

Vad är Familjeterapi - och vem är det bra för?

Av Magnus Ringborg

Jag ska försöka beskriva vad familjeterapi är genom några korta vinjetter som kan illustrera hur ett samtal kan se ut. Sedan kommer jag att referera metodutvecklingsarbete och vetenskapliga utvärderingar på flera områden, för att ni skall få en bild av bredden inom familjeterapi idag. Jag skall också ta upp en diskussion som beskriver utvecklingstendenserna inom familjeterapi idag. Slutligen skall vi ha plats för frågor.

Social orienterad familjeterapi

Ungdomskriminalitet

Jeanette, 15, har fångats upp av polisen. Flera kvällar har hon varit redlöst berusad. Sedan en tid har hon slutat gå i skolan. Vi kommer in i ett samtal med mamman och Jeanette:

J: (flyttar sig) Ja men jag måste se..

T:- Du måste ha ögonkontakt hela tiden? Hon är nervös för att släppa dig? Hon är orolig för dig?

M: Ja hon är rädd om mig innerst inne.

T:- Är hon rädd för att du ska dö?

M: Jag vet inte men jag var inne i Söderstad förra helgen och då var hon dösjuk innan jag kom hem...så hon kan inte vara utan mig.

T: Hon blir orolig när du är borta?

J: Du sa ju att du skulle åka till Västersta vet jag.

T (till J): Finns det risk att mamma dör? Hon har ju en sjukdom som..

J: Ja det är ju om hon får ett anfall. Och när hon är bland fulla människor som håller på och stryper henne och så. Det var en hemma en gång..

T (drar sig tillbaka och pekar åt J att prata med M): Jag tror att ni behöver prata om det här lite!

J: Ja mamma satt och handarbetade och då kommer det upp en och hälsar på. Han var inte full, bara onykter. Och jag stod nere i badrummet. Och han tog så hårt i henne så hon höll på att kvävas. Då vart jag förbannad på honom. Så då la jag till honom på armen så att han skulle släppa henne. Och sen när hon var som vanligt igen så hade hon två röda märken här den kraken. Hon är ju så mager och så....

(Ur Ringborg 1987)

Vi möter här en flicka som bakom sitt utagerande och självdestruktiva beteende är hårt känslomässigt kopplad till sin mor. Familjeterapeuten försöker hjälpa henne genom att bland annat förändra den relationen.

Ni känner alla till den panik som regelbundet utbryter när ungdomskriminaliteten visas på kvällstidningarnas löpsedlar, hur politikerna anslår ett antal miljoner, och hur det sedan tystnar tills nästa omgång på löpsedlarna. Därför är det av särskilt intresse att undersöka om det finns vetenskapligt dokumenterade undantag till den allmänna behandlingss pessimismen.

Alla svenska uppföljningsstudier av barn och ungdomspsykiatrisk epidemiologi och behandling visar dystra prognoser för de socialt utagerande och kriminella ungdomarna. En välkänd utländsk studie är den så kallade CambridgeSomervillestudien som försöker besvara frågan om psykoterapi kan förändra prognosen. Man följde upp ungdomar trettio år efter individualterapeutisk behandling. Inga fördelar med denna typ av behandling kunde visas. En klassisk studie som prövade familjeterapi fick annorlunda resultat. Alexander & Parsons studerade unga förstagångsförbrytare i Utah. De visade i en kontrollerad studie att de unga kunde behandlas med en ganska kort omgång s.k. funktionell familjeterapi. Detta

reducerade återfallen i kriminalitet till hälften jämfört med en kontrollgrupp (Alexander & Parsons 1973). Flera studier har sedan bekräftats dessa resultat, också med svårare brottslingar. En senare undersökning med förbättrad metodik och hembaserad terapi visar 9 % återfall för familjeterapigruppen och 41 % för kontrollgruppen. Detta är tre år efter behandlingen, de är 20–22 år. Kontrollgruppen begick sex gånger så många brott (Gordon m fl 1995).

Nå detta är USA - men är det tillämpligt här? Sedan några år pågår en studie i Lund som försöker ha reda på det. 46 familjer till unga förbrytare har behandlats och man håller nu på att (följa upp dem. Preliminärt kan sägas:

1. Det var ingen svårighet att rekrytera familjerna.
2. Samtliga familjer fullföljer behandlingarna, vilket alltså är betydligt bättre än en genomsnittligt barnpsykiatriskt klientel.
3. Behandlingen är mellan 5–29 samtal, med 13 i snitt.
4. Brotten går från väpnat rån till bilstölder, inbrott, skadegörelse och till butiksstölder.
5. Brottsligheten har minskat markant under behandlingstiden, men hur det står sig jämfört med kontrollgruppen får utvärderingen visa (Johansson 1995).

Narkotikamissbruk

Förr trodde man att narkotikamissbrukaren levde i en gängvärld, helt avskuren från sin familj. Nu vet man att missbrukaren i allmänhet har betydligt mer kontakt med sin ursprungsfamilj än den genomsnittlige unge vuxne. Det har därför varit naturligt att undersöka familjeterapi som behandlingsmetod. Det mest kända försöket är den stora Philadelphiastudien på 70-talet. Det visade sig att 80 % blev drogfria i familjeterapi- F; gruppen, ett resultat som vida överglänste de andra testade behandlingsformerna (Stanton & Todd 1982). 1986 började man med liknade projekt i Malmö. Uppföljningen av detta försök pågår för närvarande. Jag citerar från en preliminär resultatredovisning (Korman 1995):

- Man har behandlat 44 missbrukare och deras familjer.
- Det är mycket lätt att få missbrukare att acceptera att familjen deltar, och det är lätt att rekrytera familjemedlemmar.
- Man kan arbeta med missbrukarna i öppenvård utan att de erbjudits medicinering, sjukskrivning eller sprutbytesprogram. Man har i medeltal 16 samtal under ett års behandlingstid.
- Det är ovanligt att inte missbrukaren minskar sitt missbruk påtagligt efter 3-5 samtal. Den kliniska effekten av behandlingen är frapperande. Metodiken finns utförligt beskriven i Korman och Söderquist 1994.

Äktenskapsproblem

Systemteoretiskt orienterad familjeterapi har relativt sent gjort inbrott inom svensk familjerådgivning. På senare år har det dock hänt mycket, och andelen utbildade familjeterapeuter har ökat stadigt på familjerådgivningarna. En viss utvärderingsverksamhet har också börjat komma igång. Generellt kan man säga att man har visat att parterapi är verksamt vid äktenskapsproblem. Det är mer effektivt att behandla båda parter tillsammans än bara den ena parten. Specifika probleminriktade metoder tycks visa ett bättre utfall än allmänt insiktsorienterade. En sammanfattning av undersökningar inom detta område finns i Engman 1995 (Engman 1995). Mitt intryck som handledare är, att i områden där psykiatrin är väldigt biologiskt orienterad, där ökar förekomsten av ganska svåra psykiatriska frågeställningar på familjerådgivningarna.

Barnpsykiatriskt orienterad familjeterapi

Det var inom barn och ungdomspsykiatri som familjeterapin först fick fäste i Sverige. Metoden är sedan länge etablerad och ett självklart arbetssätt för olika typer av problem. Vi skall titta närmare på några områden som bedöms som svåra av kliniker.

Anorexia nervosa

Samtalet har uppehållit sig vid patienten My:s bristande självförtroende. F börjar tala om sitt bristande självförtroende.

F: ...hur löser man det, hur kan man få grepp om det. När självförtroendet minskar, man känner att man har gjort fel?

T: Då ska jag säga en sak till dig My. Det verkar knepigt det här för dig. Om pappa säger att han behöver ha bättre självförtroende. Och mamma säger att "jag måste bli tydligare säga ifrån mer!" Tänk om det leder till att pappa får sämre självförtroende? Det finns en risk med det. Skulle du känna dig säkrare om mamma höll igen?

My: Nej, hon har redan tagit det steget. Hon har sagt ifrån att hon vill jobba. Pappa blev mer ledsen. Det var bara elände liksom dom dagarna mamma var borta.

T: Tror du att pappa kommer att klara det här – att bita sitt gamla självförtroende?

*My: Ja, det är bättre nu än det var i somras. **

Citatet är liksom de övriga ur autentiska samtal. Detaljer är ändrade för att omöjliggöra identifiering.

Att inte äta kan ses som en metafor för att säga nej. I familjesamtal kan man undersöka olika sätt att säga nej i systemet.

De studier som jämfört individualterapi med familjeterapi vid anorexia nervosa vid Maudsley Hospital i London är vid det här laget välkända. Det har visat sig att familjeterapi är "the treatment of choice" för patienter under 19 år. Efter fem års uppföljning visade det sig att 90 % av familjeterapigruppen fyra mådde bra, men bara 50 % av individualterapigruppen. Detta har också fastslagits vid en konsensuskonferens för Barn och ungdomspsykiatri i Sverige att familjeterapi är att rekommendera som förstahandling (Wallin 1993). Vidare har man rekommenderat att åldersgränsen 18 år ej är ändamålsenlig för denna patientgrupp, och att även äldre patienter skall ha möjlighet till familjebemötande.

Senare undersökningar vid Maudsley har visat att familjeterapi är bättre än individuell behandling också för vuxna patienter. Detta gäller speciellt för dem för vilken sjukdomen debuterat i tonåren. Det här är viktigt att känna till, då både patienter och anhöriga i allmänhet efterfrågar individuella behandlingar.

Det finns en nyligen publicerad studie där man gått igenom samliga anorexiapatienter under fem år i tre norrlandslän (Nilsson et al 1995). Alla behandlades med någon form av familjeterapeutisk metodik. 6 år efter avslutad behandling bedöms 70 % som återställda. 6 % lider fortfarande av anorexi/bulimi. Ingen har avlidit.

I Lund bedriver man för närvarande en studie där man försöker jämföra inte om familjeterapi är effektivt, för det vet man, utan vilken form av familjeterapi som är mest effektiv. Detta sker i samarbete med kliniker i Köpenhamn och Göteborg.

Sexuella övergrepp

När det gäller sexuella övergrepp mot barn är ett familjeterapeutiskt synsätt en vanlig utgångspunkt, och familjeterapi blir en del av en behandlingsarsenal, vid sidan av individuell terapi och gruppterapi. Bentovim i London redovisar en undersökning med 120 familjer. 46 % av dem fullföljde behandlingen. 87 % av dem blev hjälpta.

Martin Söderkvist på BUP Malmö har varit en av dem som tidigt utvecklat familjeterapeutisk metodik i Sverige vid SÖ. Efter att ha behandlat mer än 60 familjer, redovisar han följande erfarenheter: Det är bra med gemensamma samtal, barn, föräldrar och syskon. Var aktiv, fråga rakt på sak och minimera antalet personer man måste berätta för. Söderkvist beskriver ett lösningsorienterat arbetssätt där genomgång av traumat bara är en del av behandlingen. Lika viktigt är att stödja det friska fungerandet, att utforska nya positiva självbilder och att förankra dem i familjesystemet (Söderkvist 1995a). En ny bok som redovisar dessa erfarenheter är för närvarande under utgivning (Söderkvist 1995b)

Multiproblemfamiljer

Tidigt fann man inom barnpsykiatri att vissa familjer svarade sämre på traditionell poliklinisk familjeterapi. Det gällde framför allt s.k. multiproblemfamiljer med omfattande social problematik. På många håll har man därför utvecklat metoder för intensiv familjebehandling på s.k. familjeavdelningar, där familjen får bo och vistas under en tre - fyra veckorsperiod. Familjeavdelningen i Falun kan ses som en föregångare inom denna metodutveckling. Den kliniska erfarenheten visar att man med denna metod i många fall har kunnat bryta dödlägen mellan familjer och behandlande instanser. En multicenterstudie som för närvarande genomförs visar att familjeklimatet påverkas starkt under behandlingen, och att förändringen står sig efter behandlingens slut (Sundelin 1995).

Psykiatriskt orienterat familjearbete

Det dröjde innan familjeterapin fick insteg på allvar inom vuxenpsykiatri, men just nu är det ett mycket stort intresse för familjebehandling i olika former där. Jag skall nämna några tillämpningar.

Psykopedagogiskt familjestöd vid schizofreni

Studier från England och USA har visat att man med psykopedagogisk familjeterapi kan nedbringa schizofrena patienters återinsjuknande drastiskt. Metodiken har sedan flera år fått stor genomslag inom svensk psykiatri, och betraktas numera som en nödvändig del av behandlingen. Det har på många håll inneburit en revolution i hur man förhåller sig till anhöriga. Melodik har bland annat utvecklats vid Motala - Mjölby psykiatriska sektor (Ringborg 1990, Ringborg och Gustafsson 1995). Kortfattat kan man säga att metoden innebär att man försöker förändra det familjeklimat som man vet verkar negativt på patienten. Man använder studiecirklar för patienter och anhöriga samt familjeterapeutiska samtal. 93% de behandlade i den första gruppen familjer från Mjölby -Motala hade vid en undersökning negativt familjeklimat, s k högt EE. Efter behandling hade endast 48 % hög EE (Orhagen 1992). Tillfredsställelsen med behandlingen var mycket stor, för anhöriga en bjärt kontrast till det rent dåliga bemötande de hade ansett sig bli utsatta för tidigare.

Familjeorienterad krisinsats vid psykos

Den andra familjeorienterade metodik som nu får mycket stort genomslag är ett arbetssätt som framförallt bygger på erfarenheter från Finland (Seikkula 1994). Till skillnad från Sverige är man där en tradition av familjeorienterad och psykoterapeutisk hållning till psykos. Behandlingsresultaten är väldokumenterade. Det innebär att man försöker att snabbt möta hela familjen och nätverket vid en akut psykos. Genom denna insats kan man förebygga att patienten stannar i ett psykotiskt tillstånd. Metoden har prövats i flera år i Falun. Resultaten som rapporteras därifrån är hittills uppseendeväckande, men måste betraktas som osäkra. På tre år har man behandlat 105 fall av akut psykos i familjeteamet. Man kan förvänta sig att en tredjedel av dessa skulle ha utvecklat schizofreni. Ännu har man inte någon patient som fått denna diagnos (André m fl 1995). I Mjölby - Motala fortgår sedan ett år en utveckling där man

bygger på dessa erfarenheter, men i stället har man ett mobilt kristeam. Familjeterapin och övriga stödinsatser sätts in i hemmet med dagliga samtal den första tiden.

Blandade diagnoser - svåra patienter

Vid familjeteamet i Nacka har man gjort en utvärdering av tjugo remitterade ärenden med blandade diagnoser (10 psykos, 5 borderline, 5 neuros, suicidalproblematik i 12 fall). Ofta handlade det om långvariga patienter som befann sig i behandlingsmässiga dödlägen. Familjerna behandlades med hjälp av korttids familjeterapi med hjälp av team bakom envägsspegel. Man fann att dysfunktionella familjer förändras till mer funktionella mönster efter relativt få samtal. Med detta följde symptomförbättring hos patienterna (10 symptomfria, 4 förbättrade, 6 oförändrade) (Comstedt m fl 1991). Resultatet är samstämmigt med internationella studier (Carr 1991)

'Medicinskt orienterad familjeterapi'

Distriktsläkare och somatiska specialister blir alltmer medvetna att alla sjukdomar finns i ett interpersonellt samspel, och därför växer intresset för att förstå och lära sig samarbeta med familjen. Här finns mycket intressant forskning, inte minst i Sverige.

Fetma

Karl-Erik Flodmark, barnläkare och familjeterapeut i Lund, har genomfört en kontrollerad studie som jämfört familjeterapi med konventionell behandling och ingen behandling hos ungdomar som lider av fetma. Det visade sig att sex familje samtal räckte för en ge betydligt bättre resultat avseende problemet för familjeterapigruppen än för gruppen med konventionell behandling eller för gruppen utan behandling (Flodmark 1995).

Stroke

Peter Währborg, läkare och familjeterapeut i Göteborg har särskilt intresserat sig för behandling av svåra hjärnskadade med hjälp av familjeterapi. Han sammanfattar:

- Utan familjestöd äventyras ett rehabiliteringsresultat.
- Rehabiliteringsresultat förbättras avsevärt vid aktivt stöd från familjen
- Familjeterapi resulterar i ett bättre resultat.
- Familjeterapi skall därför inte betraktas som en möjlighet utan snarare som en nödvändighet där en solid vetenskaplig grund av vetenskapliga data och iakttagelser indikerar att vi har få andra metoder med likvärdig terapeutisk potential att erbjuda dessa patienter och deras anhöriga. (Währborg 1995)

Astma hos barn

Martin (10 år, som lider av astma) (suckar). Det är inte roligt för pappa att vara ensam där och jobba och så.

T: Mmmm. Känns det lite trist att höra om sånt här?

Martin: Mm (suck och pust)ja, men jag tycker, men jag har tänkt så. så dum jag är som har astma. det är synd om mamma då.

T: Vad säger du. så du du är som har astma?

Martin: Ja. jag tänker att det är mitt fel

.....

M:....då sa jag åt Martin. att det är ju ingen omöjlighet, att ladda den där och ta sina mediciner själv. Men det är ett steg som kan tycka är väldigt svårt.

Martin: Jag kan det inte.

T: Martin, du säger att du inte kan. Är det så att du inte vill, är det skönt om mamma hjälper till?

Martin: Jaa

T: Hur länge ska hon göra det? Har du tänkt på det? Hur gammal tycker du man ska vara för att klara det själv?

Martin.-Ja. Jag vet inte

T: Tänk på det en stund. Det kan ju inte få dröja för länge. Jag kan se dig när du är 20 år och mamma kommer rusande till ditt jobb och säger: ”Martin, Martin du har glömt medicinen!”

(Skratt) Så du får nog bestämma en gräns.

Martin: Ja. kanske 12 år. (Ur Gustafsson 1995)

Det här är en dialog ur en familjeterapi med ett astma sjukt barn. Det visar sig att Astma också kan innebära en psykologisk belastning. Via symptomet kan man arbeta med familjerelationerna, som i sin tur påverkar symptomet.

Astma och allergi är en av våra stora folksjukdomar, och besvären hos barn tycks ständigt öka. Kan familjeterapi ha något att bidra med för att lindra detta? 20 av de svårast astmasjuka barnen vid barnkliniken i Linköping valdes ut till en behandlingsstudie. Kravet var att de skulle ha astmabesvär minst 120 av årets dagar. Man fick i genomsnitt 5 familjesamtal. 92 % av den behandlade gruppen förbättrades. Lungfunktionen förbättrades mer än i kontrollgruppen, som syskon som ej fått familjeterapi visar upp (Klein m fl 1977). En svensk studie har undersökt barn som deltagit i familjeterapi som syskon till barnpsykiatriska patienter. Det visar sig att de också har psykiatriska besvär och att dessa minskar påtagligt efter familjeterapi (Gustafsson m.fl 1995).

För vem är familjeterapi bra?

Jag hoppas ha visat att det är en bred metod som antingen som självständig metod eller som del i ett större behandlingspaket blir alltmer självklart. Mitt intryck är: Ju svårare problem, desto mer engagerad är familjen, och desto mer har man att vinna på att ta med den i ett systematiskt behandlingsarbete.

Referenser:

André, G. Kjellström, C. Vamming, U. *Tidig insats vid akut psykos*. Föredrag vid SFF:s kongress. Loka Brunn 1995.

Carr, A. (1991): *Milan systemic family therapy: a review of ten imperial investigations*. Journal of Family Therapy, vol 13: 237-263.

Comsiedt, P., Zettergren-Berge, M., KlingseII, T, Krogh, L, Wibell,S. Wahlquist, L.: *Short termfamily therapy in a Swedish psychiatric sector*. Föredrag vid 3rd World Family therapy congress, Jyväskylä, 1991.

Engman. K.: *Fokus på lösningar - en rapport från en familjerådgivning*. I Hansson & Sundelin 1995

Flodmark, K-E. & Olsson, T; *Fokus på fetma i familjen*. I Hansson och Sundelin 1995.

Gordon, D.A., Graves, K., Arbuthnot, J.; *The effect off functional family therapy for delinquents on adull criminal behavior*. Criminal Justice and behavior, vol 22, no 1, march 1955 60-73.

Gustafson. P. A.: *Familjeterapi på barnklinik*. Socialmedicinsk Tidskrift 1986:18:463-469.

Gustafson, P. A.: *Familjeterapi vid astma hos barn*. I Hansson & Sundelin 1995.

Gustafsson, P.A., Engkvist, M-L., Karlsson, B.: *Siblings in family therapy*. Journal of Family Therapy, vol 17. no 3 aug 1995.

Läkartidningen vol 86/8/1989.

Hansson, K. & Kronvall, P.: *Familjeterapi vid svår reglerad ungdomsdiabetes*. I Hansson & Sundelin 1995.

Hansson.K. & Sundelin, J. (red): *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Studentlitteratur 1995.

Heljestrand, P. & Westerström, L.: *Hans och Creia. Projekt för att utveckla behandlingsmetoder och förebyggande arbete vid fall av sexuella och fysiska övergrepp* i På Tvaers i Terapien 1994.

Johansson, P. (BUP Växjö). *Familjeterapi med unga kriminella*. Personlig kommunikation oktober 1995.

Klein, A. & Parsons (1977): *Impact of family systems intervention on recidivism and sibling delinquency: A model of primary prevention and program evaluation*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,667-673.

Korman, H.: *Familjeterapi i ursprungsfamiljer vid kroniskt intravenöst missbruk* i Hansson & Sundelin 1995.

Korman, H. & Söderquist, M.: *Snacka om mirakel! - En bok om samarbete med missbrukare och deras nätverk*. Mareld 1994.

Nilsson, K., Abrahamsson E. et al: *Uppföljningsstudie av anorexia nervosa - familjens upplevelse av behandling*. Fokus på familjen 3/2/1995.

Orhagen. T.: *Working with families in schizophrenic disorders: the practice of psychoeducational intervention*. Akademisk avhandl. Department of Psychiatry, Linköping University 1992

På Tvaers i Terapien, Rapport fra Tredje Nordiske Kongres i Famileterapi 1993. Danmark 1994. ISBN 87-984882-0-1.

Ringborg, M.: *Änglar och banditer. Familjeterapi med utslagna ungdomar*. Föredrag vid Första Nordiska Familjeterapikongressen i i Linköping augusti 1987. Tryckt i kongressrapport, Linköping 1988.

Ringborg, M.: *Psykopedagogisk familjeterapi vid schizofreni*. Svensk Familjeterapi 3.1990.

Ringborg, M. & Gustafsson, P. A.: *Psykopedagogiskt familjestöd vid schizofreni*. I Hansson & Sundelin 1995.

Seikkula, J. (1994): *When the boundary opens: Family and hospital in co evolution*. Journal of Family Therapy, vol 16, no 4, nov 1994.

Sundelin, J.: *En modell för intensiv familjebehandling*. I Hansson & Sundelin 1995.

Söderkvist, M.: *Sexuella övergrepp och familjebehandling - utmaningar och möjligheter*. I Hansson och Sundelin 1995

Söderkvist, M.: *Jag känner mig normal nu! Om samarbete med sexuellt utsatta barn och deras föräldrar*. Mareld 1995.

Titelman, D.: *To be a Sibling of a Schizophrenic Individual. Experiential Studies*. Akademisk avhandling. Department of Psychology, Stockholm University 1992.

Wallin, U.(1995): *Familjeterapi och anorexia nervos*