades på att undvika konfrontation eller häftiga känslomässiga uttryck i intensiva och ostrukturerade familjesessioner (minska Expressed emotion). Familjestödet delades upp i en anhängdel, en patientdel och en familjedel. Den symtombelastade familjemedlemmen fick separat stöd, social färdighetsträning och hjälp med symtomhantering. Anhöriga deltog i workshops i grupp med fokus på ökad kunskap och erfarenhetsutbyte. Familjesessionerna fokuserade på kommunikationsträning och problemlösning. De systemiska perspektiv och

tekniker som användes, var kopplade till strukturell, integrativ familjeterapi samt cirkulär intervjuetodik utifrån uppfattningen att dessa var icke anklagande. Nyckelorden för terapeuten var aktivt ansvarstagande, direktiv stil, resursbetoning, stödande tydlig kommunikation, samarbete, kontrakt och nutidsfokus. Kopplingen mellan systemisk terapi och Psykopedagogisk familjeterapi har diskuterats flitigt genom åren, ofta utifrån olikheter/likheter (Jarbin, 1996; Ringborg, 1993).

### ***Nätverksfokuserade interventioner.***

I Finland skapades under 1980-talet en numera känd familjebaserade modell vid psykosdebut. Den så kallade "Åbomodellen", som utvecklades av Alanen (1997) med kollegor och senare också bidrog till "öppna samtal", en mötesform utvecklad av Seikkula och Aaltonen (Seikkula, 2008). Modellen utgår ifrån snabbt mobiliserande av det signifikanta systemet, behovsanpassade insatser och ett öppet, tydligt och hemmabaserat förhållningssätt från behandlarna. Familjen är med från början och erbjuds ett aktivt deltagande i behandlingsinsatserna. Behandlingsteamet erbjuder sin kunskap och erfarenhet när det gäller att organisera och vårdplanera. Psykoterapi på individuell basis blir aktuellt först när symtomstabilisering kunnat uppnås. Man separerar inte den symtombelastade familjemedlemmen från familjen, vid planering och beslut utan betonar vikten av samarbete med alla. Familjebehandling erbjuds som del utöver denna mer organiserade vårdplanering.

Idéerna har hämtats från språk-systemisk teori och utgår ifrån tanken om det socialt konstruerade psyket och dialogrymd. Likheter med nätverksteori (Forsberg & Wallmark, 2002) och ekosystemisk teori (Forsberg & Wallmark, 2002; Hoffman, 1981) finns tydligt integrerat i tillämpningen genom betoning på samspel mellan olika system omkring individen och familjen.

Även den svenska "fallskärmsmodellen" framtagen av Johan Cullberg och medarbetare (Cullberg, 2000, 2008) har inspirerats av Åbomodellen i sättet att betona vikten av samarbete med nätverket och minsta möjliga behov av institutionsvård och antipsykotisk medicinering. Cullberg var en av pionjärerna som introducerade familjeterapi i Sverige i början på 1970-talet, efter ett besök hos bl.a. Minuchin i Philadelphia, USA. Cullbergs systemtankar märks i betoningen på små anpassade krisboende och fokus på familjen i krisomhändertagandet (Cullberg, 2008).

### ***Narrativ familjeterapi***

Utgångspunkten för den narrativa teorin är att människan är en aktiv meningssökare och relaterar till verkligheten genom sociala/kognitiva konstruktioner. Dessa berättelser anses ha direkt påverkan på den upplevda och levda vardagen. Fokus ligger på att stimulera till expansion av *tunna*,

begränsade berättelser (förenklingar), till breddade, komplexa berättelser (Morgan, 2004; White, 1995; White & Epstein, 2000). Betoningen ligger på att samspelet mellan sociala sammanhang (framförallt språk och makt) och att våra tankar ger upphov till berättelser om oss själva och andra. Eftersom vi inte har den kognitiva förmågan att ha hur många berättelser aktiva som helst, skapas dominerande berättelser, vilka kan vara mer eller mindre konstruktiva. Det är när berättelserna om oss själva och tillvaron upplevs inkongruenta och när vi själva inte längre upplever oss som huvudpersoner i våra liv (upplevd förlust av inflytande och betydelse) som *problem* anses uppstå. White talar bl.a. om ”in the corner life style” och om att vara i passagerarposition istället för att vara ”förare” i sitt liv (kontrollplacering). Psykosen betraktas ur ett externaliserande perspektiv (historier, etiketter och relationen till personen) och dialogen fokuserar på hur familjemedlemmarna (inklusive symtombäraren) relaterar och påverkas av symtomen. Det görs en tydlig skillnad mellan person och symptom/diagnos och ömsesidigt samspel betonas. Det inryms ett salutogent perspektiv i förhållningssättet, via intresse för undantag och alternativa beskrivningar som går utöver beskrivningar i form av sjukdom och problem.

### ***Family Focused Treatment (FFT, FFT-Adolescents).***

Under mitten av 1990-talet utvecklades också en modell för familjebehandling gällande bipolära tillstånd (Miklowitz, George, Richards, Simoneau, & Suddath, 2003; Miklowitz, 2007, 2008). Denna modell baseras på psykopedagogik och familjeterapi. Upplägget gällande familjen har inspirerats av Andersons och Hogartys modell (Anderson et al., 1986), men i manualform. Miklowitz och medarbetare har dock gjort det som ovan nämnda modeller inte gjort, nämligen utformat metodiken till både vuxna (FFT) och tonårsfamiljer (FFT-A). Metoden har fått tilltagande stöd i forskning (Lauder, Berk, Castle, Dodd, & Berk, 2010).

### ***Psykopedagogisk Intervention (PPI), Linköpingmodellen med flera***

Metodiken har sitt ursprung i psykopedagogisk familjeterapi (Anderson et al., 1986). Psykopedagogiken har över tid utvecklats till en metodik som kan ingå i en specifik psykoterapimodell eller tillämpas som fristående, kompletterande pedagogisk del i ett multimodalt behandlingsprogram. Syftet är utbildning och resursbetonat stöd med hjälp av färdighetsträning, som ett samarbetsförstärkande komplement till övriga insatser (psykologiska, sociala och farmakologiska). Närheten till behandlingsmetodik har gjort det svårt att ibland avgränsa metodiken och det har diskuterats huruvida PPI är att betrakta som en psykoterapimodell eller inte. I dagsläget definieras PPI som en pedagogisk metod som dock kan ha terapeutiska effekter i sammanhanget (McFarlane, 2003; Roth & Fonagy, 2006).

Psykopedagogiken har över tid utvecklats till två större modeller (Orhagen, 1992; Bertrando, 2006); dels en beteendeorienterad psykopedagogik (social färdighetsträning, Ett självständigt liv [ESL], beteendeinriktat familjestöd) och dels finns det en eklektisk modell som baseras på systemteori och social inlärningsteori. Den beteendeorienterade modellen representeras av Falloon och Lieberman. Denna typ av psykopedagogik baseras på ett standardiserat och tydligt strukturerat upplägg. De eklektiska modellerna representeras av Anderson, Reiss och Hogarty (Pittsburgmodellen), Leff och Vaughn (Londonmodellen), samt Goldstein och kollegor (UCLA modellen). Kännetecknande för dessa är just tillämpning av olika metoder, men framförallt återfinns de systemiska perspektiven och teknikerna tydligt med fokus på familjen. En multifamiljemodell har också utvecklats (Asen & Schuff, 2006; McFarlane, 2003) med utgångspunkt i Pittsburgmodellen.

I Sverige introducerades psykopedagogiken av Tina Orhagen och Giacomo d'Elia under 1990-talets början. Deras forskning bidrog till en integrativ modell, benämnd som "Linköpingsmodellen" (Orhagen, 1992). Denna kan beskrivas som en kognitivt orienterad modell men, den utgår ifrån fokus på anhöriga och familj. Upplägget består av utbildning (individuellt, familj, grupp), familjestöd (problemlösning, kommunikationsträning) samt känslomässigt stöd (via intresseföreningar/självhjälpsgrupper).

PPI definieras som en metod som ska bidra med kunskaper kring symtom och behandling samt färdighetsträning i form av problemlösning och kommunikationsträning, för både den identifierade patienten (IP) och dennes anhöriga/närstående. Känslomässigt stöd inkluderas oftast i form av samarbete med olika självhjälpsgrupper. Den teoretiska basen vilar på Stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977), Expressed emotion (Brown et al., 1972), salutogenes (Antonovsky, 1991) samt anhörigsamarbete (McDonnell et al., 2000; McFarlane, 2003; Orhagen, 1992). Utgångspunkter är; a) symtomen orsakas inte av de anhöriga, b) tillstånden har en bio-psyko-social förklaring och behandlas utifrån detta, c) familjen är en resurs, d) kunskaper och färdigheter minskar stress i familjen samt förebygger återfall i symtom, e) stärka det som fungerar och stödja det som är sårbart. Psykopedagogiska interventioner kan utföras i många olika format (individuellt, familj, multifamilj eller i grupp). Ofta skapas kombinationer av dessa format i form av program (Anderson et al., 1986; Fonagy & Roth, 2006; McDonnell et al., 2003; McFarlane, 2003; Orhagen, 1992). PPI kompletterar och förstärker effekten av psykologisk och farmakologisk behandling, men har inte dokumenterad effekt som isolerad metod. PPI som del i multimodal behandling har visat sig minska risken för återfall i symtom med upp till 85 %, samt en halvering av behovet av slutenvård och en ökad livskvalité för både symtombärare och anhöriga (Fonagy & Roth, 2006). Effekten från PPI har kunnat observeras upp till 2 år efter avslutning (Roth & Fonagy, 2006; Solomon,

2000). Idag finns flertalet behandlingsprogram som kan beskrivas som psykopedagogiska och det tillämpas inom psykiatrisk, somatisk behandling samt socialtjänst. Programmen har utvecklats för vuxna i huvudsak, men det finns också ett antal program för tonårsfamiljer. Det behövs dock fortfarande mer kunskap om just metodens tillämpning i tonårsfamiljer (McFarlane, 2003).

Utvärderingar av PPI för anhöriga har kunnat påvisa reduktion av stress och upplevd belastning samt ökad förmåga till coping (Arvidsson & Fallgren, 2008; Tidemalm et al., 2007). Studier har också påvisat resultat som tyder på att anhörigas attityder gentemot orsaken till symtomen visat sig vara svåra att påverka genom endast utbildning särskilt om de anhöriga haft lång erfarenhet av symtom och belastning. Däremot har PPI positiv inverkan på anhörigas självkänsla, uppfattning om börda och stress samt socialt stöd. Anhörigbelastning tros vara relativt kulturellt oberoende, men hänsynstagande rekommenderas (Cheng och Chan, 2005). Skillnader mellan könen hos föräldrar till symtombelastade personer handlar om upplevelse av problem, uttryckt behov av stöd, där mödrar oftare och aktivt eftersöker professionellt stöd (Wancata et al., 2008). PPI bedöms också kunna ge liknande positiva effekter för professionella vårdare utifrån observation av liknande belastning och stress (Solomon, 2010). Positiva resultat har också påvisats i kvalitativt orienterade utvärderingar i vuxenpsykiatrisk verksamhet (Fridenberger & Johansson, 1999, 2002). Dessa visade att anhöriga var positiva till gruppbaserad utbildning och erfarenhetsutbyte, önskade mer samarbete med och insyn i psykiatrin samt positivt förändrade attityder från personal gentemot de anhöriga. Angående ökad kunskap och relationen till upplevd belastning, så beskrevs detta både positivt och negativt av anhöriga. Positivt när det gällde att bättre förstå sina rättigheter, större förståelse för behandling och symtompåverkan. Negativt i bemärkelsen att insikten om tillståndets allvarlighetsgrad medförde en sorg.

### **Familjeterapi/Familjeintervention och evidensläget**

Familjeterapi/familjeintervention (FT/FI) har särskilt visat sig ha effekt på mer långvariga psykotiska symtom genom att minska återfallsfrekvens, inläggning på klinik samt ökad copingförmåga för anhöriga och andra vårdare. Formatet har diskuterats utifrån huruvida det finns tillräckligt underlag för att påstå att familjebaserat är bättre än multifamiljebaserad intervention. Både familje- och multifamiljeformatet har dock haft problem med bortfall när det gäller deltagarna. Bortfallet har gällt vuxenpsykiatrisk verksamhet (Kuipers, 2006; Roth & Fonagy, 2006).

Under 1990- och 2000-talet gjordes tre större metaanalyser av FT/FI vid psykos. Dessa konstaterade att det dels varit svårt att analysera resultaten, då



genomgångna studier ibland inkluderade endast psykopedagogik och ibland med kombinationer av detta och FT/FI. Definitionerna av FT/FI och innehållet i sådana program varierade mycket. Strävan efter manualisering har varit en större del i forskningen under 90- och 2000-talet (Roth & Fonagy, 2006).

I en översiktsartikel gjord av Carr (2009a), påvisas starkt stöd i forskningslitteraturen för psykopedagogisk familjeterapi (PFT) vid psykos, för vuxna, men det fanns inget motsvarande underlag för unga personer och deras familjer (Carr 2009b). Det vetenskapliga stödet är dock åldersoberoende när det gäller bipolaritet (Carr, 2009b; Miklowitz, 2007, 2008).

Enligt Kuipers (2006) har det framförallt varit fyra modeller som tillämpats manualiserat; Anderson et al (1986), Barocloud & Tarrier (1992), Fallon, Boyd, & McGill (1984). Gemensamt för dessa modeller har varit deras fokus på att reducera EE, förmedla förståelse och kunskap, bidra med problemlösningsträning, emotionellt stöd i kombination med medicinering.

Forskningen kring reduktion av EE och Burden of Care har visat sig få starkt stöd i forskningen och då som del i en familjeintervention som också inkluderar andra typer av interventioner för den symtombelastade familjemedlemmen (Roth & Fonagy, 2006; Solomon et al., 2010; Zabala et al., 2009). Det har också spekulerats kring huruvida den cirkulära intervjuetodiken kan vara hjälpsam för att engagera familjen och stimulera till reflekterande kring den kris som en psykos medför. Något stöd i forskningen har dock inte bekräftas än. FT/FI vid bipolära tillstånd tillkom under 1990-talets slut och under 2000-talet (Miklowitz, 2008), men ytterligare studier i syfte att säkerställa evidensvärdet har bedömts som nödvändiga (Justo, Soares, & Calil, 2009).

Det vetenskapliga stödet för PPI anses generellt vara starkt (Colom, Vieta, & Reinares, 2003; Cummings & Fristad, 2007; Pekkala & Merinder, 2002; Pilling et al., 2002; Lincoln, Willhelm, & Nesoriuc, 2007; Miklowitz et al., 2003; Miklowitz, 2008).

Starkast stöd har familjebaserad psykopedagogisk intervention. Det vetenskapliga stödet för gruppbaserad PPI för patienter är mindre och behöver utvärderas mer (Lincoln et al., 2007; Lukens & McFarlane, 2004; Roth & Fonagy, 2006). Gruppbaserad PPI för anhöriga har vetenskapligt stöd, men kan inte sägas vara mer effektivt än familjebaserad PPI i nuläget. Hittills har den kliniska tillämpning paradoxalt nog i störst utsträckning inriktats på PPI till anhöriga och därefter till familjer.

Multifamilje- PPI har tilldragit sig ett stort forskningsintresse och än så länge finns uppmuntrande resultat.

Fler och fördjupade studier kring syskon, och tonårsfamiljer behövs (Lincoln et al., 2007; McFarlane, 2007, Miklowitz, 2007, Roth & Fonagy, 2006).

### **PPI verksamheten på den egna arbetsplatsen.**

Sedan 2004 har enheten för psykotiska och bipolära tillstånd (EPBT), Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholm, arbetat med att utforma och prova olika varianter av gruppformat parallellt med familjebaserad PPI som komplement till behandlingen (Nicander, 2009; Nicander & Notlind, 2010). För att uppnå målet med lika vård och en tydligt samarbetsinriktad behandlingsideologi har det på enheten sedan våren 2009 tillskapats ett övergripande PPI program som inkluderar familje- och gruppbaserad PPI samt ett repetitionstillfälle efter 6 mån. Den nuvarande verksamheten består av 4 program;

- A) Familjeprogrammet (Basutbud; 5 sessioner, á 2 tim) + repetition
- B) Föräldraprogrammet (påbyggnad; totalt 8 sessioner á 2 tim)
- C) Ungdomsprogrammet, (påbyggnad; totalt 5 sessioner á 2 tim)
- D) Syskonprogrammet (påbyggnad; totalt 5 sessioner á 2 tim)

En särskild PPI grupp har organiserats och författaren har blivit samordnare för denna. Gruppens uppdrag är organisation, utförande, utvärdering och utbildning. Under våren 2010 togs rutiner fram för PPI gällande såväl utförande, dokumentation som utvärdering (Nicander, 2010). Genom ett strukturerat program och en arbetsgrupp har innehåll såväl som utvärdering och tillgänglighet förbättrats. Ärendesamordnaren (och eventuellt annan teammedlem) närvarar numera alltid vid familje- PPI för att kunna ”plocka” hem viktig information till det fortsatta behandlingsarbetet, men också som del i ett reflekterande team (Andersen, 1996). Pedagogen bidrar till samgående mellan familjen och ärendeteamet/ärendesamordnaren, genom att uppmuntra till utforskande dialoger och reflektioner i olika konstellationer, information ges både skriftligt och muntligt kring behandlingen innehåll och upplägg vilket ger familjerna en tydligare förståelse för enhetens behandlingsarbete vad de kan förvänta sig framöver (behandlingsplanering görs som del i sista sessionen). Därigenom har närheten till KASAM (Antonovsky, 1991) också kunnat bibehållas enligt resonemang ovan. Varje PPI-program fyller samtidigt funktionen av repetition samt inför en skillnad (deltagarna - expanderat nätverk).

Innehållet kan skilja sig åt något beroende på vilket program det handlar om, men de vilar samtliga på grunderna redovisade ovan (Nicander, 2010). I

familjeprogrammet fördjupar man sig mer i familjens situation, problembeskrivningar och behandlingsinsatser. I detta program går man också igenom tidiga tecken på symtom och upprättar en handlingsplan för familjen. Salutogena, relationistiska aspekter betonas särskilt. I familjeprogrammet håller en pedagog från enhetens PPI-grupp i sessionen och utöver familjen och teamet, uppmuntras andra viktiga personer att delta (t.ex. handläggare från socialtjänsten, kompisar etc.). Två pedagoger håller i gruppssessionerna och tiderna för grupperna har hittills legat på kvällstid för att maximera tillgängligheten. Varje session består av en föreläsning och en gruppssittning (reflekterande samtal). Föräldraprogrammet går varje termin. Föräldragruppen organiseras utifrån uppdelning i mammor respektive pappor samt två gemensamma sessioner. Frekvensen är 1 ggr/vecka (varannan gång för respektive förälder). Uppdelningen i samkönade grupper, baseras på idén om att maximera tillgängligheten för båda föräldrarna, då de oftast inte kan lämna sin ungdom samtidigt. Detta har sedan också blivit en del i att skapa en trygg och nyfiken atmosfär som inte lockar till familjära diskussioner mellan föräldrarna.

Utvärdering av gruppverksamheterna görs i form av egenkonstruerad enkät baserad på biologiska, psykologiska och sociala dimensioner (18 items; 6 från varje dimension). Fokus är programtillfredställelse och grad av socialt utbyte (före- och efter mätning rörande förväntningar och uppfyllelse av dessa). Utöver detta görs även en muntlig gruppbaserad utvärdering.

Utvärderingar rörande förväntningar som uppfyllts i störst utsträckning under perioden 2007-2009 (Nicander & Notlind, 2010), har påvisat att man som förälder upplevt; 1) gemenskap, 2) känsla av förståelse, 3) fått kunskap om symtom, 4) kunskap om diagnos och 5) kunskap om sjukdom. Det som beskrivs ha varit mest till hjälp i formen, var gruppsamtalen och då i synnerhet uppdelning i samkönade grupper. Majoriteten föräldrar var dock initialt skeptiska till sådan uppdelning. Där kunde föräldrarna ta emot, ge stöd och råd till varandra, men också föra samtal kring sin egen situation och få fler perspektiv och erfarenheter att förhålla sig till.

## SYFTE

Sedan starten 2004 har enhetens PPI föräldraprogram utvärderats via egenkonstruerade enkäter och gruppbaserad muntlig utvärdering, utan att lyckats komma åt frågan om förändring utifrån någon form av ”PPI effekt”, lockades författaren till att försöka närma sig detta med en kvalitativ ingång. Detta var utifrån idén att en tematisk djupintervju skulle kunna komplettera den mer ”svarslåsta” och innehållsfokuserade enkätmetodiken vi använt hittills (Nicander, 2010). Till författarens kännedom har något liknande inte gjorts på målgruppen tonårsföräldrar med ungdom som har psykotisk eller bipolär symtombild.

Huvudsyftet har varit att ta del av sex föräldrars upplevelser av PPI gruppen för föräldrar/närstående, som en kompletterande insats och att kunna utforska påverkan på vardagen (tillämpningen). Ett delsyfte har varit att undersöka deltagandet utifrån begreppet KASAM (Antonovsky, 1991) för att därigenom få en uppfattning om de mer pedagogiska aspekterna i metodiken. Det vill säga förståelse för det som förmedlats och hur detta relaterat till den egna situationen före och efter. På vilket sätt har deltagandet känts meningsfullt, och vad som bidragit till denna känsla? Utöver detta har fokus också lagts på hur pappor och mammor beskriver sina upplevelser?

Slutligen var det författarens ambition att lägga ett systemiskt och salutogent perspektiv på såväl resultat som metodik (PPI) med hänsyn till ett barn och ungdomspsykiatrisk sammanhang och då specifikt gruppbaserad intervention för föräldrar eller närstående.

## Metod

### *Val av metod*

Då intresset för enskilda personliga beskrivningar och upplevelser stod i första rummet, blev semistrukturerade djupintervjuer ett naturligt val (Holme & Solvang, 1997; Trost, 2006). Metodvalet bidrog också med en flexibilitet och spontanitet för både intervjuare och intervjuperson, som enkätmetodik inte upplevdes ha kunnat. Den teoretiska utgångspunkten i metoden har vilat på en hermeneutisk- fenomenologisk ansats (Brännström et al., 2006 i Grön et al 1997; Starrin & Svensson, 1994; Wedin & Sandell, 2004).

Ur en systemteoretisk vinkel blev det alltså fråga om tillskapande av ett antal meningsbärande interpunktioner, som via tolkning, sattes in i en ny, större relationell kontext (Olson & Petitt, 1999).

Fokus har varit psykopedagogisk grupp för föräldrar och metodiken har varit internationellt beforskad sedan 1980-talet (Lukens & McFarlane, 2004; McFarlane, 2003; Pekkala & Merrinder, 2002; Roth & Fonagy, 2006). Till författarens vetskap har det inte gjorts någon utvärdering med aktuell målgrupp, utifrån kvalitativt och systemiskt perspektiv.

Författarens förståelse har bestått i utbildning, klinisk vardag och erfarenhet som gruppleddare. Författaren har varit programansvarig för enhetens föräldraprogram sedan 2004 samt varit delaktig i utvecklingen och tillämpningen av det familjebaserade programmet, som är en bas i behandlingsutbudet vid enheten. Hemmablindheten har där igenom inte kunnat undvikas och nyfikenheten har också styrts av denna förkunskap och antaganden utifrån befintliga erfarenheter.

### *Urvalsprocess*

Rekrytering och urval gjordes via en befintlig population av föräldrar/anhöriga, som deltagit i psykopedagogisk gruppverksamhet under perioden 2008- 2009 (tre terminer) vid en Barn- och ungdomspsykiatrisk klinik i Stockholms län. Urvalskriterierna var;

1. Förälder/anhörig till ungdom som är/har varit inskriven på enheten,
2. Förälder/anhörig som inte haft behandlingskontakt med författaren.
3. Förälder/anhörig som talar och förstår svenska obehindrat.

En lista upprättades över deltagare som uppfyllde samtliga urvalskriterier (n=19). Utifrån denna gjordes sedan förfrågningar via telefonsamtal och e-mail till två föräldrar i taget, en kvinna och en man från respektive termin, tre terminer. Personer som inte svarat vid telefonsamtal kontaktades också via sms. När sex föräldrar tackat ja till deltagande enligt urvalskriterierna fick dessa utgöra undersökningsgruppen då detta antal bedömdes vara ett godtagbart underlag för att uppnå syftet med studien.

Information om uppsatsens syfte och inriktning delgavs via e-mail och planering för intervjutillfälle och ytterliga detaljer skedde via telefonsamtal. Samtycke inhämtades vid intervjutillfället och spelades in på band. De sex intervjupersonerna fick information ytterligare en gång vid själva intervjutillfället i syfte att säkerställa informerat samtycke.

Samtliga intervjupersoner var biologiska föräldrar till de ungdomar (tre flickor, tre pojkar) som varit eller var inskrivna vid enheten och de levde i intakta familjer och med ett undantag så var samtliga intervjupersoner svenskfödda. Detta var ett slumpmässigt utfall vid urvalet. I samtliga familjer återfanns

syskon. I tre fall ett yngre syskon, i tre fall återfanns ett till två äldre syskon. I två av familjerna fanns både yngre och äldre syskon.

Kontaktorsaken med enheten var bipolär (n=3) eller psykotisk problematik (n=3). I tre fall fanns det också annan psykiatrisk problematik (autismspektrumstörning, ADHD, ätstörning).

Den genomsnittliga tiden för behandlingskontakten med enheten var 2 år (med spridning på 1-4 år). Medelålder på de identifierade patienterna vid tillfället då föräldrarna deltog i PFG 15 år för såväl pojkar som flickor (med spridning från 16 -18 år vid intervjutillfället). Förekommande insatser enligt intervjupersonerna hade varit läkemedelsbehandling, med allmän uppföljning (blodprover, kontakt med myndigheter, råd/stöd), samt specifika samtal (föräldrar, familj, ungdom) med fokus på stresshantering, problemlösning, och information/kunskap. Ungdomarna hade i tre fall även haft anpassad skola via kliniken samt deltagit i dagverksamhet.

Då enheten startade upp ett mer enhetligt och strukturerat familjebaserat PPI-program först våren 2009, var uppfattning om information och kunskap påtagligt skiftande mellan intervjupersonerna. Hälften av intervjupersonerna beskrev att det i familjebehandlingen förekommit familjebaserad information i form av uttalade samtal kring behandling, prognos, diagnos, o.d. Två intervjupersoner beskrev att det förekommit samtal kring läkemedelsbehandling med tillhörande prover, undersökning, men inte någon mer strukturerad utbildning/information. Den sjätte intervjupersonen upplevde att kontakten varit begränsad till uppföljning av ungdomens mående, behandling och undersökning och att fakta förekommit på direkt fråga från dem som föräldrar. Ingen av intervjupersonerna beskrev någon förkunskap eller kännedom om psykopedagogisk intervention före kontakt med enheten och sitt eget deltagande. Däremot hade tre intervjupersoner erfarenheter från Aspergercenter gällande gruppverksamhet för föräldrar/närstående.

### ***Insamlingsmetod***

Intervjuerna utformades med hjälp av en tematisk intervjuguide (bilaga 1) som också inkluderade ett antal bakgrundsfrågor. Intervjuguiden strukturerades utifrån områden som berörde såväl individuella som relationella aspekter på deltagandet (partner, familjen, andra). Tolkningsprocessen utgjordes av nedbrytning av intervjuinnehåll i mindre textdelar, kodning (utifrån uppställt syfte) och tematiserade beskrivningar (Kvale & Brinkmann, 2009). Citat från intervjupersonerna användes som direkt belysande exempel på upplevelser och definitioner (Holme & Solvang, 1997; Trost, 2006).

Litteraturen som valts till uppsatsen hämtades via databassökning i Academic search premiere, Psych articles och Psychinfo. Dessa databaser valdes med hänsyn till innehållsbredd (flera databaser samtidigt) och specialisering (beteendevetenskap). Sökspannet omfattade perioden 1990-2009 (bortsett från vissa äldre källor som användes till historiska perspektiv). Perioden valdes utifrån att psykopedagogisk intervention då hade funnits ett tag som metodik inom "behandlingsfären" och att det hade gjorts utvärderingar av större slag. Utvald litteratur hade som syfte att fokusera på psykosvård, psykopedagogisk intervention (PPI) och systemiska perspektiv.

### ***Bearbetning och analys***

Intervjuerna spelades in på diktatband (diktafon) som sedan transkriberades. De enskilda intervjuerna varade i genomsnitt 60 min (50 min för den kortaste och 80 min för den längsta). Totalt omfattade utskriften 154 sidor. Utskrifterna gjordes ordagrant med normal grammatik (skriftspråk), innehållande affektuttryck och uppehåll/pauser i syfte att ge en mer levande bild av intervjupersonen. Upprepade uttryck, talspråk och liknande exkluderades för att skapa en mer sammanhängande text och ett läsarvänligt flöde. Intervjuprotokollens innehåll har i resultatsektionen beskrivits som tidsbestämd information (imperfekt tempus). Detta då intervjumaterialet inte med säkerhet har kunnat sägas vara återspeglings av intervjupersonernas åsikter, tankar, känslor för obestämd tid.

Det transkriberade intervjumaterialet organiserades först utifrån kategorier som var kopplade frågeställningarna och sedan till tematiska grupperingar som växte fram (via line by line coding). Dessa begränsades till konstruerade mönster utifrån förståelsebaserade beskrivningar. Tolkningarna har huvudsakligen gjorts utifrån en system- och kommunikationsteoretisk referensram.

Intervjuerna skedde på en Barn och ungdomspsykiatrisk klinik i Stockholm. Samtliga intervjupersonerna kände väl till dessa lokaler genom sin kontakt med Enheten för psykotiska och bipolära tillstånd. Intervjuerna gjordes i psykologernas testrum. Anledning till att detta rum valdes var att det här fanns ett vanligt bord med stolar (övriga samtalsrum hade låga fåtöljer och/eller låga bord). Att kunna sitta i vanlig bordshöjd var nödvändigt för att säkra ljudupptagningen (Trost, 2006).

### ***Etiska överväganden***

Föräldrar/anhöriga som författaren haft behandlingskontakt med exkluderades, då detta kunde ha bidragit till partiskhet och möjligt beroendeförhållande.

För att maximera anonymiteten, tilldelades varje intervjuperson ett fingerat namn och detaljer som skulle ha kunnat leda till identifiering av uppenbara skäl

togs bort från intervjuinnehållet (t ex benämningar på andra behandlare/kontakter, unika omständigheter). Den ”inre anonymiteten” (på enheten) säkrades genom att kollegorna på enheten inte informerades om intervjupersonernas deltagande. Intervjuerna bokades också in efter arbetsdagens slut (reducerad risk att träffa på någon från sitt nuvarande eller tidigare behandlingsteam).

Samtliga intervjupersoner informerades om upplägg (syfte, metod, tänkt resultat), åtagande (själva deltagandet) samt anonymitetsaspekter skriftligt (före intervjun) och muntligt (vid intervjutillfället). Det informerade samtycket spelades in på diktatband. Samtliga intervjupersoner erbjöds att läsa igenom intervjuprotokollet i syfte godkänna innehållet. Detta stärkte dessutom anonymiteten ytterligare. Banden raderades efter att de intervjuade hade läst igenom utskriften



## Resultat

Resultatet kommer att beröra frågeställningarna utifrån tre perspektiv; deltagarupplevelsen (fråga 2,4,5,6), familje- och vardagspåverkan (nr 3,4,8) samt metodiken (1,6,7 ). Se bilaga 1 för specifik frågeförteckning. Nedan ses respektive kategori med underliggande tema

### *1. Deltagandet;*

- ”Från isolation till gemenskap och förståelse”
- ”Självklart deltagande”
- ”All hjälp är bra”
- ”Ett föräldrabelut”
- ”Ett familjeengagemang”

### *2. Familjen och vardagen*

- ”Erfarenhets- eller utbytesbaserad insikt”
- ”Slitningar och förstärkningar (föräldra- & partnerskapspåverkan)”
- ”Stor symtomvana eller för lite skillnad”,

### *3. Metodiken*

- ”Mer grupptid”
- ”Samma eller blandat”
- ”Komplement & annorlunda”,
- ”Brukarnärvaro, repetition och kontinuitet”.

### ***Deltagandet***

För vissa föräldrar var det en självklarhet att delta i gruppen utan någon särskild anledning i sig, medan det för andra föräldrar fanns en tydlig tanke, ett tydligt behov att tillfredsställa. Det kunde vara ett personligt behov av att få träffa andra, bryta isolering, mer kunskap, att få höra andras föräldrars erfarenheter.

Diskussionen hemmavid kring deltagandet hade blivit aktuellt framförallt i de familjer där flera medlemmar deltog i psykopedagogisk gruppverksamhet. Det handlade då mer om att tydliggöra allas deltagande och inte om att barnen skulle vara delaktiga i beslutet att föräldrarna deltog i grupp eller att man skulle ha insyn i det som gjordes eller sades i respektive grupp. I övriga familjer hade man som förälder tagit beslutet själva utan direkt information till barnen, annat än de alla fått inbjudan till olika grupper. Detta beskrevs inte som något problem eller stort beslut.

### ***Från isolation till gemenskap och förståelse.***

Upplevelser av både ensamhet och isolering utifrån familjesituationen skapade en stark önskan om att träffa andra som man kunde dela sin situation med och framförallt få höra om andras erfarenheter. Detta var en betonad anledning för två av föräldrarna (en pappa och en mamma). Dessa föräldrar beskrev hur

tonåringens symtom och försämrade sociala fungerande hade bidragit till att de som familj slöt sig alltmer från omvärlden. Utanförskapet upplevdes i form av de erfarenheter som detta medförde (minskat socialt umgänge, frånvaro på jobbet) och att inte ha någon utanför familjen som kunde förstå. Detta existentiella vakuum beskrevs som slitande på alla i familjen och även relationen mellan föräldrarna blev ansträngd. Kontakten med professionella var den första utomfamiljära relationen som de kunnat vända sig till, men saknaden efter sitt förlorade sociala umgänge var dock något som dessa föräldrar saknade.

Att delta i föräldragruppen blev därför ett lätt val för dessa två föräldrar. Det innebar möjlighet att träffa andra föräldrar eftersom gruppen också var uppdelad i mamma- respektive pappagrupp.

”Ja, det är, vi hade frågat efter föräldragrupp, äh och det var väl mer för att vi kändes oss isolerade och ensamma.. /../ som vad ska vi säga ett tillfälle att få slappna av tillsammans med andra i en liknande situation.” (IP 1, pappa)

Att maken också deltog var dock något som skilde dessa båda föräldrar åt. I pappans fall kunde inte partnern delta, vilket enligt honom bidrog till en känsla av utanförskap för hustrun. Han berättade att deras relation blev spänd och att de alltmer hamnade i diskussioner som upplevdes slitsamma och som enligt honom påverkade dottern negativt.

Dessa föräldrars sociala nätverk var inte så stort och tillgängligt att det skulle ha blivit en självklarhet. I bådask fall blev han som enskild förälder familjens representant på många sätt, eftersom de var han som deltog mest när det gällde tonåringens behandling. Att inte ha sin maka med i mammagruppen bidrog dock till en ojämlikhet i relationen, enligt pappan, då hustrun inte fick samma tillgång till de informationskällor som fanns att tillgå. Detta beskrevs som bidragande till diskussioner och spänningarna mellan dem. Dottern och han fick därför spontant en mer nära relation. För mamman blev det tvärtom en möjlighet till stöd och eget utrymme.

/../ Ja att jag tidigare tog på mig allt ansvar faktiskt och att jag efter det lämnade över ansvar också till maken../Ja han var tvungen att tänka ganska mycket” (mamma)

I detta fall hade gruppens upplevts bidra till att hon som mamma kunde släppa in maken alltmer vilket också gjort henne uppmärksam på hur hennes långvariga roll som primär omvårdare utvecklat ett kontrollbehov som hon inte önskade fortsätta med.

En tredje pappa beskrev sitt val att delta i föräldragrupp utifrån önskan om att lära sig mer och ta del av såväl vårdens som andra föräldrars erfarenheter. Upplevelserna kretsade kring möjligheten att få andra och nya perspektiv på såväl symtom som behandling allmänt och utifrån den egna situationen. Denna pappas hade via sin egen vilja att ta mer aktiv del i sonens behandling och mående kunnat se att han haft en perifer roll som omvårdare under en längre tid, men också att han varit ganska reserverad ang. att tala med andra om familjens situation;

”jag ville faktiskt veta lite mer runt omkring, jag kände att jag hade inte alls koll egentligen på vad det var för problem i stort å, jag visste lite grann att sonen hade de här problemen men inte riktigt varför ././ få en chans att höra andras problem och diskutera mina problem kanske också././ jag har varit lite så där fundersam på att sitta i grupper och diskutera. ././.” (pappa)

Han kunde med humor beskriva att det varit lätt att ta ett steg tillbaka när hustrun spontant tagit på sig ansvaret för kontakten med vården och att detta inte varit enbart positivt då en uppdelning snabbt gjorde detta tydligt. Att ta eget initiativ till engagemang i gruppen och även i familjen var inte heller något som denna pappa upplevde svårt eller negativt eftersom hans nyfikenhet och intresse var stort. Däremot förklarades vanor och positioner kunna bidra till de mönster som han själv blivit medveten om via föräldragruppen.

### ***Självklart deltagande, all hjälp är bra.***

Tre föräldrar beskrev valet att delta som självklart utifrån övertygelsen om att all hjälp som erbjuds är välkommen och positiv. Dessa föräldrar, uttryckte en stark säkerhet i sitt val att delta, en självklarhet att engagera sig. Samtidigt specificerade de inte varför det var så självklart, annat än att de var övertygade om att detta inte kunde vara negativt.

”Nä jag bara läste... eller fick ju höra talas om den först då ... sen så läste jag inbjudan då och då tyckte både jag och min man att absolut att vi ska delta... Vi tyckte att det kan ju inte medföra något negativt utan det kan ju bara vara positivt” (mamma)

Dessa föräldrar upplevde inte något behov av diskussion med makan kring sitt deltagande, utan beskriver hur de spontant tackade ja utifrån sin egen övertygelse om att detta var positivt. Samtliga tre föräldrar hade ändå värderat möjligheten tillsammans, även om de inte upplevt sig ha behövt diskutera det på en beslutsnivå. De hade mer fört någon form av logistiskt resonemang kring vad deltagandet skulle innebära för dem i en mer konkret vardagskontext (vem ska gå när och hur, hinna från jobbet etc.).

### ***Ett föräldrabelut***

När det gällde föräldrarnas förankring av sitt deltagande med barnen, var detta något som man huvudsakligen inte hade tänkt på. Tre föräldrar hade inte informerat sina barn, direkt eller särskilt om sitt deltagande, utan tagit beslutet själva. De beskrev samtliga att anledningen till detta var kopplad till tonåringens mående och fungerande (begränsad förståelse eller intresse). De båda övriga föräldrarna hade liknande erfarenheter. Antingen så var tonåringen inte intresserad eller så fanns det förståelsehinder i form av symtom. Att tonåringen med symtom hade svårt att förstå beskrevs som utvecklingspåverkan (autismspektrumstörning), som visat sig redan före kontakten med enheten. I de fall tonåringen beskrevs som ointresserad, gjordes detta med referens till tonåringarnas självupptagenhet i kombination med att de redan hade så mycket omkring sig relaterat till behandling och liknande.

Däremot hade föräldrarna och tonåringen fått inbjudan eller information om gruppverksamheten (via sina behandlare), vid samma tillfälle, så detta var något som ändå upplevdes som förankrat i familjen och öppet av samtliga tillfrågade föräldrar.

Syskonen hade i de flesta fall informerats om gruppverksamheten på ett eller annat sätt. Syskonen hade enligt föräldrarna inte något intresse eller i att prata om sitt symtombelastade syskon, att man som yngre syskon hade svårt att förstå eller att det helt enkelt var för jobbigt för att ta in:

”Ja den som bor hemma hon brydde sig inte om det, hon vill inte.. hon tänker att det är hennes problem, hon vill ha med det att göra... hon slår ifrån sig allting. (pappa)

”Ja, jag vet inte om han kommer ihåg det idag men han visste om att vi var på den här föräldragruppen då Så lillebror visste ju om att vi var här.. det visste han ju å.. men jag tror inte han reagerade så mycket över det” (mamma)

### ***Ett familjeengagemang***

En mamma berättade om hur samtliga familjemedlemmar deltagit i gruppverksamheter (föräldrar, ungdom, syskon). Dock hade syskonet inte kunnat fullfölja hela utbildningen pga. sociala förhinder. Denna förälder beskrev en öppen diskussion i familjen som samtidig upprätthöll en tydlig gräns när det gällde det som sades i respektive grupp;

”Nämen det kändes ganska självklart.. tycker jag... brodern tyckte det var jätteintressant... han var jätteintresserad och funderade liksom bakåt i tiden... när de lekte å så.” (mamma).

Att tydliggöra gränser gällande integritet för familjemedlemmarna, var här betonat av denna förälder, trots dotterns stora nyfikenhet. Denna mamma beskrev hur de tidigare huvudsakliga möten och samtalen varit, där var dottern i fokus och att de som föräldrar inte fick utrymme att kunna prata fritt. Enligt henne möjliggjorde grupperna spontant en mötesplats där man kunde prata fritt och utan avbrott eller hänsynstagande.

I en annan familj (mamma), hade alla utom tonåringen med symtom deltagit (föräldrar, syskon), men även här hade syskonet fått avbryta pga. av socialt förhinder. I denna familj hade även mor- och farföräldrar fått utrymme för information och stöd, men då i familjeformat. Denna förälder berättade också om andra erfarenheter av gruppverksamhet för föräldrar som hon fått via en annan verksamhet parallellt med föräldragruppen. Denna mamma var tydlig med sin uppfattning om att ta emot allt hjälp som erbjöds för dem som föräldrar och som familj.

### ***Familjen och vardagen***

Fyra av sex föräldrar beskrev ett förändrat förhållningssätt till såväl tonåringen som övriga i familjen. Föräldrarna som uttryckt detta gjorde så i ett subjektivt perspektiv och inte så mycket i ett familjerelationellt perspektiv. Den förändringen man lagt märke till var i form av ökat lugn i sig själv, större förmåga att vara förankrad i nuet att kunna skapa eget utrymme som förälder/vuxen och att fördela omvårdnaden tydligare (HP-4) samt nya sätt att bete sig och hantera framförallt stress i olika former. Av de föräldrar som upplevt att de ändrat sitt eget beteende i relation till tonåringens symtom, hade papporna kopplat denna förändring till en egen utveckling över tid, medan mammorna kopplade detta till påverkan eller inspiration från gruppen.

För de föräldrar som inte uppfattade någon skillnad före och efter gruppen, var detta utifrån att de antingen redan hade ett optimerat stöd från professionella eller att man med tiden skaffat sig så mycket egna erfarenheter att gruppen mer blev en bekräftelse på detta, än bidrog med nyheter.

### ***Erfarenhets- eller utbytesbaserad insikt***

De fyra föräldrar som upplevde sig ha förändrat sitt förhållningssätt, menade att detta handlade om att tänka annorlunda kring tonåringens beteende, men även om självmedvetenhet i form av uppmärksammande av egna reaktioner och därmed möjlighet att påverka detta. Det handlade framförallt om sig själv som förälder och tonåringen utifrån oro och möjlighet att påverka både tonåringen och sig själv.

Två föräldrar kopplade en möjlig påverkan till gruppdeltagande, till skillnad från övriga två som inte upplevt någon förändring relaterad till gruppen. Två pappor upplevde inte en sådan koppling till sitt gruppdeltagande, utan betraktade detta som en pågående process över tid.

”Jag relaterar nog inte till den här föräldragruppen men jag tror att jag reagerar mindre känslomässigt nu.. än vad jag gjorde för ett par år sedan.. ähm jag tror jag mer, är vaksam på hur jag reagerar, vad det är jag reagerar på... men det betyder inte att jag har mindre känslor utan bara hur mycket som jag liksom, hur jag agerar för stunden, hur mycket jag liksom kan tänka igenom och jämnar ut över tiden i stället” (pappa)

Papporna kopplade inte samman förändrat beteende till gruppdeltagandet och de pratade mer om hur de lyckats, via insikt, finna en känsla av egenkontroll i relation till sin symtombelastade tonåring. För papporna hade förståelsen för tonåringens beteende beskrivits som en utvecklingsprocess med många källor, men framförallt beskrevs de egna tankarna om familjesituationen och tonåringen ha förändrats, vilket hjälpt dem att hålla en större distans till symtomen. Idén om att kunskap är hjälpsamt när det gäller att ändra sitt beteende betonades tydligt av dem båda, men den egna analysen via gruppen och egna erfarenheter är något som de båda beskrev som övergripande.

Mammorna talade om oro och att det förändrade förhållningssättet uppkommit i gruppsamtalen, genom vidgade perspektiv.

”Jag tycker ändå att efter föräldragruppen så ... har man ändå en insikt om att det är rätt många som har problem .. den insikten hade man vill inte innan ./ det var egentligen bara jag som lida för det själv och då kände jag att då måste man lägga om strategi... så det tycker jag ändå att den här gruppen hjälpte till med (mamma)

Mammorna talade om vikten att reglera sina reaktioner utifrån förståelsen att de och familjen påverkades negativt. En av mammorna beskrev detaljerat hur hon med tiden (efter föräldragruppen) förstod att hon inte kunde ta på sig allt som rörde omvårdnaden och ansvaret, utan att hon själv hade mycket att vinna på att ta hjälp av maken i detta. Även att tydliggöra sina egna behov utan att avvisa, framkom i hennes upplevda förändring;

”Ja att jag tidigare tog på mig allt ansvar faktiskt ... det måste nästan bygga på att jag släpper för att någon annan ska komma in också... och att man slappnar av ... okej nu får den fixar det och då får man lita på det... att den personen gör det... och att jag måste få ta min egen tid eller att jag vill gå på en föreläsning eller jag jobbar ganska mycket kvällstid... och det måste jag få göra... för det är viktigt ./ alla behöver alltid egen tid.. för det är så lätt att man isolerar sig... det är den enklaste vägen att ta... det är att man isolerar sig som familj.. ” (mamma)

Centrala delar i samtliga föräldrars upplevelser av förändring handlade om att kunna förhålla sig lugnare gentemot symtomen och utveckla acceptans för det som kan inte kunde påverkas.

### ***Slitningar och förstärkningar (föräldra- och partnerskapspåverkan)***

Här talade man om både slitningar och förstärkning relaterat till både deltagande i gruppen och allmänt relaterat till omvårdnad och samlivspåverkan. Två av tre fäder beskrev sin roll som mer perifera gällande omvårdnaden kring tonåringen utifrån att de ofta var den partner som jobbade heltid eller att det blivit en outtalad rollfördelning mellan makarna som bidragit till att de inte tog denna funktion i lika stor utsträckning.

Detta återkom även i två mammornas uttalande. Undantaget från detta var en pappa som hade just den huvudsaklige omvårdnadsrollen. I det fallet var modern oftare borta från hemmet. De vardagliga slitningar som uppstått var kopplade till att inte kunna dela upplevelserna av deltagande pga. av att man inte båda deltagit eller att man kände en sned fördelning av påfrestningarna i omvårdnaden (se citat ovan).

Pappan som upplevde slitningar i sin parrelation menade att just olika erfarenheter kopplade till gruppdeltagandet bidrog till diskussioner som inte alltid blev så konstruktiva. Han trodde att hustruns upplevda utanförskap blev dubbelt, dels genom att inte kunna delta i föräldragruppen och dels att hon inte var lika nära dottern i vardagen;

”Jag pratade lite grann om vad ämnet var som vi pratat om, äh ..men eftersom hennes referensram var en annan, samma ämne, det kunde vara en bok, det kunde vara någon annan informationskälla, det hängde inte riktigt ihop..../ det är inte allt man läser som, som man köper utan man tittar kritiskt på det... och då vill man ställa frågor, hennes frågor är kanske annorlunda än mina frågor...../det introducerade lite stress någon gång, jag tycker det var bra, jag tyckte det som togs upp, som sades var, det var vettiga åsikter och det var någonting vi skulle kunna använda oss av, men hon kände ju inte det för att hon hade ju inte varit med, hon hade väl haft andra frågor då, men .. (skratt).. då satte vi igång och argumentera liksom” (pappa)

Relationen blev slitsam utifrån att deras olika delaktighet och engagemang i omvårdnaden också spred sig till dottern. Tanken på att inte delta samtidigt och konsekvenserna för parrelationen framkom även ifrån en mamma vars make deltog vid samma tillfälle. Vikten av att kunna prata om sina upplevelser beskrevs som viktiga för meningsfullaktigheten och bidrog också med breddad förståelse enligt henne;

”Nä då hade du ju inte kunnat bolla.. vi bollade ju mycket med varandra just det här med gruppen... med föräldragruppen då hit och dit så att han uppfattar en del saker och jag uppfattade en del saker... vi bollade fram och tillbaka det tror jag var bra för oss båda..” (mamma)

En pappa som deltagit utan sin hustru, upplevde dock att deras relation varit lika stark före som efter och att individuella deltagandet inte medförde något utanförskap för någon av dem eller slitningar pga. av att den ene inte deltog;

”Ja upplever faktiskt inte vi haft några större problem som förälder eller partners... jag tycker nog vi varit överens om det mesta när det gäller det här då... hela perioden från det han började bli sjuk då..” (pappa)

Förstärkningar kopplades till tydlighet i relationen, t ex uppdelning/anpassning av föräldraskap, bra kommunikation som par, erfarenheten kring omvårdnad samt gruppdeltagandet. Två av mammorna och en pappa beskrev detta tema och kopplar förstärkningen till fördelning och stöd i omvårdnaden och att kunna dela tankar från föräldragruppen

” /../ om jag ser att han försöker jobba med henne då kan jag dra mig tillbaka då får jag lita på att det här gör han.. så tycker jag det blivit../../ jag tycker ändå vi kan dela på den biten mera jag och maken nu... Ja det är faktiskt skönt att kunna dela på den biten mera” (mamma).

Förekommande teman hos dessa föräldrar var samarbete, gemensam värderingsgrund och förståelse för tillfälliga återfall i gamla mönster. Samarbetet vilade på rollfördelning där de båda upplevde tillfredsställelse och stöd från varandra. I det sammanhanget fanns en gemensam syn på värderingar som rörde familjelivet vilket beskrevs ha smidiggjort fördelningen. Återfall i gamla mönster handlade till största del om att acceptera och inte ge upp, utan stödja varandra i att komma tillbaka på banan igen och hitta tillbaka till det lugnare förhållningssättet, man strävade efter.

### ***Stor symtomvana eller för lite skillnad***

Tre föräldrar, en mamma och två pappor upplevde inte att deltagandet bidragit till någon märkbar skillnad när det gällde relationen till eller i familjen.

För pappornas del hade den långa tiden med symtombelastningen bidragit till ofrånkomlig anpassning och utveckling av strategier i familjen, vilket därför inte gruppdeltagande kunde bidra med så mycket nytt i just det avseendet.

”/../ vi var i olika fas där... så hade vi ju haft bagaget eller det var ju rätt lång tid som han varit sjuk och då träffa några som var precis mitt uppe i det vi var kanske för 3 år sen... för vår del så gav det oss mer ett perspektiv ... förhoppningsvis kunde vi bidra med något” (pappa)



Papporna beskrev hur de själva skaffade sig erfarenheter genom att helt enkelt var tvungna att söka efter sätt som fungerade när det gällde att hantera symtomen och relationen till tonåringen. Samtidigt som de inte upplevde någon skillnad i familjelivet, uttryckte dessa föräldrar att gruppens diskussioner medfört just perspektiv på deras egna erfarenheter och upplevelser. Deras beskrivningar handlade om att dela med sig till andra och att andras erfarenheter blev bekräftelse på deras sätt att handskas med symtomen i vardagen, på ett såväl personligt som ett familjeplan.

En ytterligare anledning till att det inte skett någon förändring kopplat till gruppdeltagande beskrevs utifrån att man före och under tiden för gruppdeltagandet, fått stort och intensivt stöd som familj via sitt behandlingsteam under en längre tid

”Ja tror inte det var någon skillnad... det är nog samma tror jag... föräldragruppen i sig bidrog inte till någon jättestor insikt eller så... som gjorde att det förändrade vårt liv... på det sättet ... vår relation.. För oss har ju det här liksom med teamet varit jätteviktig ... det har varit det allra viktigaste och jag tror att föräldragruppen kunde varit viktigare för oss om det inte varit så att vi var så väldigt inne i det där..”(mamma)

## **Metodiken**

Samtliga föräldrar hade åsikter om metodiken som gruppverksamheten vilade på. Det handlade om att utöka tiden för gruppsamtal och att förankra innehållet mer genom föreläsare som själva hade erfarenhet av symtombelastningen. Det framkom även önskemål om att repetera kunskaperna för att inte tappa dessa över tid samt att kunna erbjuda en fortsättningsgrupp som var mer öppen i sin form. Man upplevde gruppen som ett bra komplement till övriga insatser och detta till hänsyn till helhet i deras vardag som familj och föräldrar. Uppdelning i samkönade grupper uppfattades av flera som lite ovanligt till en början, men många tyckte detta var bland det bästa i slutet. Storleken på gruppen upplevdes som lagom när det var ca 6-7 personer, eftersom det medgav möjlighet till att utveckla relationer och att alla kom till tals.

### ***Mer grupptid***

Samtliga föräldrar uttrycktes en bestämd åsikt kring att gruppen var det som man upplevt mest behållning från. Att just få sitta med andra föräldrar som kan förstå hur man själv har det, eller gjort. Där man kunde få bekräftat att man gjorde så gott man kunde, förståelse, att få konkreta tips och råd. Upplevelsen av vardaglig förankring menade man kom mest i denna del av grupprogrammet, eftersom det var här man började prata om sina erfarenheter. En av föräldrarna sammanfattade så här;

”/..ja jag kan ju se framför mig de andra som var med..ungefär hur de hade med sina barn och familjer.. jag tänker på ibland lite hur det har gått för dem.. Det är nog samtalen med de andra papporna som fastnat mest faktiskt.. (pappa)

Värderingarna lade ofta fokus på det egna behovet av att få prata och lyssna på dem som faktiskt hade liknande erfarenheter och att fördela tiden så att mer gick till gruppsamtal och mindre till föreläsning.

Den förälder som uttryckte en önskan om öppen grupp förklarade denna tanke utifrån att gruppen precis börjat lära känna varandra, när det var dags att avsluta. Han menade att en öppen grupp skulle ha medfört möjlighet till en stödfunktion och mötesplats för föräldrar som varit fri i formen. Känslan av kontinuitet och tillgänglighet betonades då som viktiga och som den största invändningen mot dagens gruppverksamhet.

### ***Samma eller blandat***

Att gruppen var uppdelad i samkönade föräldragrupper upplevdes både positivt och negativt. För de föräldrar som tyckte att samkönad grupp var positivt, fanns det i för en del dock en initial skepsis, som över tid förändrades till uppskattning.

Dels bidrog själva föräldragruppen till en frihet att kunna tala spontant om sina egna upplevelser och känslor, men den samkönade gruppindelningen upplevdes dessutom bidra till att man kunde göra detsamma utan sin makas närvaro. Att få ha ett helt eget forum för sig själv och inte lockas till familjära diskussioner kring vardagen och symtomens påverkan på denna, som annars kunde ha blivit fallet.

”/.. jag tror väldigt sällan jag varit med om den uppdelningen på det sättet... först så tyckte jag det inte spelade någon som helst roll.../.. men jag märkte sen då... att vi var uppdelade vid fyra tillfällen eller någonting och sista gången så var mammor å pappor tillsammans då märkte jag att det var mammorna som pratade i stort sett.. så tror jag man tänker lite annorlunda som pappa än som mamma.” (pappa)

En annan aspekt som också togs upp vara att innehållet på samtalen tyckte vara annorlunda för föräldrarna. Att få prata med samkönade föräldrar upplevdes bidra till perspektiv som inte kommit upp annars. Däremot var det ingen av dessa föräldrar som inte uppskattade möjligheten att också ha blandade sessioner. Möjligheten till både och, var det som uppskattades mest. För två föräldrar (en mamma och en pappa) hade den samkönade föräldragruppen varit självklart positivt. Här återkom upplevelser av att vilja dela upplevelsen med sin maka eller att kunna ta stöd av denne i gruppsamtalen.

”Hon kände sig ju utanför och jag tror det hade varit mer givande om vi hade kunnat delta tillsammans” (pappa)

”jag tror ... om man nu ska säga att det passar mig helt och hållet så är det fördel att vi båda är med för att ... ja det blir mer avslappnat om man kan hjälpa varandra och formulera sig (mamma)

Flera föräldrar tyckte att gruppstorleken borde vara maximalt 6-7 deltagare, eftersom det bidrar till utbytet. Någon beskrev en viss personlig försiktighet i grupper som blivit en utmaning i och med deltagandet, men som också beskrevs som en hämmande faktor.

”./ja jag har varit lite så där fundersam på att sitta i grupper och diskutera ... samtidigt har jag varit väldigt fundersam på att sitta och prata om mina bekymmer i större sammanhang.. de det måste jag ju erkänna...” (pappa)

”./jag känner inte att jag är så bra på formulera saker och då... då är det lättare om man är två... men så är det förstås inte för alla” (mamma)

Det som var gemensamt för båda dessa föräldrar var beskrivningar om att makans betydelse i mötena med vården hade inverkan. De hade båda en maka som tydligt och naturligt tog positionen som språkrör när det gällde att framföra eller undra över saker i relation till tonåringens behandling. Detta beskrevs i synnerhet av pappa, som en rollfördelning som ”bara blivit så” och som han ville utforska mer för sin egen del, genom att delta utan maken i en grupp.

Beskrivningarna gick isär på punkten om skälet till att vara på egen hand eller ihop. I det ena fallet handlade det om en ”vana” och ”outtalad rutin”, medan det i andra fallet handlade om en känsla om att behöva den andres sätt/stil som ett komplement till sig själv i ett gruppsammanhang.

### ***Komplement och annorlundahet***

Att delta i föräldragrupp beskrevs som berikande ur kunskaps-, men framförallt erfarenhetssynpunkt. Däremot tyckte man inte att detta ersatte andra insatser från behandlingsenheten, utan mer bidrog till ett behövligt komplement, där man som förälder fick ett större utrymme. En insats som satte hela människan i fokus och vardagen som den plats där allt utspelade sig. Gruppen uppfattades som ett forum, en ventil eller påfyllning som man hade för sin egen del som både förälder och vuxen.

”./ jag kan prata med dem som är professionella här, men det är en väldigt stor skillnad att ha det själv i familjen och prata om det respektive prata med någon som pratar utifrån rent professionellt perspektiv”, (pappa)

Gruppen beskrevs av föräldrarna i termer av en ”stödgrupp” och inte som en behandlingsinsats. Behandling upplevdes vara läkemedel i första hand. Att ledarna inte tog så mycket plats i detta sammanhang uppfattades också positivt, speciellt då ledarna uppfattades ha funktionen att problematisera samtalet och därmed stimulera till reflektioner i gruppen och inte gå i svaromål på frågor från föräldrarna. Detta uppfattades som både positivt och ibland som frustrerande, eftersom ledarnas frågande/utforskande förhållningssätt också kunde kännas som ett undvikande. Man hade vant sig vid att kunna ställa frågor och få någon form av svar från sitt behandlingsteam.

### ***Brukarperspektiv, repetition och kontinuitet***

Flera föräldrar uttryckte stor uppskattning för att just få lyssna på föreläsaren från intresseföreningen Balans. Behållningen låg i att detta var en person med egna erfarenheter av symtom och behandling och att detta budskap kom närmare en själv som förälder;

” ... man kanske... har någon mer som den här sista tjejen någon som kommer och föreläser och speciellt någon som själv är sjuk och den som själv är sjuk vet ju allra bäst hur det är.. jag menar att ingen utomstående kan ju veta.../.. men även genomgång på nytt av dem här bitarna som ni gick igenom med den här sårbarhetstrappan eller vad det var” (mamma)

Närheten till föreläsaren beskrevs handla om att föreläsaren var ung och för vissa föräldrar i nära ålder med deras egna äldsta barn. Det kunde också aktivera hopp om att deras egna tonåringar också skulle kunna få en meningsfull och hanterbar framtid. Det fanns också tankar om att kunskaperna från gruppen behöver hållas vid liv för att kunna förankras. Att repetera oftare och som en del i en mer långsiktig planering, var det som togs upp som behov.

”/.. man måste fortsätta och lägga lite ved på brasan så att man ska upprätthålla kunskapen absolut.. för nu känner... nu kanske det gått lite... sådana här saker skulle behövas lite mer kontinuerligt när man har ett sjukt barn/.. men upprätthålla mer för att komma ihåg det och tillämpa det... det tror jag är jätteviktigt ”(mamma)

”Ja absolut... och under längre perioder då och gärna återkommande att man faktiskt tar upp det igen... för det är liksom inte färdigt... det blir ju aldrig färdigt utan man behöver alltid mycket mera... även om man går den här utbildningen så dröjer det en stund innan polletten trillar ner... även om man inte förstår det så gör man det... så det skulle liksom ingå i något som man alltid gör inte så mycket val...” (mamma)

Det fanns önskemål från vissa föräldrar om en mer öppen kontinuerlig grupp som kunde efterträda föräldragruppen. Att få fler tillfällen med större flexibilitet i deltagandet, efterfrågades av några föräldrar. Dessa föräldrar upplevde tidsbegränsningen som en nackdel just utifrån att man som förälder inte alltid kunde komma till gruppen och då missade man det tillfället och grupputbytet.

”/..sedan det andra som jag gärna hade sett... det vore också att det var öppet för deltagarna även efter att ungdomarna övergått från BUP till Vuxenpsykiatri, men att de fortfarande kunde komma, så att man hade lite grann utbyte över åldersgränserna... (pappa)

## Diskussion

### *Resultatdiskussion*

#### *Genusperspektiv*

När det gällde intervjuernas omfattning (antal sidor transkriberat material exkl. uppehåll och längre pauser), fann författaren inga tydliga könsskillnader. Det fanns föräldrar av båda könen som var mer kortfattade och svarade mer direkt och fokuserat och föräldrar som i större utsträckning hade detaljrika beskrivningar och lätt för att reflektera kring sina erfarenheter. Det tycktes dock finnas en tydligare uppdelning mellan intervjuade mammor och pappor i berättelserna (deras beskrivningar av egna upplevelser och beskrivningar av sina makar) som tycktes peka på att många av föräldrarna hade en traditionell uppdelning av föräldraskapet (en förälder, oftast mammorna, fyllde rollen som primär omvårdare). Samtliga intervjuade föräldrar levde i intakta familjer där det fanns syskon och där mammorna engagerade sig mer i ungdomarnas mående och fungerande samt var familjens språkrör vid kontakt med vården (detta beskrev även intervjuade pappor). Papporna beskrev sig med ett undantag som mer perifera och som ett "bakomstöd" till mammorna (beskrevs även av intervjuade mammor). Flera intervjupersoner tyckte att en mer traditionell uppdelning var okej och att maka/make relationen fick stöd just genom denna tydlighet.

När det gällde vad man fått ut (erfarenhet, lärande) av sitt gruppdeltagande, beskrev sig intervjuapporna som självlärda, i bemärkelsen att deras erfarenheter från olika situationer som föräldrar blivit så omfattande att gruppen för dem mer blev en validering av detta. Dessa pappor beskrev dock en meningsfullhet i att få dela med sig av sina erfarenheter till de mindre erfarna papporna. Mammorna beskrev sig däremot ha lärt sig via utbytet i gruppen. De tyckte ofta att gruppens funktion var ett sammanhang, där man både kunde söka och själv ge stöd och råd. Detta stämmer bra med redovisade studier av allmän anhörigbelastning (Wancata et al., 2008) och mer specifika belastningsfaktorer som de intervjuade föräldrarnas beskrivningar av större upplevd belastningen vid funktionsbortfall (Zabala et al., 2009). Efterfrågan på fler sessioner återfanns hos både intervjuade mammor och pappor, vilket tolkas som ett behov för enheten att tillgodose.

De intervjuade föräldrarnas beskrivningar bidrog vidare till två utkristalliserade föräldramönster, här benämnt "komplementärt" respektive "symmetriskt" (Haley, 1975) föräldraskap, när det gällde rollfördelning samt engagemang i ungdomens behandling och mående. Dessa olika mönster visade sig i såväl språkbruk som i beskrivningar (dvs. om man oftare talade eller beskrev omvårdnad i jag eller vi form). Komplementärt föräldraskap uttrycktes i form av

en tydligare rolluppdelning. Det symmetriska föräldraskapet beskrevs på ett sätt som förde tankarna till mer lika föräldraroller. Intervjumammorna uttryckte sig på ett sätt som här benämns ”omvårdnadsorienterat” (använde ofta ord som handlade om relation, känslor, mående, omhändertagande). De beskrev sig själva som primära omvårdare och språkrör för familjen vid kontakten med behandlingsteamet. Makarna (papporna i dessa familjer) beskrevs som mer externa och ”jourhavande” (beskrivningar som handlade om t ex, fakta, erfarenhet, planering, struktur). Detta mönster bekräftas delvis i två av tre intervjuappors utsagor (återkommande och snarlika ordval som t ex; kunskap, behandlingsmetoder, problem, lösning, orsak, effekt). Intervjuapporna beskrev sig själva som på ett sätt som här kallas ”problemlösningsorienterat” (ta reda på olika detaljer kring behandling) och att stödja/ avlasta sin partner utifrån behov. Det var inte lika vanligt med samma behandlingsengagemang bland de intervjuade papporna som det som återfanns ibland intervjumammorna.

Det fanns också undantag från dessa mönster (symmetriskt föräldraskap). En mamma uttryckte åsikter om att den dittills mer traditionella fördelningen av föräldraroller, med tiden inte upplevdes tillfredställande, varför förändringar av detta gjorts på hennes initiativ (överlät aktivt större omvårdnadsansvar till maken). Här hade behovet av denna förändring vuxit fram som en del av gruppdeltagandet. Även för papporna fanns det undantag från traditionella mönster och då i form av ett beteende som mer stämde in på ett traditionellt föräldraskap alternativt att man som pappa önskade förändra sin position till en mer omvårdnadsnära och behandlingsengagerad. När det gällde undantaget där pappan var den mest omvårdnadsengagerade, fanns beskrivningar om hur detta påverkat maka/make relationen negativt pga. konflikter, kopplade till just känsla av utanförskap för mamman. Kanske kan det vara så att papporna som primära omvårdare, skapar större friktion i maka/make relationen (konflikt, rivalitet; Haley, 1975) i de fall där mamman har en spontan övertygelse om att hon ska ha den rollen, men av olika anledningar inte har det.

### ***Salutogena perspektiv***

Ett övergripande mål för enhetens PPI-program har hela tiden varit att arbeta utifrån en ”KASAM-pedagogik”, genom att sammanhangsmarkera ofta, pendla mellan förmedlande och aktiverande, skapa förutsägbarhet, känsla av inflytande/delaktighet samt aktivt och tydligt engagemang genom att inkludera familjen i behandlingsteamet. Denna koppling handlar om att försöka förstå intervjuernas respons utifrån en möjlig förankring i de olika dimensionerna på ett reflekterande plan. De tre dimensionerna i teorin om salutogenes (Antonovsky, 1991) har kopplats samman med intervjupersonernas beskrivningar från deltagandet i föräldragrupp och då med mer fokus på utförande och form. Begriplighet har översatts till ”kunskap och förmedlande förmåga”, hanterbarhet blev ”användarvänlighet och vardaglig tillämpning” och

dimensionen meningsfullhet kopplades samman med ”motivation och intresse”. Begriplighet som dimension kan också beskrivas innefatta språkbruk (termer, abstraktionsnivå, intensitet, stil), såväl som kognitiva förutsättningar (personlig förmåga att tillgodogöra sig innehåll), medan hanterbarhet kan sägas handla om att upplevelsen behöver vara lagom olik (Andersen, 1992) och tillräckligt nära den egna verkligheten för att denna ska kunna bli möjlig att förhålla sig till och befinna sig i (stress). Denna olikhet får sägas gälla såväl upplevelsen av ”BUP världen” i sig, men också psykisk ohälsa som sådan (med hänsyn till kris och bearbetning för såväl ungdom som familj). Meningsfullheten blir då en drivkraft i aktiviteten, dvs. vilken grad av motivation och intresse upplever man i situationen som gruppdeltagare. De flesta föräldrar förväntar sig till exempel inte gemenskap eller att känna sig förstörd före gruppdeltagande (Nicander & Notlind, 2010).

Föräldrarna har allmänt upplevt förmedlandet av kunskaper som positivt och begripligt, (gruppsamtalen upplevdes mer meningsfulla). Författarens grupperfarenheter bekräftar också detta, men det har samtidigt kommit respons från föräldrar som upplevt gruppen (särskilt föreläsningssdelen) som alltför avancerad (syftar då oftast på språkbruket). En tanke kring detta har varit egen utbildningsnivå, kontakt och erfarenhet av teoretiska perspektiv sedan tidigare, kan vara en påverkan i sådana upplevelser. Ett gruppsamtal är ändå en samspelsform som man har en referens till på något sätt, medan en föreläsning med begrepp och teori blir mer annorlunda och därmed mindre upplevelsemässigt tillgängligt, särskilt om man inte haft familjebaserad PPI före gruppdeltagande. I det senare fallet får ta familje- PPI i efterhand som en möjlighet till mer anpassning och följsamhet. De föräldrar som deltagit i föräldragrupp har oftare har en högre utbildnings- och inkomstnivå (Nicander & Notlind, 2010). Detta har bidragit till frågan om enheten missar föräldrar, pga. att deltagandet helt enkelt inte känns meningsfullt? Kanske skulle en anonym skriftlig bortfallsanalys kunna säga mer om detta.

Även om den pedagogiska formen ändrats (anpassats) i vissa avseenden under aktuell period (2008-2009), så har åsikten om att föräldraprogrammet i helhet upplevts meningsfullt och relevant, varit genomgående för intervjuade föräldrar. Däremot betonade vissa föräldrar att föreläsningen inte skulle vara längre än gruppsamtalet, utifrån den stora betydelse och skillnad som detta upplevdes ha bidragit med. Föreläsningen om läkemedelsbehandling och av en ung vuxen brukare var mycket uppskattat pga. en tydligt upplevd koppling till vardagen. Rörande föräldragruppens användarvänlighet/tillämpbarhet i vardagen, så återfanns blandade uppfattningar. Några föräldrar tyckte att de kunde använda sig av kunskaperna, men framför allt var gruppsamtalen till hjälp och stöd för deras egen del som förälder. Familjerna upplevdes också få insikter om både sig själv och relationen till såväl ungdomen som maken/makan ur flera perspektiv,



vilket skulle kunna kopplas till en övergång från smala till breda historier (White & Epstein, 2000). Dessa föräldrar kan därmed kopplas till en mer grupp-/utbytesrelaterad förändring (Watzlawick et al., 1967) då skillnaden ligger på en såväl individuell (föräldern) som relationell nivå (familjemedlemmar), det vill säga en systemförändring (typ II förändring). För de föräldrar som inte upplevde en möjlighet att tillämpa något från gruppinterventionen i sin vardag eller som inte spontant kunde se kopplingen till denna, handlade detta oftast om att man redan hade mycket erfarenhet av ett symtombelastat familjeliv, alternativt att man som förälder upplevde sig ha fått, eller hade ett pågående stort psykosocialt stöd, via sitt behandlingsteam. Skillnaden blev alltså för liten. Dessa mer autodidaktiska föräldrar upplevde föreläsningarna och gruppsamtalen som antingen en direkt bekräftelse, alternativt som varianter på egna erfarenheter, vilket då skulle peka mer åt en individuell förändring (Watzlawick et al 1967) eftersom detta inte spred sig till familjen utan endast upplevdes marginellt annorlunda eller som en nyansering för egen del (typ I förändring).

Vid jämförelse med enhetens enkätutvärdering av föräldra- och anhörigprogrammet perioden 2004-2009 (Nicander & Notlind 2010), så framgick dock att mammorna i sina förväntningar (förmätningen) på programmets innehåll, hade flest markeringar på just de dominerande förväntningarna "kunskaper om sjukdom" och "förståelse för symtom". Vid eftermätning av uppfyllelse av förväntningar visade det sig vara "upplevelse av förståelse" och "känsla av gemenskap" som dominerar för mammorna som grupp, först därefter kommer kunskapsdimensionerna. Papporna hade då oftast fortfarande höga skattningspoäng på just "förståelse för symtom" och "kunskap om sjukdom". Detta skulle kunna betraktas som en spontan respons att kunskap är det som man upplever sig behöva mest initialt, men som efterhand deltagandet pågår, övergår detta till ett relationellt behov (stöd och reflektionsutrymme), för mammorna i synnerhet. Faktakunskaper upplevs då inte lika meningsbärande längre. Papporna har däremot haft kvar höga skattningspoäng på samtliga av dessa kunskapsorienterade förväntningar, vilket skulle kunna tolkas som att fakta kan vara ett sätt för de (ofta) mer perifera papporna att söka någon form av kontroll, känna delaktighet och aktivt kunna bidra till omvårdnaden, då den mer relationella omvårdnadsrollen är upptagen.

Utifrån resultaten i förhållande till delbegreppen i KASAM (Antonovsky, 1991) tycks *begripligheten* varit störst när det gällt relationella aspekter (dvs. känslor och erfarenheter som framkommit i gruppsamtalen). Själva faktaområdet verkar inte ha varit något som fastnat lika tydligt. Vissa föräldrar beskrev att de tillämpat innehållet i programmet i sin egen vardag (*hanterbarheten*) och då både på en individuell nivå (t ex, förändrat förhållningssätt till ungdomen, makan och resten av familjen) och en relationell nivå (ex; tydligare och lugnare kommunikation, ökad förståelse). Det man som förälder ansåg sig ha haft mest

användning för var erfarenhetsutbytet, där man som mer och mindre ”erfaren” förälder till en symtombelastad tonåring kunde diskutera problemlösningstrategier, egna reaktioner och perspektiv på situationer. Föräldrarnas upplevelser av meningsfullhet får sägas ha varit just det relationella utbytet (gruppsamtalen) i första hand och i detta ryms just aspekten stöd/råd, men också gemenskap och en känsla av att kunna bli förstörd på ett dubbelt sätt (som förälder i allmänhet och som mamma/pappa i synnerhet). Att få träffas i samkönade föräldragrupper tyckte en del av föräldrarna var mindre viktigt i början, men majoriteten tyckte detta faktiskt varit en avgörande positiv effekt i slutet. Detta resultat återfinns som ett centralt tema i tidigare grupper (Nicander & Notlind, 2010). Detta har tolkats som en tydligt meningsfull del som behöver upplevas för att den positiva skillnaden ska kunna uppfattas. Att få eget utrymme som förälder i behandlingskontexten får sägas vara mer ”olikt” (Andersen 2003) och att få det i en grupp med samkönade föräldrar får sägas vara än mer ovanligt för de flesta, varför en sådan ”skillnad” eller ”annorlundahet” upplevs tydligare och mer effektomfattande (Bateson, 1972; Watzlawick et al., 1967). Sannolikt förväntar man sig inte detta som förälder/närstående i sammanhanget (BUP). Det är sannolikt vanligare att man inte inkluderas på detta sätt i sin tonårings behandling allmänt inom sjukvård. Hade behandlingen varit koncentrerad till endast tonåringen, skulle detta ha betraktats som en mindre ovanligt (Andersen, 2003) då det inte medfört lika genomgripande förändring eller skillnad för familjen (Watzlawick et al., 1967).

### ***Mer gruppsamtal, repetition och brukarrepresentation***

Samtliga intervjuade föräldrar har efterfrågat fler antal grupptillfällen. Några föräldrar hade fortsatt hålla kontakt även efter programmet. Även detta bekräftas i den större utvärderingen (Nicander & Notlind, 2010) och behovet av fler gruppsamtal har varit något som enhetens PPI-grupp undersökt möjligheter att utveckla ytterligare för bland annat föräldrar/anhöriga, (öppen grupp som efterföljande intervention). Det är allmänt känt att anhöriga löper högre risk för att insjukna somatiskt eller psykiatriskt till följd av långvarig stress utan tillräcklig återhämtning (Ewertzon, 2010) och detta har bland annat bidragit till en lagstadgad skyldighet för kommuner (socialtjänstlagen, 5 kap 10§) att erbjuda anhörigstöd. Än så länge finns ingen motsvarande bestämmelse inom hälso- och sjukvårdslagen, men den lagreglerade skyldigheten att förebygga psykisk och fysisk ohälsa skapar dock ett naturligt incitament för anhörigstöd (Johansson et al., 2009). Just anhörigpåverkan i form av upplevd belastning återfanns både indirekt och direkt i flera föräldrars berättelser och innehållsmässigt återspeglas mycket av detta i litteraturen t ex familjeanpassning, social begränsning, större tendens till konflikter (Arvidsson & Fallgren, 2008; Wancata, 2008; Zabala, 2009). Även om detta inte återfanns i intervjumaterialet, så har magproblem, högt blodtryck, hjärtproblem kunnat bekräftas bland föräldrar i grupprogrammet, men detta har ofta hamnat i

skuggan av ungdomens symtom, enligt författarens erfarenhet. Det får därför sägas vara viktigt att ge föräldrarna ett utrymme att få tala om sin egen hälsa, men där det inte får bli en belastning för ungdomen. Föräldragruppen har tolkats som ett sådant forum, men det behövs även uppmärksammas allmänt i respektive behandlingsteam då detta indirekt påverkar familjeklimatet och familjelivet överlag, i synnerhet med tanke på ungdomens återhämtning.

Att repetera kunskaperna har också efterfrågats av såväl intervjuade som övriga föräldrar (Nicander & Notlind, 2010), eftersom det upplevs ha passerat för lång tid mellan familje- och grupp-sessionerna och att det därefter ”blir mer tyst kring PPI”. Flera intervjuade föräldrar beskrev svårigheter att minnas innehållet från föreläsningssdelen, men samtliga mindes däremot grupp-samtalen tydligt. Behovet av repetition har sedan våren 2010 bemötts med ett tydligare och mer sammanhållet PPI utbud vid enheten (Nicander, 2010).

När det gäller ”PPI-effekten” har denna dokumenterats varaktig i ca 2 år efter avslutad intervention (McFarlane, 2003). Utifrån detta borde familjer som är inskrivna på enheten erbjudas tillgång till kontinuitet gällande PPI, då genomsnittstiden för behandlingskontakten är 3 år och oftast övergår till en vuxenpsykiatrisk kontakt. Genom att skapa ett organiserat och kontinuitetsbaserat PPI utbud, skulle man i teorin kunna ”säkra” kunskaper och relationella färdigheter under en period på ca 5 år (tre år aktiv PPI och därefter ytterligare två års varaktig effekt). Just för ungdomar borde detta ha särskild betydelse när det gäller att stabilisera deras förutsättningar, för såväl kognitivt (studieprestationer, allmänt exekutiva funktioner) som relationellt fungerande (familjeliv, vänner, intima relationer). Då metodiken också är tydligt alliansfokuserad och samarbetsbetonande, borde också förutsättningarna när det gäller framtida egenvård och samarbete med professionella, påverkas positivt.

### ***Systemiska perspektiv på begreppen i PPI***

Stress-sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1977) som i mångt och mycket har ett multiteoretiskt perspektiv, har av författaren ändå upplevts vara begränsad i det att den förmedlar stress som en icke biologiskt parameter och utesluter sociala aspekter vid sårbarhet för psykiskt ohälsa (Sjögren & Kristenson, 2002). Att lägga tydligt fokus på biopsykosociala dimensioner på båda ”axlarna” synes vara mer konstruktivt med tanke på att även biokemiska källor (t ex narkotika, alkohol, farmaka, pollen o.d.) borde kunna bidra till stressreaktioner, precis som psykologiska agenter (traumatiska situationer, emotionellt och kognitiv påfrestande upplevelser). Budskapet om de olika dimensionernas komplexa närvaro och samspel (Währborg, 2009), blir då mer koherent utifrån en ”transsystemisk” förklarings- och interventionsmodell (Lazarus & Folkman, 1984). Vid sårbarhet handlar det om ackumulerade riskfaktorer, i kombination med specifika stressorer som kan utlösas via externa eller interna system och

som vid en given punkt i tid blir alltför omfattande och belastande för den enskilde, varpå symtom uppstår. Här blir maskrosbarn (motståndskraftiga och symptomfria trots riskbelastning) såväl som orkidébarn (särskilt sårbara, känsliga) undantagen som bekräftar en sådan ”transsystemisk” regel (Read et al., 2004). PPI skulle hamna i ett mellanområde, pedagogisk intervention. Utöver de dimensionella perspektiven, så behöver de salutogena perspektiven tydliggöras i sammanhanget och att istället tala om stress- sårbarhets-resursmodellen blir då mer överensstämmande med ett sådant perspektiv. Detta är viktigt eftersom befintliga resurser hos såväl den enskilde som i familjen/nätverket påverkar återhämtning gynnsamt (Topor, 2001).

Expressed Emotion (Brown et al., 1972) fick redan under 1990- talet kritik för sin linjära förklaringsgrund (White, 1991) och detsamma skulle kunna sägas om begreppet Burden of Care (Fadden et al., 1987; Katschnig & Sint, 1985). Båda begreppen blir lätt dikotoma och skuldbeläggande genom att symtombäraren blir identifierad som ett problem, en belastning och föräldrarna/anhöriga i sin tur kan uppleva sig vara oempatiska och misslyckade (Nicander & Notlind, 2010). Detta skulle också kunna omformuleras till ”relationella konsekvenser av symtombelastning” eftersom det är möjligt att koppla detta till tre aspekter, symtombelastning (den individuella upplevelsen), anhörigpåverkan (reaktioner och konsekvenser utifrån stress- sårbarhetsmodellen) och relationspåverkan (samspelet i konkret samspelsbeteende). På detta sätt omformuleras familjens situation till något som alla berörs och pågas av på olika sätt, men gemensamt kan tillskrivas symtomen som ”invaderat” deras vardagliga familjeliv.

### ***Systemiska perspektiv på gruppbaserad PPI***

Under den tid som PPI utvecklats har också de teoretiska perspektiven i metodiken gjort det (Bertrando, 2006; McFarlane, 2003). Från att ursprungligt vara en kombination av system-, kognitiv- och beteendeteori, så har det idag huvudsakligen blivit en betoning på KBT (i familjeformat). Mycket av detta kan förklaras av den intensiva och massiva forskning och marknadsföring som bedrivs inom KBT och den alltför nischade (manualfokuserade) forskning som finns inom den systemiska terapin. Det finns styrande privata intressen (t.ex. Multi Treatment Foster Care, Funktionell familjeterapi) och tillämpningsbegränsningar (t.ex. licensrättigheter, utbildning, handledning) i dessa metoder som begränsar metodtillgänglighet vilket bidragit till ett ensidigt forskningsintresse. Samtidigt som manualiserade metoder bedöms som mer effektiva, begränsas utbildning i dessa metoder pga. att universiteten inte själva kan utbilda/handleda (till författarens kännedom). Intresset för systemiska perspektiv på behandling när det gäller psykotiska och bipolära syndrom (i synnerhet när det gäller tonåringar och tonårsfamiljer) har varit alltför svalt, utifrån genomgången litteratur med undantag för Miklowitz (2008) och Seikkula (2009).

Färdighetsmomenten i familjebaserad PPI har hittills haft en tydlig koppling till KBT genom teknikerna kring problemlösning och social färdighetsträning (Lundh & Eriksson, 1994; Roth & Fonagy, 2006), medan den systemiska metodiken varit förknippad med att "relationalisera" (aktivt, medvetet och riktat engagera de olika familjemedlemmarna i varandra och med teamet), skapa annorlunda dialoger (Anderson et al., 1986; Anderson & Golishan, 1999) och perspektivexpansion (Anderson, 2002; Minuchin & Fischman, 1990; White, 1991) med förändringar på familjenivå. Lösningfokuserad metodik (De Shazer, 1988) skulle dock kunna tillämpas vid problemlösning med tanke på sitt fokus. Begreppen och metodiken i PPI har inte varit tillräckligt relationistiska i sin definition och tillämpning, samtidigt som den systemiska familjeterapin har varit alltför pedagogiskt blygsam och ibland helt enkelt aktivt undvikande (Jarbin, 1996; Ringborg, 1992;). Möjligheten att kombinera psykopedagogiska och systemiska perspektiv synes ha varit underskattat och teoretiserat på ett mer politiskt än vetenskapligt sätt, när det gäller epistemologiska modeller. Men det har framförts eklektiska modeller (Lundsby, 2010; Ringborg, 1993;) som till och med beskrivits som en 3:e ordningens cybernetik (Lundsby, 2010) genom att modellen utformats dialektiskt och därmed ur ett metaperspektiv. Eklektiska modeller och integration av olika teorier har blivit vanligare inom familjepsykoterapin (Lundsby, 2010; Hansson, 2010, [personlig kommunikation 3 mars Linköpings Universitet]). Framförallt ses fler modeller som inkluderar beteendeteori och systemisk teori som t ex funktionell familjeterapi (Robbins et al., 2000) och familjefokuserad familjebehandling (Miklowitz, 2008), men även modeller som samtidigt inkluderar psykodynamiska perspektiv (t ex, Mentaliseringsbaserad Familjeterapi) har tillskapats och fått stöd i forskningen (Fonagy & Roth, 2006; Hansson, 2010 [personlig kommunikation]; Rydén & Wallroth, 2010).

Gruppformatet i PPI har utifrån författarens erfarenhet möjliggjort samtal kring mer "laddade teman" (t ex när tonåringen vägrar ta medicin, hur handskas med fester och sena kvällar, alkohol, datoranvändningen?). Gruppen har bidragit med perspektiv som gjort skillnad på ett annat sätt (Bateson, 1972), än i familjeformat, genom att man fått träffa andra föräldrar. Vid enhetens gruppbaseerade PPI är fördelningen mellan förmedlande och dialog mer åtskilda, än vid familjebaserad PPI, där pendlar man mer mellan en förmedlande (linjär) och dialogisk (cirkulär) pedagogik (Egidius, 1999; Hård af Segerstad et al., 2000). Det som förenat och varit gemensamt för alla format av PPI utifrån författarens erfarenhet, har varit tillgång till humor och värme. Att kunna skoja och skratta är att normalisera och det är dessutom stressreducerande (Jeffrey & Munion, 1999; Robbins et al., 2000; Sexton et al., 2004), vilket i teorin åtminstone, borde öka mottagligheten av och intresse för den "ovanlighet" (Andersen 2003) som PPI bidrar med för de flesta. Det gäller dock att förankra

denna "ovanlighet" i föräldrarnas vardag så att denna upplevs förståelig och användbar (därmed lagom ovanlig). I annat fall finns en risk att man upplever gruppdeltagande som meningslöst eller oväsentligt. Detta kräver ju att pedagogerna/gruppledarna uppmärksammar förekommande förståelsemodeller i gruppen (Ceccin et al., 1994), sammanhangsmarkerar och metakommunicerar frekvent (Olson & Petitt, 1999). Detta socialiserar gruppen till att stanna upp, observera och reflektera, men att validera generöst är också viktigt (Robbins et al., 2000). Det har hela tiden varit två gruppledare i föräldragruppen och detta blev så utifrån ett komplementärt perspektiv. Genom att vara två gruppledare kan man pendla genom att den ena intar en metareflekterande position medan den andra är i direkt dialog med gruppmedlemmar. På så sätt undviker man att bli alltför innehållsorienterad.

Varje gruppssession är indelad i två delar, föreläsning och gruppsamtal. I mångt och mycket skulle föräldragruppen kunna beskrivas som en handledning där föräldrarna får möjlighet att lära sig att förhålla sig mer här och nu- medvetet (inre och yttre dialog, praxisorientering) och även "relationaliserande" (samforskande). I gruppsamtalet är syftet att förankra teoretiska perspektiv i föräldrarnas vardagliga situation och att stimulera till annorlunda dialoger (Campbell et al., 1991). Detta kan även kopplas till idén om polyfoni och multiversa (Anderson & Goolishian, 1992; Seikkula, 2008). För att knyta an till en pedagogisk utgångspunkt, så kan PPI- grupp i den egna verksamheten sägas vila på dialogiskt lärande (Egidius, 1999), problembaserat lärande (PBL; Hård af Segerstad et al., 2000) och KASAM (Antonovsky, 1990). Den dialogiska infallsvinkeln baseras på att hålla samtalet i gruppen på en reflekterande nivå, genom att betona nyfikenhet i att tänka om sig själv i relation till andra, och i relation till värderingar. KASAM som pedagogisk grund återfinns i betoningen på tydlighet, förutsägbarhet och delaktighet. Tydlighet kan kopplas till begriplighet då detta handlar om att förstå sammanhanget och det som ska ske där (rolldefinition, regler/kontrakt, information). Förutsägbarhet har kopplats till hanterbarhet eftersom känslan av att veta vad som ska ske i gruppen kan bidra till att man känner sig mer bekväm, avslappnad och därmed kan förhålla sig mer öppet (upplägg/organisation, planering). Slutligen har delaktighet kopplats till meningsfullhet utifrån idén att ett aktivt och efterfrågat samspel skapar mer nyfikenhet, intresse och vilja till deltagande då det blir något som berör en själv, på ett angeläget eller viktigt sätt (samverkan, erfarenhetsutbyte, presentationsrunda). Detta är en återkommande metakommunikation med föräldrarna under gruppssessionen (Är jag begriplig?) Är det lagom tempo? Är det rätt ordval? Pratar vi om rätt saker?). PBL kan kopplas till PPI genom att denna metodik upplevs passa väl med systemisk teori (kunskap som co-evolutionistisk, ständigt pågående och relativistisk).

Gruppledarna definieras inför gruppen som pedagoger med både föreläsande och en handledande funktion (vilket blir ett kontextbyte för vissa föräldrar då de kan ha behandlingsrelation till någon av gruppledarna). Utgångspunkten vilar på idén om kunskap som föränderligt, livslångt lärande och social konstruktionism (Anderson, 2002; Segerstad et al., 2000). "Kursplanen" består av de teman som finns i programmet med målet att deltagarna (föräldrarna) ska kunna tillgodogöra sig kunskaper från ett professionellt perspektiv samt att utbyta erfarenheter. I båda fallen på ett problematiserande/utforskande (reflekterande) sätt, som kan kopplas till subjektiv erfarenhet och förståelse.

Föreläsningssdelen inleder varje session och har ett kunskapsförmedlande syfte. Förhållningssättet för gruppledaren har baserats på den strukturella idén om positionering (Minuchin & Fischman, 1990), så att både förmedlande (fristående position) och dialog/polyfoni (mellanposition) får utrymme. I den förmedlande positionen tar gruppledarna en expertposition, dock inte gällande modellerna och begreppen i sig, men som pedagoger som har (subjektiva) erfarenheter (processansvar). Ansvar för sessionen blir tillräckligt strukturerad och att innehållet förmedlas på ett sätt som alla kan förstå, samt att bidra till reflektion/problematisering utifrån innehållet med förankring i föräldrarnas vardag (Cambell et al., 1991). Innehållet förmedlas utifrån rollen som "ombud", vilket möjliggör allians och samgående med föräldrarna eftersom innehållet blir en hänvisning som kan ifrågasättas fritt utan att relationen till pedagogen/gruppledaren blir negativt laddad. Detta förhållningssätt hjälper också pedagogen/gruppledaren att förhålla sig och förmedla respektfull respektlöshet och nyfikenhet (Cecchin et al., 1992) och därmed inte gå i försvarsposition på uttryckt kritik, eller invändningar från föräldrar rörande BUP i allmänhet eller innehållet i synnerhet. Tvärtom så uppmuntras egna erfarenheter och kritiskt reflekterande via frågor utifrån innehållet (Anderson & Goolishan, 1992). I gruppsamtalet koncentreras gruppledarnas roll till att hålla samtalet mellan föräldrarna levande och reflekterande. Sammanhanget ska upplevas tryggt nog för att man ska kunna våga uttrycka och utforska sin spontana och medvetna förförståelse inte att komma fram till en sanning. Att som pedagog/gruppledare inta en icke vetande position och därigenom kunna uttrycka osäkerhet kan bidra med trygghet i gruppen, så länge detta inte drivs in absurdum (Anderson & Goolishan, 1992; Cecchin et al., 1994).

Den systemteoretiska inspirationen kommer från begrepp som position, iscensättning, omstrukturering (Minuchin & Fischman, 1990), dialogrymd, icke vetande förhållningssätt (Anderson, 2002), externalisering (White, 1991), polyfoni (Seikkula, 2008) och reflekterande position (Andersen, 2003). Tre typer av förhållningssätt kan sägas vara genomgående i gruppsamtalen; "deflekterande", "relationaliserande" och "länkande". Begreppen har skapats eller lånats in för att de mer precis beskriver funktionen. Med

”deflekterande”(lat. *de*; bort, ifrån och *flectere*; styra, vända) menas att låta en riktad fråga från en förälder om en lösning/ett svar få ”studsa” ut i gruppen med uppmuntran om reflektioner (Cambell et al., 1991). Detta kan också betraktas som en form av iscensättande (Minuchin & Fischman, 1992), där gruppledaren fungerar som ett ”moderator” eller en ”trafikpolis”. Ett svar eller en lösning från gruppledaren blir lätt samtalsläckande (linjär respons). ”Deflekterande” kan resultera i både livliga samtal och långa tysta stunder.

”Länkande” (Cambell et al., 1991) handlar i detta sammanhang om att koppla aktuella teoretiska begrepp (t.ex. Expressed Emotion) till gruppens erfarenheter i form av frågor eller problematisering. Man skulle faktiskt kunna tala om två typer av länkande, dels ett kontextuellt länkande (abstraktionsnivå, tempus, plats/orientering) och dels ett relationellt länkande (interpersonellt, processbetonat). Både den cirkulära och strukturella samtalsmetodiken passar bra till detta. Ur ett strukturellt perspektiv (Minuchin & Fischman, 1992) skulle gruppledaren kunna följa ett resonemang eller en dialog (mellanposition) och därefter utmana något av detta (nära position), med värme och humor (Robbins et al., 2000). I den cirkulära samtalsmetodiken kan ett dialektiskt perspektiv skönjas (Lövlie Schibbye, 2006) i form av betoning på relationers treenighet (jag + du= vi). Därmed uppmuntras föräldrarna att pendla mellan upplevande och (meta)observation (Cambell et al., 1991; Ceccin et al., 1994).

Länkande bidrar också till ”relationaliserande”, dvs. möjliggör explicit förståelse för att varje relation innehåller minst två parter och varje samtal om en relation minst en tredje (observatören/vittnet). De flesta föräldrar (oftare mammor) har svårt att ställa om till att inkludera sig själv på det sättet, då deras primära fokus (övertygelse) varit att ta hand om, finnas till hands. Papporna i sin tur har haft lätt för att bli alltför fakta- och ”fixaorienterade”, och därför missas det relationella i samspelet med familjen och andra. Medan mammorna i början ofta uttrycker dåligt samvete för att bli ”för själviska” upplever papporna detta perspektivskifte mer som irrelevant eller som svårt att spontant relatera till i början (Nicander & Notlind, 2010). För gruppledaren (”vittnet”) till beskrivna situationer, handlar det om att hålla fokus på berättelsen (innehåll), sig själv, den berättande personen och berättelsen samt det som sker i gruppen (process). Att vara två gruppledare är då en fördel, eftersom detta kan minska risken att man snöar in på eller låser sig i för specifika perspektiv (Cambell et al., 1991; Ceccin et al., 1994).

Tills sist kan funktionen med en observatör under gruppssessionen nämnas. Enheten har sedan flera år låtit kollegor i utbildning (ST läkare, psykolog-socionom- och sjuksköterskekandidater) delta vid ett tillfälle i de respektive programmen. Denne får då sitta utanför ”samtalsringen”, i en tydligt observerande position. I slutet på varje session får föräldrarna göra en kort



reflektion över ”det som fastnat mest från kvällen”, vilket även gruppledarna gör därefter. Denna slutreflektion ger gruppledarna en bild av det som upplevts meningsfullt för den. Observatören gör slutligen sin reflektion på såväl innehåll som process. På detta sätt har ett metareflekterande (Ceccin et al., 1994, Andersen 1994) kunnat byggas in så att det berörde såväl deltagare som gruppledare.

### ***Utvecklingsmöjligheter***

En öppen grupp, skulle kunna provas ut för föräldrar/närstående och den skulle kunna vara förlagd till dagtid och erbjudas som ett ytterligare behandlingsstöd efter PFG. Upplägget skulle kunna baseras på PPI-tema, två gruppledare skulle kunna sköta verksamheten på dagtid, som i sig skulle ha flera fördelar; man når många samtidigt, interventionen såväl stödjande/behandlande som preventiv, efterfrågad intervention (Nicander & Notlind, 2010), erbjuder kontinuitet och hög tillgänglighet. Detta skulle vara tydligt kostnads- och resurseffektivt. Dessutom har det till författarens kännedom inte skapats ett PPI-program som inkluderar samtliga av dessa nivåer (familj, grupp, öppen grupp) som del i multimodal familjefokuserad behandling för aktuell målgrupp.

### **Metoddiskussion**

Metoden som användes får sägas ha kommit närmare beskrivningar som handlar om någon form av ”effekt” eller ”påverkansfaktor” än de enkäter och muntliga utvärderingar i grupp, som hittills använts (Nicander & Notlind, 2010). Därmed har denna metodik kompletterat väl när det gäller att framförallt få utförliga och personliga beskrivningar av det man som förälder tycker varit påverkande, både när det gäller sätt och i vilket sammanhang. Intervjumetoden möjliggjorde att både intervjupersonen och intervjuaren fick ett annat och större reflektionsutrymme, möjlighet till fri formulering och spontanitet utanför ramarna, vilket enkäterna inte möjliggjorde. Kombinationen av fenomenologi och hermeneutik upplevdes förenlig med ett systemteoretiskt perspektiv och därmed ett relationistiskt förhållningssätt. Fenomenologin fokuserar på beskrivningar av enskilda upplevelser och hermeneutiken fokuserar på upplevelsens mening och innebörd (Starrin & Svensson, 1994).

Samtidigt är det väsentligt att påpeka att familjerna fått flera olika insatser parallellt med PPI (familjesamtal, läkemedelsbehandling för ungdomen, uppföljningssamtal, skola, dagbehandling etc.), vilket i ett mer experimentellt perspektiv skulle innebära risk för påverkan från andra insatser. Det har därför inte varit ett mål att uppnå ”renhet i resultaten” utan att få ytterligare deltagarperspektiv.

Det som skulle ha gjorts annorlunda får sägas vara antalet intervjuer och urvalsmodellen. Det är osäkert om variationsmättnad uppnåtts (Holme & Solvang, 1997; Kvale & Brinkman, 2009), när det gäller såväl upplevelser som bakgrundsvariabler och deltagarnas olika erfarenhet gällande att ha fått familjebaserad PPI. Till exempel intervjuades ingen ensamstående eller styvförälder, inte heller någon förälder med utländsk härkomst. En ny utvärdering baseras på en mer slumpmässig rekrytering, istället för som nu endast tillgänglighet och motivation. Det sistnämnda för att kunna reducera bias. Dessutom skulle intervjupersoner som hade pågående behandlingskontakt vid intervjutillfället (vilket var fallet för några intervjupersoner) exkluderas. Nu verkade inte dessa intervjupersoner uppleva detta som besvärande, men ur en metodsynpunkt så skulle detta reducera risken för att Ip svarar vad denne tror är rätt eller önskvärt i stället för spontant och personligt. Detta skulle även reducera risken för ett lojalitetsdilemma för intervjupersonen pga. en upplevd beroendeställning till befintlig behandlare. När det gäller utvärdering av PPI-programmen vid enheten i allmänhet, så skulle en extern utvärdering kunna tillföra såväl kvalitetssäkring, resursbesparing som metodutveckling (Nicander & Notlind, 2010). Via rekrytering av studerande från t ex psykolog- och socionomprogrammen skulle ovan beskrivna felkällor kunnat reduceras väsentligt, och detta skulle också tillföra högre grad av vetenskaplighet eftersom studenterna haren kvalificerad handledning (vilket grupphandledarna inte haft). Det sistnämnda skulle också kunna möjliggöra utprovande av andra utvärderingsinstrument, vilket skulle utveckla enhetens PPI verksamhet genom att tillföra andra perspektiv/faktorer.

### **Vidare studier**

Eftersom det finns så väldigt lite skrivet om anhörigpåverkan vid psykos och bipolaritet hos tonåringar, så skulle detta behöva utforskas mer. Att vara förälder till en vuxen person är sannolikt annorlunda på flera sätt, än för tonårsföräldrar. Det skulle möjliggöra en mer tydlig överblick när det gäller hälsopåverkan, social och relationell situation. En kvalitativ studie kring anhörigas upplevelser av det som varit till hjälp/hinder i kontakten med enheten är f.n. pågående (Notlind, opublicerat material).

Det hade också varit av värde att försöka undersöka grad av kvalitet, samarbete mellan anhöriga och professionella i en vidare bemärkelse (socialtjänst, BUP, skola, försäkringskassan), t ex om dessa aktörer erbjöds utbildning i form av ett tjänstemannaprogram som fokuserade på samma områden som PFG, men också lade vikt vid samverkansprocesser, teammetodik, samarbetsstörande processer. En före- eftermätning från såväl anhöriga som kollegor skulle kunna bidra till ett diskussionsunderlag för såväl samverkansbaserat anhörigstöd (kanske t o m ett psykiatriskt anhörigcenter som projekt), likväl som betydelsen av mer ”ekosystemiska” interventionsmodeller i ett specialiserat BUP sammanhang.

## Konklusioner

- Uppdelning i samkönade grupper föll väl ut, men var så pass annorlunda för vissa föräldrar att direkt erfarenhet krävdes för att detta skulle upplevas meningsfullt. Det är bara värt att fortsätta med samkönade föräldragrupper då det både skapar tillgänglighet och eget utrymme.
- Gruppsamtalet var det man mindes bäst och tillskrev mest meningsfullhet i föräldraprogrammet. En öppen grupp som efterföljande intervention borde erbjudas i någon form utifrån stor efterfrågan och de många fördelarna ur såväl resurs- som metodperspektiv.
- Det är önskvärt med en repetition av faktakunskaperna och att därför se till att det finns en PPI aktivitet varje termin under behandlingskontakten skulle kunna förstärka en sådan behållning, då detta var det första som man upplevde föll bort efteråt.
- Brukare ansågs viktiga som föreläsare och detta inslag bör därför fortsätta vara ett separat inslag i programmet.
- Föräldrar som tillskrivit gruppen en skillnad, har gjort det utifrån att gruppen bidragit med alternativa perspektiv som möjliggjort vardaglig förändring (t.ex. förändrad föräldrasamarbete, kommunikation med ungdomen).
- Upplevelse av utebliven eller lite effekt/skillnad av gruppsamtalen kan ha minst tre tänkbara förklaringar. a) stort och intensivt anhörigstöd vid tiden för deltagandet, b) att man som förälder inte känt igen sig i de andra föräldrarnas erfarenheter varför det bör finnas minst två föräldrar med tonåringar inom samma diagnosgrupp, för att öka känsla av meningsfullhet och utbyte (annars erbjuda plats nästkommande termin), och c) längre tids symtomnärvaro i familjen kan bidra med mindre psykopedagogisk ”effektupplevelse” eller skillnad, då kan uppföljande familje- PPI vara mer lämpligt utifrån upplevd relevans.
- PPI verksamheten vid enheten bör utvärderas externt utifrån de många fördelar detta medför.

- Det behövs fler studier gällande systemiska behandlingsmodeller vid psykotiska och bipolära tillstånd hos tonåringar samt familjepåverkan.
- Systemiska perspektiv är användbara på ett såväl teoretiskt som konkret didaktiskt plan.
- I en specialiserad barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet bör PPI-metodiken vara tydligt förankrad i ett systemiskt och familjefokuserat arbetssätt. Det finns både möjligheter och fördelar med att kombinera individual- och familjeterapeutisk metodik (Proschaska & Di Clemente, 1982; Pinsof, 1995).

## Referenser

- Anderson, H., & Goolishian, H.A. (1992). *Från påverkan till medverkan. Terapi med språkssystemiskt synsätt*. Stockholm: Mareld.
- Anderson, H. (2002). *Samtal, språk och möjligheter. Psykoterapi och konsultation ur en postmodern synvinkel*. Stockholm: Mareld.
- Anderson, C.M., Reiss, D.J., & Hogarty, G.E. (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford press.
- Andersen, T. (2003). *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtal*. Stockholm: Mareld.
- Alanen, Y. (1997). Vulnerability to schizophrenia and psychotherapeutic treatment for schizophrenic patients. *Psychiatry*, 60, 142-150
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Arvidsson, E., & Fallgren, C. (2008). *Hur familjen till en patient med diagnosen schizofreni kan uppleva sjukdomen och dess inverkan på vardagen*. (Kandidatuppsats, Högskolan i Skövde/Institutionen för vård och natur).
- Asen, E. & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family therapy*, 28, 58-72
- Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: cognitive behavioural intervention*. London: Chapman & Hall.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Bergström, M., Högberg, C., Flygare, C., Bergman, E., Högberg, H., & Falkenberg L. (2010). *Ångestsyndrom. Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. (Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatri nummer 5, juni, 112-115. Stockholms läns landsting, Stockholm).
- Bengtsson Macri, C., Cleland, N., Päären, A., Ståhl, F., Tysklind, F., & Widfeldt, I. (2010). *Psykotiska och bipolära syndrom. Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. (Skrifter från Barn- och ungdomspsykiatri nummer 5, juni, 373-449. Stockholms läns landsting, Stockholm).

- Bergman, F., Jonsson, H., Elgard F., & Norberg, M. (2003). *Samtal som vårdinsats på psykosvårdens utrednings- och behandlingsenhet* (Karlakliniken Örebro. Skriftserie från Karlakliniken, Örebros Läns Landsting, Nr 10)
- Bertrando, P. (2006). The evolution of family interventions for schizophrenia. A tribute to Gianfranco Cecchin. *Journal of Family Therapy*, 28, 4-22.
- Bertrando, P., Cecchin, M.C., Beltz, J., Milesi, A., & Cazzullo, C.L. (2006). Expressed emotion and Milan systemic intervention: a pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia. *Journal of Family Therapy*, 28, 81-102
- Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress- Infantile autism and the birth of the self*. New York: The free press.
- Boscolo, L., Ceccin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1990). *Familjeterapi enligt milanomodellen*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Brown, G.W., Birley, J.L., & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 562
- Cambell, D., Draper, R., & Huffington, C. (1991). *Teaching Systemic Thinking*. Systemic Thinking and Practice Series. Series Editors: David Cambell and Ross Draper. KARNAC BOOKS, London
- Carr, A. (2009a). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 3-45
- Carr, A. (2009b). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult problems. *Journal of Family Therapy*, 31, 46-74
- Cheng, L.Y., & Chan, S. (2005). Psycho education for family carers of members with schizophrenia. *Western Journal of Nursing Research*, 27, 583
- Colom, F, Vieta, E, Reinares, M, et al. (2003). Psycho education efficacy in bipolar disorders: beyond compliance enhancement. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1101–1105.
- Cullberg, J. (2000). *Psykoser- Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Cullberg, J. (2008). *Mitt psykiatriska liv*. Stockholm: Natur och kultur.

- Cummings, C.M., & Fristad, M. (2007). Medications prescribed for children with mood disorders: effect of a family-based psychoeducation program. *Experimental and Clinical Psycho Pharmacology*, 15, 555-562.
- Dolnick, E. (1998). *Madness on the couch: Blaming the victim in the heyday of psychoanalysis*. New York: Simon & Schuster.
- Egidius, H. (1997). *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och kultur.
- Egidius, H. (1999). *Pedagogik för 2000-talet*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ewertzon, M. (2010). Anhöriga till personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning – en resurs i behov av stöd. *Fokus på anhöriga nr 17* Maj 2010, Socialstyrelse.
- Fadden, G., Bebbington P., & Kuipers L. (1987). The Burden of Care: The Impact of Functional Psychiatric Illness on the Patient's Family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292
- Fallon, I.R.H., Boyd J.L., McGill, C.W. (1984). *Family care of schizophrenia. A problem solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.
- Forsberg, G., & Wallmark, J. (2002). *Nätverksboken. Om mötets möjlighet*. Stockholm: Liber.
- Fridenberger, A.C., & Johansson, G. (1999). *Anhöriga till psykiskt störda och deras uppfattning om psykopedagogisk undervisning*. (Örebro Universitet. Momentum, rapportserie från psykiatriskt forskningscentrum i Örebro. Nr 18)
- Fridenberger, A.C., & Johansson, G. (2002). *Anhörigundervisning vid psykosvårdens utrednings- och behandlingsenhet, tre perspektiv*. (Skriftserie från Karalkliniken, Örebros Läns Landsting. Nr 6)
- Fägell, C., Gille, K. (2000). *Familjestödsprojektet - Psykopedagogiska interventioner vid psykosjukdomar*. (Skriftserie från Karalkliniken, Örebros Läns Landsting. Nr 1).
- Goldstein, M.J. (1985). Family Factors That Antedate the Onset of Schizophrenia and Related Disorders: The Results of a Fifteen Year Prospective Longitudinal Study. *Acta Psychiatrica Scandinavia Supplement*.

Grön, A., Husted, J., & Lübcke, P. (red), Alstrup Rasmussen, S., Sandöe, P., Stefansen, N.C. (1997). *Filosofilexikonet*. Borås: Forum, Centraltryckeriet.

Gustafson, L.G., Centerfjäll, S.B., & Rydström, F. (1996). *Tidig intervention vid psykos. Mobilt tema och familjeterapi i hemmet vid psykiatriska kliniken i Motala*. Familjeterapi i nordiskt ljus. 4:e nordiska kongressen i familjeterapi, 23-25 augusti 1996 i Västerås. Sid; 288-297. Stockholm: Mareld.

Haley, J. (1975). *Psykoterapi. Strategi och teknik*. Stockholm: Natur och kultur.

Haley, J. (1976). *Familjeterapi. Hur man löser problem*. Stockholm: Natur och kultur.

Haley, J. (1982). *Flytta hemifrån. Familjeterapi med störda ungdomar*. Stockholm: Natur och kultur.

Hansson, K. (2004), (red). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia AB.

Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy. A conceptual framework for systems change*. New York: Basic Books Inc.

Holme, I.M., & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvantitativa och kvalitativa metoder*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Hård af Segerstad, H., Helgesson, M., Ringborg, M., & Svedin, L. (2000). *Problembaserat lärande. Idén, handledaren och gruppen*. Stockholm: Liber.

Jarbin, H. (1996). Familjebehandling vid psykos- Särboförhållande mellan systemiskt tänkande och psykopedagogik är inte tillräckligt. Integration krävs. *Svensk Familjeterapi*, 1, 6-9.

Jeffrey, K.Z, & Munion, M.W. (1999). *Milton H Erickson. Key figures in counselling and psychotherapy*. London: Sage Publications.

Johansson, L, Bergh, A, Mellfors, B, & Lindgren, K (2009). Stöd till anhöriga ställer krav på strategi. Meddelandeblad november. Socialstyrelsen, Stockholm. [www.socialstyrelsen.se/publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat). Hämtat juni 2010.

Justo, L., Soares, B., & Calil, H. Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD005167. *Cochrane Database of systematic Reviews, Issue 4 Art. No CD005167. DOI: 10.1002/14651858.CD005167.pub2*.



- Katschnig, H., & Sint, P. (1985). Helping the family to cope with Schizophrenia. Professionally supported self help. *Psychiatry - the state of the art*, 7.
- Katschnig, H., & Konieszna, T. (1989). What works in work with relatives? A hypothesis. *British Journal of Psychiatry*, 155, suppl 5, 144-150
- Kuipers, E., Leff, J., & Lam, D. (2002). *Family work for schizophrenia. A practical guide*. Glaskow, GB: Bell & Baine.
- Kuipers, E. (2006). Family intervention in Schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *Journal of Family Therapy*, 28, 73-80
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2009). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing.
- Lauder, S.D., Berk, M., Castle, D.J., Dodd, S., & Berk, L. (2010). The role of psychotherapy in bipolar disorder. *Medical Journal of Australia*, 193, 31-35
- Leff, J. (2006) Editorial. *Journal of Family Therapy*. 28, 1-3
- Lincoln, T.M., Willhelm, K., & Nesoruc Y. (2007). Effectiveness of psych education for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders. A Meta analysis. *Schizophrenia research*, 96, 232-245
- Lukens, E.P., & McFarlane, W.R. (2004). An evidence based practice: Considerations for practice, research and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 205-224
- Lundin, B. (2008). Barnpsykiatrin i förändring. I: L. Eidevall (Red.), *Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, jubileumsbok*, sid, 115 ff
- Lundsbye, M. (2009). *Från en 3D-modell av Systemiskt strukturell familjeterapi mot en 3G-cybernetik*. Cirkulär, nr 3.
- Lövlie Schibbye, A.L. (2005). *Relationer. Ett dialektiskt perspektiv*. Stockholm: Runa Förlag.
- McDaniel, S.H., Hepworth, J., & Doherty, W.J. (1992). *Medical family therapy: A bio psycho social approach to families with health problems*. New York: Basic Books.

- McDonnell, G., Short, R.A., Berry, C.M., & Dyck, D.G. (2003). Burden in Schizophrenia caregivers; impact of family psych education and awareness of patient suicidality. *Family Process*, 42, 91-103
- McFarlane, W.R. (2003). Family psych education and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital & Family Therapy*, 29, 223-245.
- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., Simoneau, T.L., & Suddath, R. (2003). A randomized study of family-focused psych education and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- Miklowitz, D.J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 192-196.
- Miklowitz, D.J. (2008). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder. State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1408-1419.
- Minuchin, S., Fischman, H.C. (1990). *Livets dans. Familjeterapeutiska tekniker*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Morgan, A. (2004). *Vad är narrativ terapi?* Stockholm: Mareld.
- Nicander, J., & Notlind, P. (2004). *Psykosvårdens utveckling. En litteraturstudie*. Enheten för psykotiska och bipolära tillstånd, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholms län.
- Nicander, J. (2009). Psykopedagogisk Intervention – Bakgrund, tillämpning och vetenskapligt stöd. *Glimtar från forskningsfronten. Subspecialitet: psykotiska tillstånd: juni, Nr 23: 12-13*. Stockholms läns landsting Barn- och ungdomspsykiatri.
- Nicander, J. (2010). *Psykopedagogisk Intervention. Programförklaring och rutiner*. Enheten för psykotiska och bipolära tillstånd, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholms län.
- Nicander, J., & Notlind, P. (2010). *Gruppbaserad Psykopedagogisk intervention för föräldrar och anhöriga 2004-2009. Programutvärdering*. Enheten för psykotiska och bipolära tillstånd, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholms län.

Notlind, P. (2009). *Verksamhetsbeskrivning*. Enheten för psykotiska och bipolära tillstånd, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholms län.

Notlind, P. (pågående). *Till hjälp och hinder- Anhörigas upplevelser av kontakten med psykosteamet*. Opublicerat manuskript. Enheten för psykotiska och bipolära tillstånd, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Stockholms län.

Orhagen, T. (1992). *Working with families in Schizophrenic disorders: the practice of psycho educational intervention*. [Avhandling]. Linköpings universitet.

Orhagen, T., D'Elia, G. (1991). Psykopedagogiska familjeinterventioner vid schizofreni. En översikt. *Nordic Journal of Psychiatry*, 45, 53-59.

Palazzoli, S.M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1984). *Paradox och motparadox*. Stockholm: Natur och kultur.

Pekkala, E., & Merinder, LB. (2002). Psychoeducation for Schizophrenia (Cochrane review), In the *Cochran library issue 4 202*. Oxford UK

Petitt, B., & Olson, H. (1994). *Om svar anhålles! En bok om interaktionistiskt förändringsarbete*. Teori och analys. Mareld. Stockholm.

Petitt, B., & Olson, H. (1999). *Familjeterapilexikon, med betoning på systemiska och interaktionistiska idéer*. Göteborg: Bokförlaget Korpen.

Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B, Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II Meta analysis of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 783-791

Pinsof, W.M (1995). *Integrative problem-centred therapy: a synthesis of family, individual, and biological therapies*. Cambridge, MA: Blackwell Publishers.

Proschaska, J.O., & Di Clemente, C.C. (1982). Trans theoretical therapy - toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19, 276-288.

Read, J., Mosher, L.R., & Bentall, R.P. (2004). *Models of madness. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. New York: Brunner- Routledge, Taylor & Francis Group.

Ringborg, M. (1993). *Den frånvarande dialogen mellan systemisk och psykopedagogisk familjeterapi*. Kongressbok från 3:e Nordiska kongressen i familjeterapi

Robbins, M.S., Alexander, J.F., & Turner, C.W. (2000). Disrupting defensive interaction in family therapy with delinquent adolescents. *Journal of Family Therapy*, 14, 688-701.

Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy Research*. Second ed. New York: Guildford Press.

Rydén G. & Wallroth, P. *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Stockholm, Natur och kultur.

Selvini Palazzoli, S.M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentiono, A.M. (1992). *Familjespel. Psykotiska processer i familjen*. Stockholm: Natur och Kultur,

Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 478-491.

Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., & Tommeras, E. (2004). Building on alliance: early process and client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15, 103-116.

Sjögren, E., & Kristenson, M. (2002). Social isolering. *Effekt på hälsa och sjukdom samt förekomst i förhållande till kön och socioekonomisk grupp*. Folkhälsovetenskapligt centrum Linköping. [www.lio.se/fhvc](http://www.lio.se/fhvc). Hämtat juni 2010

Sluzki, C., & Ransom, D.C. (1976). *Double bind. The foundation of the communicational approach to the family*. New York: Grunde & Stratton.

Solomon, P. (2000). Intervention for families of individuals with schizophrenia. Maximizing outcome for the relatives. *Disease Management and Health Outcome*, 8, 211-221.

Solomon, P., Alexander, L., & Uhl, S. (2010). The relationship of case managers' expressed emotion to clients' outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 165.

Starrin, B., & Svensson, P.G. (red), (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Stålberg, G., Ekerwald, H. & Hultman, C.M. (2004). Siblings of patients with schizophrenia: sibling bond, coping patterns, and fear of possible schizophrenia heredity. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 445–458.

Tidemalm, D., Johnson, L., Hulterström, A., Omerov, S., & Åberg Wistedt A. (2007). Kortare vårdtid efter utbildning i affektiv sjukdom. Patienter och närstående fick verktyg att styra sjukdomen visar enkätstudie. *Läkartidningen*, 43, 3195-3197

Topor, A. (2002). *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm: Natur och kultur.

Trost, J. (2006). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Wancata, J. , Freidl, M. , Krautgartner, M. , Friedrich, F. , & Matschnig, T. (2008). Gender aspects of parents' needs of schizophrenia patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 968.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. Mental research*. New York: Norton and company Inc.

Wedin, L., & Sandell, R. (2004). *Psykologiska undersökningsmetoder. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

White, M. (1991). *Nya vägar inom den systemiska terapin*. Stockholm: Mareld.

White, M., & Epstein, D. (2000). *Narrativ terapi- en introduktion*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wrangsjö, B. (1993). *Family theory and concepts for clinical use in child and adolescent psychiatry*. [Akademisk avhandling]. Karolinska institutet, Stockholm.

Wrangsjö, B. (2008). *Psykoterapiens utveckling*. I: L. Eidevall (Red.), Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, jubileumsbok. Sid 75ff

Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takno, A., & Kojima, T. (2006). Direct effect of short-term psycho educational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neuro science* 's, 60, 590-597

Währborg, P. (2009). *Stress och den nya ohälsan*. Natur och Kultur, Stockholm

Yank, G.R., Bentley, K.J., & Hargrove, D.S. (1993). The vulnerability-stress model of schizophrenia: Advances in psychosocial treatment. *American Journal of orthopsychiatry*, 63, 55-69.

Zabala, M.J., MacDonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. *European Eating Disorder Review*, 17, 338-349.

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 86, 103-126

## Bakgrundsfrågor

- 1) Kontakt med enheten och orsaken till denna.
- 2) Vilka andra insatser har ni som familj fått från enheten, förutom föräldragrupp?
- 3) Förkunskap rörande PPI ?
- 4) Informationen om föräldragruppen?
- 5) Fler i familjen som deltagit i gruppverksamhet? Vem?
- 6) Vad minns man från programmet (upplägg, innehåll)?

## Tematiska frågor

1. Om föräldragruppen i förhållande till de andra insatser som gjorts för ungdomen och familj? (PPI som komplement)
2. Om beslutet att delta i föräldragruppen? Hur pratade man i familjen kring Deltagande i gruppen? (familjefokus, öppenhet, kommunikation).
3. Relationen mellan förälder och övriga i familjen före och efter föräldragruppen? (familjepåverkan).
4. Hur föräldragruppen påverkat när det gäller kunskaper och erfarenheter?(om metoden). Hur har det påverkat resten av familjen?
5. Det bästa med gruppen och varför? (specifik programtillfredställelse)
6. Vad har man ”tagit med sig”/vad har fastnat särskilt, från gruppdeltagande? (specifik påverkan)
7. Om man kunde påverka upplägget i efterhand, hur skulle det utformats annorlunda då? (ris/ros)
8. Hur föräldraskap (relationen till IP) påverkats av deltagandet?