

Kombination av Familjeterapi och KBT, en enkätstudie med svenska familjeterapeuter

Handledare: Docent och leg. Psykolog Marie Wadsby, Hälsouniversitetet
Linköping

Psykoterapeutexamensarbete 2010

Av Annmari Hultgren

SAMMANFATTNING

Uppsatsen bygger på en enkätundersökning med syftet att studera om och i så fall hur behandlare/terapeuter som främst använder sig av familjeterapi också använder KBT-interventioner. Svaren (n=19) analyserades kvalitativt och följande teman kunde urskiljas:

Hur man arbetar med att kombinera familjeterapi och KBT utifrån familjerådgivning, BUP och privat mottagning.

Vad man tänker om att kombinera familjeterapi och KBT; Fördelar och risker, tankar om teori och metod, personlig terapeutisk stil samt likheter mellan de båda områdena.

ABSTRACT

This paper is based on a survey intending to find out if and how family therapists in Sweden combine family therapy with CBT-interventions. A qualitative analysis of the answers (n=19) was done where the following themes were distinguished:

How the combination of family therapy and CBT is being used in family counselling, child psychiatry as well as in private practises.

Thoughts about combining family therapy and CBT; pros and cons, theory and methods, personal therapeutic styles and similarities between the two areas.

Innehållsförteckning

Kombination av Familjeterapi och KBT, en enkätstudie med svenska familjeterapeuter.

Av Annmari Hultgren

Introduktion.....	1
Tidigare forskning:	2
Studier.....	2
Debatt, åsikter, böcker.....	6
Syfte.....	8
Metod:	
Val av metod.....	8
Urval och tillvägagångssätt vid datainsamling.....	8
Bearbetning och analys av data.....	9
Beskrivning av undersökningsgruppen.....	9
Etiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Diskussion:	
Resultatdiskussion.....	16
Metoddiskussion.....	18
Slutsats.....	19
Referenslista.....	20
Bilagor.....	23

Kombination av Familjeterapi och KBT, en enkätstudie med svenska familjeterapeuter

INTRODUKTION

Glenn Lerner från Australien föreslår i en debattartikel (2003) en integrativ modell där kontextuella perspektiv, som systemisk eller narrativ terapi, kompletterar och berikar individuella problemfokuserade metoder som biologiskt grundad psykiatri och kognitiv terapi. Han skriver vidare att det är viktigt för Familjeterapin att förbättra sin profil som en effektiv behandlingsmetod och att det finns tecken på att det håller på att hända främst inom barn- och ungdomspsykiatrin. Lerner menar att ”best practise” i psykiatrisk hälsovård kräver bidrag från alla discipliner och synsätt. En erfaren terapeut använder inte terapeutiska tekniker hur som helst utan använder klinisk erfarenhet och intuition för att avgöra vilken intervention som har störst chans att fungera med olika klienter och i olika situationer. Lerner menar att inom terapifältet har alla teoriers terminologi och metod sin plats och alla behövs. Lerner förespråkar en integrativ modell som är baserad på en “ethic of hospitality” gentemot alla terapiinriktningar och menar att en systemisk och narrativ förståelse bidrar till evidensbaserad praktik i en nutida psykiatrisk hälsovård. Lerner beskriver ett fall exempel på hur en familjeterapeut kan tillämpa standardiserade kliniska riktlinjer OCH fortfarande arbeta med personliga narrativ och relationskontext.

Min förförståelse springer ur erfarenheter från BUP där behandlingar enbart byggda på KBT ibland misslyckats på så sätt att problemet familjen sökte för inte kunde avhjälpas. Frågan väcktes om en bristfällig förståelse för familjen som ett system och de relationer som påverkade den identifierade patienten kunde ha inverkat. Ovanstående artikel gav inspiration att fortsätta fundera över om och i så fall hur det fungerar att kombinera metoder generellt och metoderna KBT och Familjeterapi i synnerhet.

TIDIGARE FORSKNING

Nedan görs en begränsad genomgång av studier där man kombinerat Familjeterapi och KBT samt evidens för dessa kombinerade behandlingsapproacher. Dessa studier är av olika kvalitet och gör inte anspråk på att ge en allmän forskningsöversikt. Studierna berör forskning på specifika metoder som innefattar både Familjeterapi och KBT. Därefter redovisas några inlägg i debatten kring kombination och/eller integration av olika metoder i behandlingsarbete.

Litteratursökningar gav ett stort antal träffar som gällde enbart den ena eller andra metoden men vissa användbara studier framkom. För att få en allmän bild

av forskningsläget lästes fyra olika författare som skrivit om detta (Hansson, 2004; Nichols, 2005; Carr, 2000; Borgengren, 2010). Utifrån dessa beskrivningar genomfördes nya sökningar på relevant litteratur enligt författarnas referenslistor.

Studier

Carr (2000) har genomfört en omfattande meta-analys av studier avseende familjeterapi vid psykiska problem och svårigheter i relationer hos barn och vuxna. Han konstaterar att Familjeterapi är en effektiv behandlingsmetod antingen ensamt eller som en del i ett multimodalt eller multisystemiskt behandlingsprogram när det gäller beteendeproblem hos barn, försummelse och misshandel av barn, emotionella problem och psykosomatiska problem. Borgengren (2010) har gått igenom forskningsläget inom familjeterapifältet och skriver att de flesta översikter och meta-analyser är överens om att par- och familjeterapi har tydligt forskningsstöd vid problem i parrelationer, depression, missbruk, schizofreni, anorexi hos unga samt beteendestörningar hos barn och tonåringar.

Nichols (2005) skriver att Behavioral Couples Therapy (BCT) är den metod som är mest forskad på vad gäller parterapi. Metoden bygger på social inlärningsteori och innehåller inslag av kommunikationsträning, problemlösning, KBT och arbete med att minska negativ interaktion. Resultaten av ett flertal studier visar att BCT effektivt förbättrar anpassning och belåtenhet med relationen (marital adjustment and satisfaction) i jämförelse med väntelista (Nichols, 2005).

För barn och ungdomar med beteendeproblem har man forskat på olika modeller av föräldrabaserade behandlingsprogram. I dessa metoder finns inslag såväl från Familjeterapi som från KBT (Social inlärningsteori).

Barkley, Guevremont, Anastopoulos och Fletcher (1992) genomförde en studie där man jämförde Behavioral management training, Problemlösnings- och kommunikationsträning och Strukturell familjeterapi för ungdomar med ADHD. Alla behandlingarna ledde till signifikant reduktion av negativ kommunikation, konflikter och ilska samt internaliserade och externaliserade symptom. Ingen signifikant skillnad fanns mellan behandlingarna. En senare studie av Barkley et al (2001) avseende samma grupp av ungdomar med ADHD jämfördes Problemlösnings- och kommunikationsträning med Behavioral management training kombinerat med Problemlösnings- och kommunikationsträning. Resultaten visade att båda behandlingsformerna medförde förbättringar på flera punkter men skilde sig inte åt sinsemellan. Dock verkar inslaget av Parent Management Training (PMT) vara viktigt i det första steget av behandlingen för att reducera avhopp från familjeterapin (Barkley et al, 2001).

En studie av Sanders et al (2000) jämförde tre olika varianter av föräldrabaserade behandlingsprogram kallad Triple P med väntelista för barn (3-åringar) med tidiga beteendeproblem. Resultaten visar att de två behandlingarna som leddes av terapeuter fick bättre resultat vad gäller positivt föräldra- och barnbeteende. Programmet verkar vara lovande som en preventiv ansats med unga med risk för uppförandestörning.

Kazdin, Siegel, & Bass (1992) har utvärderat effekten av Problemlösningsträning och PMT för barn (7-13 år) med antisociala beteendeproblem. Familjerna delades slumpmässigt mellan tre behandlingsgrupper: Problemlösningsträning, PMT eller en kombination av dessa. Resultaten visade att alla behandlingsgrupperna förbättrade barnens funktionsnivå och den kombinerade behandlingen gav bättre resultat båda vad gäller barnets och föräldrarnas generella funktionsnivå. Dessutom var det fler barn som inte längre uppfyllde kriterierna för en diagnos efter den kombinerade behandlingen. Webster-Stratton & Hammond (1997) har i en studie med barn och deras familjer visat att en kombination av PT (Parent Training) för föräldrar och ilskekontrollträning i grupp för barn visar bättre resultat än någon av dessa behandlingar var för sig vad gäller att minska barnets problembeteenden och öka positiv interaktion mellan föräldrar och barn upp till ett år efter avslutad behandling. Barnen visade också signifikanta förbättringar i problemlösning förmåga och konflikthantering.

Positiva långtidseffekter av PMT har även fastslagits i en studie upp till 14 år efter avslutad behandling (Long, Forehand, Wierson, & Morgan, 1994). Man jämförde unga vuxna som hade lydnadsproblem när de var i åldern 2-7 år och vars föräldrar gått PMT, med normalpopulationen och fann inga skillnader vad gällde brottlighet, emotionell stabilitet, akademiska resultat eller relation med föräldrarna.

Även Multisystemisk terapi (MST) har både familjeterapi och KBT som inslag i metoden. I förhållande till "treatment as usual" har MST för ungdomsbrottslingar visat större positiva effekter på familjefunktion och aggression i relation med vänner samt färre antal veckor frihetsberövade (Henggeler, Melton, & Smith, 1992). I en senare studie med ungdomsbrottslingar har Scott Henggeler och hans kollegor (1995) visat att MST är mer effektivt än individuell terapi när det gäller att förbättra nyckelfaktorer i antisocialt beteende och lindra anpassningssvårigheter för enskilda familjemedlemmar. En uppföljning fyra år efter avslutad behandling visade dessutom att MST var mer effektivt än individuell terapi i att förhindra framtida kriminellt beteende (Borduin et al., 1995).

En annan studie (Littell et al 2009) ger en delvis annan bild. Man har gått igenom existerande forskning gällande MST i USA, Kanada och Norge och inte hittat någon signifikant skillnad mellan MST och sedvanlig behandling. Vidare att resultaten mellan olika studier skiftar och deltagarantalet är för litet för att kunna uttala sig om MST har bättre effekt än andra metoder.

En metod man använt för beteendestörningar hos ungdomar är Funktionell Familje Terapi (FFT). Även denna metod har inslag av både familjeterapi och KBT. Tidig forskning i en välkontrollerad studie konstaterade att FFT förbättrade familjefunktionen och reducerade återfall i brottslighet bland ungdomar i högre grad än gruppterapi utdömt av rätten, terapi i gruppbostad, psykodynamisk terapi eller ingen behandling (Barton et al., 1985, refererad av Nichols). Borgengren (2010) skriver att FFT är framgångsrikt som preventionsprogram för ungdomar i riskzonen och är också effektivt för att förhindra återfall. Vidare att FFT och MST i en forskningsgenomgång visat sig vara de två mest effektiva formerna för behandling av ”bråkiga barn”.

Intensiv Familjebehandling (IFT) har beforskats i Sverige och kan anses innehålla inslag av både Familjeterapi och KBT. Hansson (2004, sid 126) skriver

Med det långsiktiga arbete, inklusive forskning, vi har genomfört för de här familjerna anser vi oss kunna påstå att den behandling som getts vid olika enheter runt om i Sverige haft en klar positiv effekt både vad gäller förbättrad familjefunktion och minskad symptombelastning, åtminstone hos barnen och mödrarna.

Bland familjebaserade behandlingar för missbruk bland ungdomar finns en studie av Latimer et al (2003). Studien evaluerade effekten av Integrated Family and Cognitive-Behavioral Therapy (IFCBT), en multisystemisk behandling för ungdomar med missbruksproblem jämfört med Drugs Harm Psychoeducational curriculum (DHPE). Resultaten visade att IFCBT medförde en signifikant reduktion av droganvändning efter behandling jämfört med DHPE. Ungdomar som deltagit i IFCBT uppvisade bättre problemlösningsförmåga och hade effektivare inlärningsstrategier och mindre problemundvikande än de som fått DHPE. Föräldrar i ICCBT-gruppen fick signifikant högre värden på kommunikation, involvering och kontroll samt värderingar/normer jämfört med DHPE-gruppen.

En studie där man jämförde fyra olika behandlingar (Waldron et al, 2001) genomfördes i Amerika med missbrukande ungdomar. Behandlingsmetoderna var individuell KBT, familjeterapi, kombinerad familjeterapi och KBT samt psykoedukation i grupp. Resultaten vid 4-månadersuppföljning visade att de ungdomar som fått familjeterapi eller kombinationen familjeterapi och KBT använde marijuana signifikant färre dagar än de som fått någon av de andra

behandlingsinsatserna. Signifikant fler ungdomar hade uppnått minimal användning av marijuana i alla behandlingar utom psykoedukationsgruppen. Vid 7-månadersuppföljningen hade signifikant fler ungdomar färre dagar då de använde marijuana i psykoedukationsgruppen och gruppen som fått kombinerad familjeterapi och KBT samt fler hade uppnått minimal användning i gruppen familjeterapi, kombination familjeterapi och KBT samt psykoedukationsgruppen.

Vad gäller Schizofreni finns flera studier som fokuserar på Expressed Emotion, medicinering och/eller psykoedukation. En studie där man kombinerar Motiverande Intervju, KBT och Familjeterapi för klienter med schizofreni och drogmissbruk visar att den metoden var överlägsen standardbehandling vad gäller generell funktionsnivå upp till 12 månader efter avslutad behandling. Dessutom kunde man se en minskning av klientens positiva symptom och en minskning av antal dagar patienten använde alkohol eller droger. (Barrowclough et al., 2001).

Nadine Kaslow med kollegor har utvecklat och testat en Interpersonell Familjeterapi som behandlar deprimerade ungdomar och som fått uppmuntrande initiala resultat. Terapiformen har inslag av systemterapi, KBT, oblektionsteori och utvecklingspsykologi (Schwartz, Kaslow, Racusin, & Carton, 1998, refererad av Nichols, 2005).

När det gäller ungdomar med ångestproblematik har Siqueland et al (2003) utarbetat en metod som kombinerar KBT och Attachment-based family therapy –CBT-ABFT, och jämför det med enbart KBT. ABFT-delen fokuserar på att göra rigida anknytningsmönster mer flexibla genom att hjälpa föräldrar att stötta sina barns autonomi samt vara mindre överbeskyddande och kontrollerande med målet att också öka närhet och en sundare anknytning. KBT-delen utgick från en manual för behandling av ångest hos barn 8-13 år (Kendall, Kane, Howard, & Siqueland, 1989) som modifierades för ungdomar. Innehållet bestod bl a i arbete med kognitioner samt exponeringsträning och avslappning. Resultaten visar att det i båda behandlingarna blev en signifikant reduktion av ångestsymptom och depressiva symptom både utifrån kliniska bedömningar och självskattning. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan behandlingsformerna och man konstaterar att båda verkar vara lovande behandlingar.

Khanna och Kendall (2009) har forskat på i vilken utsträckning terapeutens användning av Parent Training-tekniker bidrar till resultaten av Familjebaserad KBT (FCBT) vid ångeststörningar hos barn. Resultaten visar att detta tillägg i behandlingen gav förbättrade resultat vad gäller föräldrars och terapeuters skattningar av barnets generella funktionsnivå.

Simoneau et al (1999, refererad av Nichols, 2005) har gjort en studie som jämför två behandlingar för bipolaritet. Patienterna randomiserades antingen till en grupp som fick krishantering och uppföljning eller till 9 månaders Familjefokuserad psykoedukationsterapi, som är en metod som liknar Behavioral Family Therapy med inslag av psykoedukation, kommunikationsträning, problemlösningsträning och KBT-tekniker för att praktisera och förfina nya förmågor. Resultaten visar att Familjefokuserad psykoedukationsterapi i högre utsträckning ökar positiv icke-verbal kommunikation i familjen och reducerar patienternas symptom under året efter behandlingens avslutande än krishantering. Dock fick man ingen signifikant förbättring vad gäller den verbala interaktionen eller den negativa icke-verbala kommunikationen i familjen.

Behavioral Family Therapy har, ihop med exponering, använts för att behandla patienter med PTSD bland krigsveteraner men visade sig inte ha någon positiv effekt utöver den man fick med enbart exponeringsträning (Glynn et al., 1999).

Debatt, åsikter och böcker

I en artikel av Gouze och Wendel (2008) om Integrativ modul-baserad Familjeterapi konstaterar man att par- och familjeterapifältet nu befinner sig vid ett vägskafl. Man menar att utmaningen för den nutida familjeterapeuten ligger i hur han ska kunna integrera visdomen från tidigare terapiformer med kunskap som kommer från ny forskning. Därefter presenteras en metod – Integrative Module-based Family Therapy- som bygger på nio kliniskt relevanta moduler för bedömning och behandling. I artikeln framhålls att familjeterapin rör sig mot en alltmer komplex och integrerad modell av bedömning och behandling.

I en artikel av Josephson (2008) konstateras att familjeinterventioner är en viktig del av Barn- och Ungdomspsykiatri och att utbildningsfältet måste inbegripa de olika sätt som kliniker kan hjälpa familjer på. Vidare menar han att kommande terapimodeller kommer bli framgångsrika i den mån de bygger på tidigare bidrag till systemtänkandet samt utvecklingspsykologi. Pinosof (1995) uttrycker det på ett liknande sätt men tillägger att ytterligare en utmaning är att bedriva terapi på ett kostnadseffektivt sätt.

I boken Handbook of Clinical Family Therapy skriver Lebow (2005) att vi går mot en integrerad familjeterapi, som bygger på de ursprungliga grunderna i de olika familjeterapeutiska inriktningar som finns, tillsammans med nyare kunskap och forskning. Han menar att man tidigare inte i tillräcklig omfattning lånade och lärde från varandra, att stolthet och egen övertygelse om den egna metodens visdom, samt behov av att bevisa det, blev hindrande.

Kjell Hansson skriver (2004, sid 223):

För att kunna förbättra resultaten och hjälpa fler par att uppnå en tillfredsställande relation, måste vi sannolikt kombinera olika metoder och inte vara så tvångsmässigt inriktade på en teori eller metod.

Sundelin (2007, sid 127) skriver i en artikel att det för en IFT-terapeut (Intensiv Familjeterapi) är självklart att med utgångspunkt i ett överordnat systemiskt perspektiv bredda sin teoretiska referensram:

Från familjepsykologi, systemteori, narrativ teori, salutogen teori och lösningsfokuserad teori riktar vi numera ofta blicken mot modern utvecklingspsykologi (huvudsakligen från attachment-traditionen), modern neuropsykologi, kris- och traumapsykologi samt psykoterapeutiska modeller som kommer ur dessa traditioner. ”Vidare att ”...den gamla konflikten mellan olika teoretiska perspektiv får man lära sig att överbrygga genom att anlägga ett pragmatiskt (och systemiskt!) synsätt på hur man använder olika teoretiska perspektiv med utgångspunkt från deras användbarhet.

Även från KBT-håll finns tankar om kombination/integration av KBT och Familjeterapi. Nichols & Schwartz (2005) skriver att beteendeterapeuter i början av 70-talet började arbeta med par och föräldrar utifrån inlärningsteori med blandade resultat. Nichols menar att de då hade en bristande förståelse för hur problem påverkade och påverkades av relationerna i familjesystemet men att under de senaste åren har förståelsen för familjedynamik ökat. När det gäller Familjeterapi har den inte i lika stor utsträckning påverkats av framgångarna i KBT-terapi. Nichols anser att detta kommer förändras med det nuvarande fokuset på korsbefrukning mellan olika modeller, vidare att den nya generationen empiriskt stödda familjeterapimodeller generellt sett är mer systemorienterade och integrativa.

Per Folkesson skriver i en essä (2010, sid 18):

Den tongivande psy-diskursen, alltså det allmänna offentliga samtalet om psykiatri, psykoterapi och psykologi, är polariserad och dualistisk. Allt som oftast formeras två positioner som ställs mot varandra som om de vore ömsesidigt uteslutande och helt oförenliga.

Folkesson menar att den som mest förlorar på det är brukaren och förordar att forskare och andra bör arbeta för att integrera olika synsätt för att på så sätt åstadkomma ”...synergiska fenomen så att de delar som förenar kommer att betyda någon utöver summan av vad de betyder var för sig.” (sid 18).

Folkesson menar att olika forskningresultat, teorimodeller och kunskapsformer sällan eller aldrig behöver utesluta varandra utan att de utgör olika perspektiv som alla bidrar i ett kontinuerligt kunskapsbygge.

Följdaktligen finns det en hel del beforskade metoder som kombinerar Familjeterapi och KBT för behandling av olika psykiatriska tillstånd. Det finns också flera kliniker och forskare som förespråkar integration av olika metoder generellt och Familjeterapi och KBT specifikt. Det har dock inte gått att hitta någonting skrivet om hur enskilda familjeterapeuter i Sverige arbetar vad gäller kombinationen av familjeterapi och KBT, inte heller hur de resonerar kring detta. Det är anledningen till att jag valt att göra denna studie.

SYFTE

Studiens målsättning var att studera om och i så fall hur behandlare/terapeuter som främst använder sig av Familjeterapi också använder KBT-interventioner genom en enkätundersökning, samt att därigenom få en större förståelse för faktorer som uppfattas som viktiga för respondenternas val av metod/metoder.

METOD

Val av metod

Till denna studie valdes en induktiv tematisk analysmetod med explorativ ansats (Hayes, 2000, referat i Langemar, 2005). Enligt Langemar (2005) innebär tematiska analyser att man strukturerar data utifrån teman. Dessa teman kan vara bestämda i förväg (deduktiv eller teoristyrd tematisk analys) eller utarbetas utifrån det insamlade materialet (induktiv eller empiristyrd tematisk analys). I praktiken är det vanligt och ofta lämpligt att kombinera förhandsbestämda teman med empiristyrda i samma undersökning.

Urval och tillvägagångssätt vid datainsamling

För att nå behandlare med en systemteoretisk grund kontaktades samtliga ordföranden i lokala familjeterapiföreningar som är med i Svenska Föreningen för Familjeterapi (se Bilaga 1). Av de kontaktade (n=9) var alla utom en villiga att förmedla min förfrågan via e-post till samtliga sina medlemmar. Totalt erhöles 19 svar varav en ville bli uppringd istället för att fylla i formuläret. Telefonkontakt togs med ytterligare två av dem som fyllde i formuläret då det fanns vissa saker som behövde klargöras i deras svar. Enkätsvaren, telefonintervjun och de båda klargörande telefonuppföljningarna redovisas på samma sätt då de inte skilde sig åt vad gäller innehåll i svaren.

En enkät med bakgrundsvariabler och ett fåtal öppna frågor utarbetades (se Bilaga 2). De frågor som ställdes gällde hur respondenten konkret arbetade med en kombination av dessa båda metoder (Familjeterapi och KBT) samt fördelar och risker med att kombinera metoderna.

Bearbetning och analys av data

Svaren på de tre mer öppna frågorna har analyserats fråga för fråga. Analysen har genomförts genom att skriva ut alla svar, klippa isär dem och läsa alla svaren upprepade gånger för att hitta teman. När olika temata framträtt har de olika lapparna fått markeringar som visar vilket eller vilka teman som kan urskiljas i den formuleringen som står nerskrivet. Därefter har temata finslipats och definierats i möjligaste mån så att de inte överlappar varandra. Vid redovisningen av citaten har respondentens text i vissa fall kortats av för att texten ska bli mer lättförståelig. Alla citat är inte medtagna i redovisningen utan jag har valt ut de som bäst beskriver det aktuella temat.

Beskrivning av undersökningsgruppen

Av de erhållna nitton svaren var åtta ifyllda av män och elva av kvinnor. Två av respondenterna var mellan 30 och 40 år, fyra var mellan 40 och 50, nio mellan 50 och 60 och fyra var över 60 år. Åtta respondenter hade en steg-1-utbildning, fyra av dessa hade gått den i Familjeterapeutisk inriktning, två i psykodynamisk inriktning, en i KBT-inriktning och en hade steg-1-utbildning i alla dessa tre inriktningar. Elva respondenter hade psykoterapeututbildning, av dessa hade nio gått familjeterapeutisk inriktning och två psykodynamisk inriktning. Här har jag valt att redovisa endast den högsta utbildningen.

Fyra respondenter arbetar främst inom vuxenpsykiatri, fem inom BUP, fyra inom familjerådgivningen, fyra på privat mottagning och en inom socialtjänsten. Fem respondenter har upp till 10 års erfarenhet inom yrket, sex mellan 10 och 20 års erfarenhet, tre mellan 20 och 30 års erfarenhet och fem över 30 års erfarenhet.

Sexton av respondenterna uppger att de använder KBT-inslag i sitt arbete, tre uppger att de inte gör det. Svaren på hur ofta de gör det varierar mycket; fem svarar mellan 20 och 40%, tre svarar att de använder KBT-inslag i mellan 50 och 80% av ärendena, sex mellan 80 och 100% och två har inte svarat på den frågan. Utbildningsnivån i KBT skiljer sig också mycket; fyra har inte gått någon utbildning i KBT, sex har endast gått kortare kursen på några dagar, två har läst KBT i 6 månader och fyra har gått steg-1-utbildning i KBT.

Etiska överväganden

Då undersökningen inte omfattar patienter har de etiska övervägandena inte varit så omfattande. Respondenterna har informerats om att resultatet kommer att redovisas anonymt. En fråga har lagts in i enkäten om den svarande kan tänka sig att bli uppringd för kompletterande frågor. Ingen som inte har medgett det har blivit kontaktad. Materialet har avidentifierats efter en kontroll att frågorna var besvarade. Efter fullgjort arbete med bearbetning har det material jag skrivit ut destruerats och filer i datorn som visar e-postadress raderats.

RESULTAT

Två kategorier kan urskiljas i svaren;

Hur man arbetar med att kombinera Familjeterapi och KBT (Kategori 1) och

Vad man tänker om att kombinera Familjeterapi och KBT (Kategori 2).

Den första kategorin har underkategorier/teman utifrån den kontext respondenten arbetar inom;

Tema 1:1 Familjerådgivning

Tema 1:2 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Tema 1:3 Privat mottagning

Den andra kategorin har underkategorierna/teman;

Tema 2:1 Fördelar med att kombinera Familjeterapi och KBT

Tema 2:2 Risker med att kombinera metoderna

Tema 2:3 Tankar om teori och metod

Tema 2:4 Personlig terapeutisk stil

Tema 2:5 Likheter mellan Familjeterapi och KBT

Kategori 1: Hur man arbetar med att kombinera Familjeterapi och KBT

Tema 1:1 Familjerådgivning

Respondenter som arbetar inom Familjerådgivning tar upp att de arbetar för att paret ska få en ökad förståelse för sin partner vilket respondenterna anser hjälper dem ur en låst position. Respondenterna använder olika sätt för att åstadkomma det;

- Att kartlägga vad som händer i en problematisk situation genom att låta båda göra varsitt protokoll över sina Tankar-Känslor-Handlingar i en specifik situation och sedan gå igenom dem tillsammans.
- Att utifrån EFT (Emotional Focused Therapy) rita upp en bild av bådars sårbarhet, som ofta innehåller frågor om man duger och om den andre finns där för en, och de överlevnadsstrategier respektive part har för att inte bli avvisade, som t ex kan vara starkt närhetssökande eller undvikande av känslor. Bilden hjälper paret att förstå hur deras respektive överlevnadsstrategi krockar och minskar därmed skuld-känslor. Läkning uppstår när Sårbarhet möter Sårbarhet. Arbetet pendlar mellan känslor och kognitioner.
- Att arbeta med parets kognitioner/föreställningar om varandra där terapeuten hjälper dem att inte hamna i låsta positioner, t ex genom att låta den ena parten lyssna när terapeuten intervjuar den andra.

Nedan följer ett citat som exempel på ovanstående:

Familjerådgivning med ett par där mannen upplever att hans fru gnatar och tjatar och frun upplever sig avvissad när mannen drar sig undan; När endera parten får en annan förståelse för sin partner så ändrar de sitt beteende. Om mannen uppfattar fruns kontaktförsök som gnat och tjat blir han avvisande mot henne men om han genom samtal hos terapeuten får förståelse för att hon vill ha kontakt och känner sig ängslig när hon gör så, då blir det möjligt för honom att reagera på ett annat sätt än tidigare. Om frun t. ex. förstår att mannen är känslig för krav kan hon vara mer försiktig med krav vilket gör mannen tryggare. Det är ett arbete med kognitioner, att förändra dem, vilket leder till ett ändrat beteende.

Flera KBT-tekniker nämns som används för att göra terapin mer effektiv, t ex Psykoedukation, Problem lista, Yttre och inre överskott, Hemuppgifter, Sokratiskt frågande, Mindfulness samt Schemalagda aktiviteter.

Respondenterna tar också upp vikten av att terapeuten använder familjen för att få mer kraft i interventioner. Tanken bakom det beskrivs som att det är i relationerna till övriga familjemedlemmar som de motiverande krafterna kan väckas hos individen. Man menar att detta kan åstadkommas genom att terapeuten klargör hur symptomet/symptomen visar sig och hur det påverkar andra i familjen känslomässigt och kognitivt.

Tema 1:2 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Flera respondenter framhöll vikten av att i början av terapin arbeta med familjen som helhet och relationerna mellan dess olika medlemmar. Arbetet med relationerna i familjen tas upp som det absolut viktigaste och mest nödvändiga. Om man kan komma till en punkt där alla i familjen åtminstone delvis förstår hur var och en bidragit/bidrar till det låsta läget i familjen, kan man använda KBT-interventioner som en integrerad del av terapin. Så här skriver en av respondenterna:

I samband med skolvägran eller annat undvikande: Dessa problem är oftast förankrade i familjestrukturen. Oftast finns det något som hindrar föräldrarna att göra det som behövs, d.v.s. hjälpa barnet att utveckla strategier att effektivt hantera ångest (t ex genom exponering). Dessa familjeproblem behöver då uppmärksammas genom det vanliga familjeterapeutiska arbetet med syftet att föräldrarna ska ha huvudansvaret och kunna gå vidare med exponering med sitt barn.

Respondenter tar också upp vikten av att arbeta med familjemedlemmarnas föreställningar om problemet och varandra. Nedan ett citat som belyser det:

Det är hälsobringande att prata om föreställningar eftersom missförstånd då kan försvinna. Man arbetar då med cirkulära frågor och strävar efter att vara nära klienten så att han/hon känner sig sedd. Jag skapar sedan hemuppgifter ihop med familjen som innebär exponering och både beteendeförändring och tankeförändring. Det är viktigt att lägga tid på att utarbeta en bra hemuppgift som bygger på min kunskap och familjens kunskap och önskningsar.

Respondenter anser också att det är viktigt för terapins effektivitet att terapeuten får familjen ”med på tåget”. Flera tar upp vikten av att terapeuten skapar en god arbetsallians med familjen. Ett annat sätt att åstadkomma allians som respondenter tar upp är att arbeta med behandlingsmål som är konkreta och mätbara och som alla i familjen kan enas om. Ett exempel:

Jag upplever det av stor vikt att göra fallformuleringen begriplig och överskådlig för familjen för att utifrån den kunna föreslå lämplig behandling.

Ett flertal KBT-tekniker nämns som användbara i arbetat med barn och ungdomar och deras familjer, t ex Principerna i ACT (Acceptance and Comittment Therapy), hemuppgifter, Fallformulering/funktionell analys, Regel- och belöningsystem, Problemlösningsträning samt Konflikthanteringsstrategier. Även metoder som kombinerar Familjeterapi och KBT nämns, t.ex. FFT (Funktionell Familjeterapi) och Webster-Strattons föräldraträningsprogram (Parent Training).

Tema 1:3 Privat mottagning

När det gäller arbete med vuxna som är funktionshindrade av en psykiatrisk diagnos framhålls vikten av att i terapin prata ingående om hur detta påverkar var och en och hur möjliga beteendeförändringar skulle påverka var och en. Citat från en respondent:

Jag frågar hur det skulle se ut om det vore lite bättre än tidigare den kommande veckan, t ex att patienten inte ringer föräldrarna mer än tre gånger/dag. Hur ska föräldrarna göra om han ringer fler? Ska de lägga på? Och vad ska patienten göra med sin oro då? Finns det någon annan han kan ringa? Något annat han kan göra med sin ångest? Hur kan föräldrarna stå ut med sin egen oro över sonen? Hur ska man hantera närhet och avstånd i familjen? I slutändan handlar det om beteendeförändringar men man behöver lägga väldigt mycket tid på att prata om de känslor och tankar som finns.

Vid arbete med deprimerade vuxna nämns beteendeaktivering som en användbar intervention vilket exemplifieras av följande citat: ”Det är svårt att vara deprimerad när man dansar hambo”.

Kategori 2: Vad man tänker om att kombinera Familjeterapi och KBT

Tema 2:1 Fördelar med att kombinera Familjeterapi och KBT

KBT ger ett mervärde till Familjeterapi. En fördel som kan urskiljas under detta tema är att KBT ger ett mervärde till Familjeterapi genom nya verktyg, andra arbetssätt och delvis annat fokus. Man menar att Familjeterapi kan lära sig att bli mer strukturerat och fokuserat genom att kombineras med KBT. Man tar

också upp fördelen med att det i KBT, på ett tydligare sätt, går att följa dels hur behandlingen fungerar och dels göra utvärdering ihop med familjen. Även att psykoedukation, genom att vara skuldavlastande, hjälper familjen att ihop med terapeuten nyfiket utforska problemet och pröva hypoteser. Man tar också upp att förändringsarbete på en beteendemässig nivå fungerar bra med familjer där insikt inte är tillräckligt för att åstadkomma önskvärda förändringar. Nedan följer ett citat som exemplifierar temat:

KBT har gett mig nya verktyg som jag kan använda när lösningen på parens svårigheter kräver det. Är tilltalad av ”samarbetsprojekts tanken”, vi paret och jag jobbar ihop. Upplever att psykoedukation och de konkreta interventioner som finns inom KBT gör det lätt att få med paret i ett nyfiket undersökande och hypotesprövande arbete.

Även i manualbaserade metoder som FFT anser man att KBT-interventioner är hjälpsamma för familjeterapi:

I Funktionell Familje Terapi är KBT en integrerad del av terapin – nämligen i beteendeförändringsfasen. KBT används men med fokus på de relationistiska funktioner som beteendet fyller.

Familjeterapi ger en bra grund för KBT. Respondenterna framhåller att familjeterapi ger en bra grund för KBT genom att sätta individen i ett sammanhang. Man pekar på risken att KBT, utan ett familjeterapeutiskt tankesätt, riskerar att bli för individinriktat och att KBT både som teori och metod kan ha hjälp av ett systemiskt tankesätt kring familjen. Man tar också upp att KBT som metod kan lära sig bli rörligare och ha mer följsamhet med patienten/familjen med hjälp av ett familjeterapeutiskt tankesätt. Följande citat kan ses som exempel på det:

Det finns stora vinster med att kombinera. KBT-teknikerna blir ofta kraftfulla när de kombineras med systemiskt arbete. Dessa verktyg bör man som familjeterapeut ta till sig anser jag.

Vinster med att kombinera olika metoder. Respondenter tar upp att det finns vinster med att integrera olika metoder i kliniskt arbete. Här tar respondenterna upp att forskningen visar att alliansen är den mest betydelsefulla variabeln i förändringsarbete samt att flera olika metoder är användbara i det arbetet. Flera svar pekar mot de vinster som kan fås genom att utifrån sin kliniska bedömning använda olika metoder i arbetet med klienter, t ex:

Man behöver många olika ”verktyg” för att möta olika människor och kunna arbeta inom samtliga domäner, känsla, tanke och görande.

Man tar också upp att psykoterapimetoder alltid har tagit näring av varandra och att det förhoppningsvis kommer fortsätta vara på det sättet, vilket illustreras av detta svar:

Massor av vinster. Tiden är förbi då terapiskolorna slåss med varandra. Bästa terapin är ännu inte uppfunnen.

Tema 2:2 Risker med att kombinera metoderna

En farhåga som framträder i flera svar är att det finns en risk att KBT-delen tar över. Man tar upp vikten av att ha kunskap och en övergripande ram för förståelse av familjen som system. Man tar även upp risken att KBT-tankesättet tar över så att endast beteendet hamnar i fokus och man tappar vilka funktioner beteendet fyller i familjesystemet. Man tar också upp svårigheten att hålla båda tankesätten aktuella samtidigt i huvudet och att hålla KBT-metodiken inom den familjeterapeutiska analysen och planeringen. En av respondenterna uttrycker det på följande sätt:

Det finns en risk att KBT-perspektivet leder till en försvagning av systemsynen, att man hamnar i för mycket individ och symptomperspektiv.

Tema 2:3 Tankar om teori och metod

En tanke som tas upp under detta tema är vikten av att vara medveten om sin teoretiska bas när man använder sig av andra metoder/tekniker än familjeterapi vilket en respondent uttrycker på följande sätt:

Som alltid är det svårt att integrera olika arbetssätt och viktigt att själv hålla reda på vilken ”karta” man arbetar efter.

Man tar också upp att det finns risker förknippade med att använda sig av KBT utan att ha tillräcklig kunskap om teorin och metoderna i KBT. Även tankar om att olika teorier kan tyckas vara väldigt olika men ändå kan upplevas vara integrerade med varandra ger följande citat ett exempel på:

För mig är alla teorier integrerade och hänger ihop. Jag kan inte särskilja dem tydligt. Livet är fyllt av berättelser (Narrativt) som bygger på våra upplevelser (Psykodynamiskt) och hur vi tolkat dem (Kognitivt) utifrån den/de förmågor vi hade just då.

Vikten av att hjälpa familjemedlemmarna öka sin förståelse tas upp i svaren. Man menar att en ökad förståelse för varandra i familjen hjälper terapin framåt och att det är viktigt att arbeta med den delen. Även att familjemedlemmarna får en utökad förståelse för problemet och/eller den situation familjen hamnat i anses hjälpsamt. Ibland kan det vara till hjälp om individerna i familjen får hjälp

att se problemet ur ett helt annat perspektiv än de hittills gjort och att det i sig kan frigöra läkande krafter i systemet.

Man tar upp att det saknas en intrapsykisk teori inom familjeterapi vilket anses vara en brist. Man menar att det behövs någon sorts intrapsykisk modell som kan öka förståelsen av individernas inre för att förstå hans eller hennes relationer till andra, vilket följande svar är ett exempel på:

Familjeterapi saknar en teori om den intrapsykiska aspekten av människan, inom KBT har man teorin att man tänker fel, den psykodynamiska har sin teori. För att förstå relationer behöver man också gå in i individen, det behövs ett intrapsykiskt perspektiv. Familjeterapi har mycket fokus på beteende och tankar, inte på känslor. Jag jobbar mycket med känslorna också och har där Anknytningsteorin som bas. I den nygamla Anknytningsteorin finns en intrapsykisk teori om människan som är tydlig och logisk. Det finns en teori som förenar det interpersonella med det intrapsykiska som heter EFT – Emotional Focused Therapy, den tycker jag är användbar.

Man tar också upp att familjeterapi och KBT befinner sig på olika nivåer som är möjliga att kombinera:

En skillnad mellan just dessa teoretiska sammanhang skulle kunna vara cirkulär eller linjär utgångspunkt. Hur någonting är eller hur någonting uppstår. Familjeterapin har fokus på mönster mellan personer och KBT mönster inom personen. Som jag ser det så råder det inga som helst problem att pendla mellan dessa nivåer – tvärtom så är det ofta en nödvändighet att utforska en persons grunder till agerande och låta det jämföras med övriga personers grunder.

Man kan också finna svar som visar på en viss frustration över att KBT är på stark framfart medan familjeterapins betydelse minskat de senaste åren:

Familjeterapeuter har sysslat med KBT i decennier men inte kallat det för KBT. KBT-rörelsen gör det bara mer systematiskt och organiserat. Det är lite provocerande att KBT:arna tar åt sig äran för de teknikerna och det finns en sorts risk för bitterhet eller grinighet hos familjeterapeuterna. På 70-talet var familjeterapin dominerande och har nu hamnat lite i bakvattnet.

Tema 2:4 Personlig terapeutisk stil

Ett tema som kan urskiljas är tankar kring den egna terapeutiska stilen. Det här är ett område som flera reflekterar kring. Man tar upp att det är centralt att hitta sin egen stil och vara sann i den. Några respondenter tar upp vikten att utgå från teori när man som terapeut väljer metod, andra förhåller sig lite mer teorilöst till ”inplockade” tekniker och metoder, t ex som följande respondent:

Familjeterapi är min grundkarta i mitt arbete. Sedan plockar jag in metoder och tekniker som fungerar och verkar vettiga.

Man tar också upp att metoder kan användas för att hjälpa terapeuten i sitt arbete med familjer eller par. Följande svar ger ett exempel på det:

Protokoll över Tanke-Känsla-Beteende är bra för mig personligen att använda eftersom jag är en snabb och hastig typ av människa. Den hjälper mig att sakta ner och se till att familjen är med mig. Det är lätt att tro att man förstår varandra men ibland missar man helt, det gäller både mig som terapeut och familjemedlemmar. Jag går också mycket på min intuition och fallgropen i det är att jag kan missa saker om jag inte kollar av med familjen att jag är på rätt spår. Jag använder mig av Sokratiskt frågande och väntar in deras svar vilket blir ett sätt att få familjemedlemmarna att själva arbeta i terapin och bli engagerade.

Tema 2:5 Likheter mellan Familjeterapi och KBT

Ett tema som kommer upp är att det finns stora likheter mellan KBT och Familjeterapi. Flera tar upp att Familjeterapi är ett arbete med att förändra kognitioner och menar att det är en anledning till att familjeterapeuter har lätt att ta till sig framför allt kognitiv terapi. Nedan ett citat som belyser det:

Familjeterapi är till stor del kognitiv i sin inriktning och strävar efter att klienterna ska ändra föreställningen om varandra. Därför har familjeterapeuter ganska lätt för att förstå det kognitiva.

Man tar också upp att liknande eller samma interventioner som finns i KBT också finns inom familjeterapi men att man har olika benämningar på dem. Som exempel kan nämnas att ställa öppna frågor som leder patienten att hitta "sina" svar. Det kallas sokratiska frågor i KBT och reflexiva frågor i familjeterapin.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Respondentgruppen har endast bestått av nitton personer och av dessa var det tre som inte använde sig av KBT. Det är en alltför liten grupp för att det ska vara möjligt att dra några generella slutsatser utifrån svaren. De teman som redovisats i resultatdelen har det i vissa fall endast varit ett par respondenter som tagit upp.

En hypotes är att familjeterapeuter i Sverige inte tycker det är kontroversiellt att kombinera Familjeterapi och KBT, att de är öppna för det och villiga att pröva-modifiera-förkasta. En annan hypotes är att familjeterapeuter inte ser KBT som någon avskild metod från familjeterapi i praktiken utan att KBT ryms inom ramen för Familjeterapi. Dock måste man här betänka att de som svarat på enkäten eventuellt är mer positiva till att kombinera dessa metoder än de som inte svarat och att det kan ge en bild av att det är vanligare att man kombinerar metoderna än vad man gör. Dock finns forskning som pekar mot att familje-

terapeuter ofta kombinerar dessa två metoder, t ex en amerikansk undersökning (Dattilio, 2010) som kartlagt familjeterapeuters ”primary treatment modality” (Northey, 2002, refererad av Dattilio). Den mest frekvent rapporterade modaliteten som användes var Cognitive-Behavioral Family Therapy som är en metod som kombinerar KBT med Familjeterapi. I en senare undersökning utförd vid Columbia University svarade drygt 68% att den metod de oftast använde i kombination med andra metoder var KBT (Psychotherapy Networker, 2007, refererad av Dattilio). Dattilio skriver att en klar majoritet av experter på olika teorier av par- och familjeterapi ansåg att KBT-tekniker var ett hjälpsamt tillägg till just deras metod.

En hypotes är att familjeterapeuter anser att det systemiska tänkandet underlättar integration av olika metoder och att det inom systemteorin kan anses finnas plats för flera olika teorier och metoder. Detta är inte en ny tanke, Pinosof har utvecklat en modell (Pinosof, 1995) som ger en möjlig teoretisk bas för integration av olika terapiskolor med den systemteoretiska modellen som bas. Pinosofs beskriver en problem/lösningbaserad modell med flera analysnivåer. Modellen bygger på en kontextuell analys av problemet i sitt sammanhang med kartläggning av problemkvarhållande och lösningsbefrämjande krafter. Om insatserna på den första nivån inte ger verkan, fördjupar man problemanalysen från pedagogiska insatser till terapeutiska insatser. Pinosof rekommenderar att man som terapeut alltid börjar konceptualisering och interventioner i Family/Community-delen. Rationalen för att röra sig mot Individnivån vilar på tre principer; att systemet inte lyckas lösa problemet för vilket de sökt hjälp, att terapeuten inte lyckas hjälpa familjen och att det saknas bevis för att diagnosen terapeuten arbetat efter är korrekt/enda orsaken till problemet.

Det finns flera indikationer i svaren som pekar på att familjeterapeuter upplever det berikande att kombinera familjeterapi med KBT. En hypotes kan vara att familjeterapeuter i Sverige ser fördelar med att kombinera familjeterapi och KBT.

Svaren väcker flera frågor: Blandar respondenterna ihop KBT och familjeterapi? Finns det en risk att familjeterapeuter missar att se viktiga skillnader mellan familjeterapi och KBT? Förekommer ett visst mått av oförsiktighet vad gäller användandet av de olika metoderna och/eller teorierna bakom metoderna? Leder det i så fall till sämre behandlingsresultat? Svaren indikerar att alla inte reflekterar över vad som är KBT respektive familjeterapi, t ex verkar några av svaren visa att respondenten ser arbete med kognitioner som KBT. Men kognitioner är även ett centralt tema i familjeterapi, liksom i alla skolorna. Är detta i så fall ett signum på att olika terapiskolor är otydliga eller att familjeterapeuter är teoretiskt otydliga? En del svar indikerar att vissa förhåller sig mer teorilöst till de metoder och tekniker de använder. Beror det på att man

inte har en teori eller på att man inte är explicit medveten om den? Är det viktigt att vara medveten om den teoretiska grunden till den metod man använder?

Metoddiskussion

Denna studie bör ses som en första pilotstudie då området inte tidigare är beforskat. Det är en kvalitativ studie där det är svårt att avgöra både validitet och reliabilitet. Uppgiften blir mer en fråga om att göra en begriplig beskrivning av hur data insamlades, bearbetades och analyserades (Malterud, 1998), vilket har eftersträvats.

En svaghet i studien är att få personer svarat på enkäten vilket gör det svårt att generalisera svaren. Dessutom är den grupp som svarat är mycket liten i förhållande till det antal som fick förfrågan om att delta vilket troligen innebär att gruppen som svarat skiljer sig åt från gruppen som helhet. Knappt hälften av respondenterna uppger att de använder KBT i mellan 80 och 100% av sina ärenden vilket kan förstås som att de är mycket positiva till användandet av KBT kombinerat med Familjeterapi. Det är troligt att de som valde att svara är mer positiva till att kombinera familjeterapi och KBT än gruppen familjeterapeuter som helhet vilket gör det svårt att generalisera svaren.

Enkätsvaren har gett mycket information som bitvis varit svår att samla i kategorier. Orsaken till det kan vara att frågorna i enkäten inte var tillräckligt avgränsade utan alltför öppet formulerade. Det hade eventuellt varit bättre med fler och mer avgränsade frågor. Samtidigt är det värdefullt att respondenterna i större utsträckning formulerar sina egna svar. Det kunde också ha funnits frågor om kombinationen av Familjeterapi och KBT på en teoretisk nivå.

De flesta av respondenterna hade ingen eller endast några dagars utbildning i KBT vilket väcker frågan om kunskapsnivån är tillräckligt hög för att fullt ut kunna praktisera KBT. En fråga om grundutbildning i enkäten hade kunnat ge mer information om kunskapsnivån gällande KBT men den frågan fanns inte med vilket är en brist. Samtidigt verkar flera respondenter vara väl pålästa och kunniga om KBT som metod. Det finns dock frågetecken kring den teoretiska förståelsen av KBT.

Slutsatser

Undersökningen ger några svar kring hur familjeterapeuter arbetar med kombinationen familjeterapi och KBT i Sverige idag och vad de tänker om det. Mycket återstår dock att undersöka för att få en helhetsbild av området och frågorna som väckts är flera. Något som vore intressant att forska vidare kring är hur familjeterapeuter ser på och förhåller sig till teorierna bakom de metoder de använder. En fråga kunde då vara om man teoretiskt integrerar metoder från två olika teorier och i så fall hur man gör det. En annan fråga kunde vara om, och i

så fall hur, terapeutens teoretiska förståelse påverkar behandlingen. Ett närliggande intressant område att forska kring gäller hur mycket formell utbildning en behandlare behöver och/eller bör ha för att använda en metod. I det här fallet KBT men frågan är större än så och gäller egentligen alla metoder.

Referenslista

- Barkley, R. A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). The efficacy of problem solving communication training alone, behaviour management training alone, and their combination for Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 926-941.
- Barkley, R. A., Guevremont, D. C., Anastopoulos, A. D., & Fletcher, K. E. (1992). A comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 450-462.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S. W., Moring, J., O'brian, R., Schonfield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with comorbid schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1706-1713.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Hengeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 569-578.
- Borgengren, M. (2010). Vad vet vi om effekten av att ta med familjen i behandlingen? *Fokus på familjen. Nordisk tidskrift för familje- och relationsarbete, 38*, 135-157.
- Carr, A. (2000). Evidence-based practice in family therapy and systemic consultation, I child-focused problems. *Journal of family therapy, 22*, 29-60.
- Dattilio, F. (2010). *Cognitive-behavioral therapy with couples and families*. New York: The Guilford Press.
- Folkesson, P. (2010). Psy-området mer pluralistiskt än många tror. *Psykologtidningen, 6*, sid 24-26.
- Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Urbaitis, M., Boxer, L., Paz, G. G., Leong, G. B., Firman, G., Salk, J. D., Katzman, J. W., & Crothers, J. (1999). A test of behavioural family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 243-251.
- Gouze, K. R., & Wendel, R. (2008). Integrative module-based family therapy: Application and training. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*, 269-286.
- Hansson, K. (2004). *Familjebehandling på goda grunder –En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Förlagshuset Gothia.

- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 953-961.
- Josephson, A. M. (2008). Reinventing family therapy: Teaching family intervention as a new treatment modality. *Academic Psychiatry, 32*:5, 405-413.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2009). Exploring the role of Parent Training in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 981-986.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and Parent Management Training in the treatment of antisocial behaviour in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 733-747.
- Langemar, P. (2005). *Att låta en värld öppna sig! Introduktion till kvalitativ metod i psykologi*. Stockholms Universitet, Psykologiska Institutionen.
- Larner, G., (2003). Integrating family therapy in child and adolescent mental health practice: An ethic of hospitality, *ANZJFT, 24*, 211-219.
- Latimer, W. W., Winters, C. D`Zurilla, T., & Nichols, M., (2003). Integrated family and cognitive-behavioural therapy for adolescent substance abusers: A stage 1 efficacy study. *Drug and alcohol Dependence 71*, 303-317.
- Lebow, J. L. (Editor), (2005). *Handbook of clinical family therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Littell, J. H., Campell, M., Green, S., & Toews, B. (2009). Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioural problems in youth aged 10-17 (Review). *The Cochrane Library*, Issue 4.
- Long, P., Forehand, R. Wierson, M., & Morgan, A. (1994). Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behaviour Research and Therapy, 32*, 101-107.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Nichols, M. (2005). *The essentials of family therapy*, second edition. Boston: Pearson Education, inc.
- Pinsof, W. (1995). *Integrative problem-centred therapy- A synthesis of family, individual and biological therapies*. New York: Basic Books.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A. & Bor, W. (2000). The triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioural family intervention for parent of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 624-640.
- Siqueland, L., Rynn, M., & Diamond, G. S. (2005). Cognitive-behavioural and attachment based family therapy for anxious adolescents: Phase I and II studies. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 361-381.

- Sundelin, J. (2007). IFT-trappan. Den intensiva familjeterapins viktigaste terapeutiska agenter i modern utvecklingspsykologisk belysning. *Fokus på Familien*, 35, 127-142.
- Waldron, H. B., Slesnick, N., Brody, J. L., Turner, C. W., & Peterson, T. R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 802-913.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.

Svenska lokalföreningar i Svenska föreningen för Familjeterapi:

- [Familjeterapiföreningen i Västerbotten](#) ▶
- [Jämtland-Härjedalens familjeterapiförening](#) ▶
- [Dalarnas familjeterapiförening](#) ▶
- [Familjeterapiföreningen i Värmland](#) ▶
- [Föreningen för familje- och systemorienterad terapi i Stockholm](#) ▶
- [Familjeterapiföreningen i mellersta och östra Sverige, FAMÖS](#) ▶
- [Familjeterapiföreningen i västra Sverige](#) ▶
- [Familjeterapiföreningen i Halland](#) ▶
- [Södra Sveriges förening för systemisk terapi och familjeterapi](#) ▶

Uppsatsarbete

Huddinge 100307

Bakgrund

Jag heter Annmari Hultgren och är student på Psykoterapeutprogrammet i Linköping, termin 5. Som uppsatsarbete har jag valt att undersöka hur Familjeterapi och KBT fungerar ihop.

För att hitta er som kan besvara denna fråga har jag vänt mig till lokalföreningar till sfft och de har vidarebefodrat mitt mail. Min förhoppning är att du har möjlighet att dela med dig av din kunskap och erfarenhet.

Syfte med denna undersökning

Jag vill ta reda på om och i så fall hur behandlare/terapeuter som använder sig främst av Familjeterapi också använder KBT-interventioner*. Det finns i dagsläget ingen litteratur om detta och är därför av intresse att kartlägga. Jag vill ta del av era erfarenheter för att på så sätt bli mer medveten om vilka delar av KBT som fungerar att kombinera med familjeterapi, liksom de delar som inte fungerar. Min ambition är att sammanställa detta och beskriva det i en uppsats. Det skulle ge möjlighet för fler att ta del av och förhoppningsvis kunna dra nytta av den kunskap och de erfarenheter som finns.

* Det jag avser med KBT är inlärningspsykologisk teori med kognitiva och beteendeterapeutiska tekniker/interventioner.

Instruktioner

(För många är följande instruktioner inte nödvändiga men jag skriver dem för de som är ovana)

Om du väljer att svara via mail;

- Fyll i dokumentet på datorn (texten i frågorna flyttar sig automatiskt när du skriver in text).
- Spara dokumentet förslagsvis på Skrivbordet.
- Skapa ett mail till; annmari.hultgren@telia.com
- Bifoga det sparade dokumentet.
- Skicka.

OBS:

Jag behöver ditt svar senast 30/4 2010.

Svarsformulär

1. Om dig:

1a. Kön: () Man
() Kvinna

1b.Ålder: år

2. Om din utbildningsnivå: (markera all utbildning)

() Jag har ingen psykoterapeutisk utbildning
() Jag har läst ”steg 1”. Markera inriktning;
() Psykodynamisk, () KBT, () Familjeterapeutisk, () annan inriktning.
() Jag är legitimerad psykoterapeut. Markera inriktning;
() Psykodynamisk, () KBT, () Familjeterapeutisk, () annan inriktning.

3. Om ditt arbete och din erfarenhet:

3a. Jag arbetar inom;
() Vuxenpsykiatri
() BUP
() Familjerådgivning
() Socialtjänst
() Privat mottagning
() Annat

3b. Jag har års yrkeserfarenhet inom området.

4. Om hur du arbetar generellt:

(Följande frågor gäller endast när du använder Familjeterapi som grund i ditt terapeutiska arbete)

4a. Använder du KBT-interventioner i arbetet med klienter/patienter?
() Nej
() Ja

Om du svarat Nej är du färdig –vänligen maila eller skicka tillbaka till mig.
Om du svarat Ja på ovanstående fråga – fortsätt fylla i nedanstående.

4b. Har du en utbildning inom KBT?

() Nej
() Ja
Hur lång ungefär?

4c. Hur ofta använder du dig av KBT-interventioner (i förhållande till antal familjer du

arbetar med? T.ex 50% eller 20%)

..... %

5. Om hur du arbetar konkret:

Kan du berätta om ett tillfälle då du kombinerade Familjeterapi med KBT? (Ev. kan du ha följande frågor i åtanke; Använde du teoritänket bakom KBT / KBT-tekniker eller en kombination? Vad fick dig att välja KBT-interventioner? (Var det symptomet, familjen övertygelse, egen preferens, annat?), Vilka interventioner använde du?, Hur fungerade det att kombinera Familjeterapi och KBT?)

Svara här.....

6. Egna reflektioner:

6a. Mer generellt; Vilka vinster finns det med att kombinera?

Svara här.....

6b. Finns det några risker? Vilka?

Svara här.....

7. Övriga frågor:

7a. Kan du tänka dig att ställa upp på en telefonintervju om jag behöver komplettera med mer

information kring ovanstående frågor? Skriv i så fall ditt telefonnummer här:

Telefonnummer.....

7b. Vill du få uppsatsen mailad till dig när den är klar? Skriv i så fall din mailadress här:

Mailadress.....

TACK för din medverkan!

Vänliga hälsningar / Annmari Hultgren