

Om Family Talk: Glädjen i att arbeta med Beardslees familjeintervention/Family Talk – de professionellas syn på metoden

**Kapitel 32 i antologin Barn är anhöriga – vågar vi
lyssna på dem?**

Nka Barn som anhöriga 2025:2 - särtryck



© 2025 Anita Cederström, Anna Demetriades och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

REDAKTÖRER Rosita Brolin, Ritva Gough, Lennart Magnusson,
Elizabeth Hanson

Ta del av hela antologin på www.anhoriga.se/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/

Kapitel 32

Om Family Talk: Glädjen i att arbeta med Beardslees familjeintervention/Family Talk – de professionellas syn på metoden

Anita Cederström, Anna Demetriades

Del I

Anita Cederström är psykolog och filosofie doktor, och har hela sitt yrkesliv arbetat med barn och deras familjer, både praktiskt, kliniskt och i forskning. Hon har också arbetat med psykisk hälsa kopplat till folkhälsoarbete och kom då som den första i Sverige att utbilda sig i Beardslees familjeintervention/Family Talk. Hon har varit medlem i Socialstyrelsens rådgivande nämnd, representerande socialt arbete med barn och familj, i 30 år med avslut 2024. Hon har också arbetat som universitetslektor i pedagogik, psykologi och socialt arbete, samt senast med kursen Barn som anhöriga som getts i samarbete med Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Anna Demetriades är socionom, filosofie magister och legitimerad psykoterapeut, samt lärare och handledare i psykoterapi. Hon har mångårig erfarenhet av arbete med anhöriga, både barn och vuxna i sin roll som legitimerad terapeut och som barnombud inom psykiatrin. Hon utbildar också anhöriga och vårdpersonal till ledare i "Familjeband", utbildning och stöd för anhöriga till personer med emotionell instabilitet.

Sammanfattning

Kapitlets första del redovisar en intervjustudie gjord med professionella, de flesta i psykiatrin, som arbetar med Family Talk om hur de tycker att det är att arbeta med metoden. Inledningsvis i kapitlet ges en kort presentation av interventionen Family Talk och den forskning som gjorts om den. Resultatet visar att de professionella upplever stor glädje i arbetet med interventionen. Att de uppfattar, att det är så roligt beror på att de ser betydande förändringar i familjerna och i barnens situation, att de får mycket positiv respons från föräldrar och barn och att man upplevde sig komma "nära" familjemedlemmarna, vilket också gör arbetet mer spännande. De

upplever också att de själva får energi av att arbeta med interventionen. Dessutom uppgav de professionella att de kände en stark trygghet i metoden och dess struktur och hur den hjälpte dem att närma sig barnen på ett bra sätt.

Kapitlets andra del är en analys av hur man kan förstå varför Family Talk fungerar väl både för familjerna och för dem som arbetar med interventionen. Som ett analys-instrument används en forskningsstudie, som visar vilka komponenter en intervention eller en psykoterapi behöver ha för ett lyckat resultat oavsett vilken teoretisk inriktning som metoden har. Samtalsledaren (SL) behöver ha empati, hur SL förhåller sig till klienten, att det tidigt bildas en allians mellan SL och klient och att SL tror på sin metod. Alla dessa delar uppfylls i Family Talk enligt både utifrån hur de professionella ser på situationen och hur forskning visat att föräldrarna gör det. Centralt i Family Talk är att SL bör förhålla sig till klienten, inte i första hand som en expert, utan syfta till en subjekt- subjekt-relation. Föräldrarnas narrativ betonas, att de får berätta om just sin upplevelse av sin värld och att inte deras diagnos eller problem som är det enda som står i centrum. De inbjuds till att delta med sin syn på hur familjens situation kan förbättras. Detta förhållningssätt kan särskilt ses som en viktig beståndsdel till att interventionen fungerar så väl.

Summary

The Joy of Working with Beardslee's Family Intervention/Family Talk – Professionals' Perspectives on the Method

Part I of the chapter presents an interview study with professionals, most of whom work in adult psychiatry, about their experiences with the Family Talk intervention. The chapter begins with a brief introduction to the method and the existing research surrounding it. The findings show that professionals experience great satisfaction and joy in working with Family Talk. This positive perception is primarily due to the significant changes they observe in families and in the children's situations, the positive feedback they receive from both parents and children, and the sense of emotional closeness that develops with family members, which makes the work more engaging. The professionals also describe feeling personally energised by using the method. Additionally, they express confidence in the intervention's structured format, which supports them in building meaningful connections with the children.

Part II of the chapter offers an analysis of why Family Talk seems to work well for both families and professionals. The analysis draws on a research study identifying essential components for successful interventions or psychotherapy, regardless of theoretical orientation. These include the conversation leader's empathy, the way the leader relates to the client, the early development of a strong alliance, and the leader's belief in the method. According to the professionals, all these components are present in Family Talk. A central aspect of the method is the facilitator's approach to clients—not as an expert, but with the intention of establishing a subject-to-

subject relationship. The parents' personal narratives are given importance, allowing them to share their unique perspectives rather than being reduced to a diagnosis or problem. They are invited to contribute their own views on how their family situation might improve. This respectful and collaborative approach is described as a key factor in the intervention's effectiveness.

Inledning

Följande kapitel har två delar. Den första delen handlar om hur de professionella ser på interventionen Family Talk och den andra delen är en analys av hur man kan förstå vad det är som gör att interventionen fungerar så väl både för familjerna som den riktar sig till och för dem som arbetar med den.

Om interventionen Family Talk

I Sverige har interventionen Family Talk blivit känd som Beardslees familje-intervention (BFI) men i denna text kommer ursprungsnamnet Family Talk att användas och i texten förkortas FT. I internationell litteratur används alltid namnet Family Talk. Interventionen har utvecklats av den i Boston verksamme barn-psykiatern och professorn William Beardslee [1] och hans forskningsteam. Här kommer interventionen att beskrivas kort men för en utförligare beskrivning av metoden, se Anita Cederströms beskrivning av den [2].

Interventionen utvecklades till att börja med för att förebygga ohälsa och främja barns utveckling när en förälder har diagnosticerats med depression, ångest eller bipolaritet. Interventionen kan dock användas i alla de grupper som infattas i den svenska lagstiftning som först kom år 2010 och som senare fått tillägg (HSL 2017:30, kap.5 § 7), dvs när en förälder har en allvarlig sjukdom, när en förälder plötsligt dött eller har andra allvarliga problem, som man vet kan leda till en negativ utveckling också för barnen. I senare lagstiftning har också barn som varit utsatta för våld och som har frihetsberövade föräldrar lagts till. I de senare fallen är interventionen oprövad (saknas forskning) men det bör gå att använda FT också i de familjerna. Med några justeringar av interventionen har den också använts i familjer, där ett barn har cancer, också här med gott resultat [3, 4, 5]. Det fungerar med andra ord att använda interventionens i flera olika sammanhang. Det som behöver ändras kan vara de psykoedukativa inslagen och att de anpassas till aktuellt sammanhang. En viktig del i de psykoedukativa inslagen är de som handlar om de så kallade "skyddande faktorerna" [skyddande faktorer, se 6, 7], det vill säga de faktorer som bildar en motvikt till riskfaktorerna och som i sin tur tillsammans bildar *resilience* (svåröversatt ord, som brukar översättas med motståndskraft). De skyddande faktorerna är ju gemensamma för alla människor och där behöver inget ändras.

Interventionen är förebyggande, manualbaserad och tydligt strukturerad och syftar till att främja barnens utveckling genom att *öppna upp kommunikationen* inom familjen kring föräldrarnas psykiska ohälsa eller annat huvudsakligt problem, *stödja*

föräldrarna i deras föräldrafunktion och uppmärksamma föräldrarna på skyddande faktorer och hur de kan stödja dessa i relation till sina barn. Metoden är med andra ord företrädesvis hälsofrämjande. Syftet med interventionen är att genom att främja de skyddande faktorerna, *starta en process* som bygger upp *resilience* i familjen med barnen i fokus. Interventionen består av 7 moduler.

Interventionens moduler består först av två möten med föräldrarna. Sedan följer ett möte med varje barn i familjen, därefter ett planeringsmöte med föräldrarna och sist ett familjemöte. På planeringsmötet summeras vad som kommit fram i de olika mötena, de olika perspektiven lyfts fram, det diskuteras hur familjen kan komma vidare och vad som ska tas upp på det kommande familjemötet. När det gäller planeringen för familjemötet diskuteras och läggs stor vikt vid hur man kan tala om föräldrarnas sjukdom eller andra problem så att det blir begripligt för barnen och hur man kan hitta lösningar på eventuella problem som finns i familjen. De skyddande faktorerna betonas och klargörs, som motvikt till eventuella riskfaktorer hos respektive barn. Samtalet förs vidare om hur de skyddande faktorerna kan utvecklas för respektive barn. Det är föräldrarna som ska hålla i familjemötet med stöd av samtalsledaren vid behov. Föräldrarna uppmanas att föra anteckningar om vad man kommer fram till på planeringsmötet. Efter cirka en månad efter familjemötet hålls ett uppföljande möte och efter ca 6 månader ytterligare ett. Vid de uppföljande mötena diskuteras om familjen uppnått vad som planerats för i familjemötet och om det behövs mer insatser gällande barnen eller för andra familjemedlemmar.

Viktiga teoretiska utgångspunkter i mötet med familjemedlemmarna är betonande av styrkor i familjen, att interventionen ska vara framtidsinriktad, ge hopp, vara lösningsinriktad och lyfta upp vad som kan vara olika glädjeämnen i familjen. Centralt är också den narrativa aspekten, familjemedlemmarnas egna berättelser om sitt liv och situation betonas, det vill säga att det ses som viktigt att möta den unika människan. Den som genomför interventionen ska sträva efter ett "subjekt-subjekt"-förhållande, där man förhåller sig till föräldrarna, inte som en expert i första hand, utan en samtalspartner som vänder sig till föräldrarna och efterfrågar också deras syn på hur man kan finna lösningar. Att de professionella faktiskt har kunskap om föräldrarnas sjukdom och vad som är centralt när det gäller barns utveckling är naturligtvis viktigt och självklart men man förväntar sig med andra ord att föräldrarna ska vara en aktiv part i diskussionen och inte en passiv part som bara får goda råd [8]. När det gäller kommunikationen kring föräldrarnas sjukdom och psyko-educationen ska det ske med hänsyn till barnens behov, utvecklingsnivå och frågor. Centralt är också att lyfta upp familjemedlemmarnas olika perspektiv, där barnens perspektiv är särskilt fokuserat. När de olika perspektiven lyfts fram blir det klargörande för familjemedlemmarna att man kan se mycket olika på samma företeelse. Det blir tydligare att det krävs kommunikation för att man ska nå en ökad förståelse för varandra.

Att stärka föräldrarnas roll som föräldrar är centralt i interventionen. Hur man uppfattar sig själv som förälder är viktigt för den egna identiteten [se t.ex. 9, 10]. Att

uppleva sig som en ”dålig” förälder påverkar identiteten och måendet negativt och att uppleva sig som ”tillräckligt god” förälder påverkar givetvis i positiv riktning. Föräldrarnas förbättrade mående är ju något som också gagnar barnens mående [11].

Deltagande i FT ska vara frivilligt och det är rimligt att utgå från att det är sannolikt att i de familjer där det är risk för omhändertagande av barnen, så avstår föräldrarna i många fall från att delta i interventionen. För att delta i interventionen, krävs också att föräldrarna förstår att deras allvarliga sjukdom eller problem kan innebära svårigheter för deras barn.

Forskning om metoden

Sammanfattande kan sägas att FT har en stark forskningsbas med både jämförande, kvantitativa och kvalitativa studier som visar att interventionen fungerar. Nya publikationer om forskningsstudier kommer kontinuerligt. Interventionen har mest forskningsstöd, även internationellt, av alla interventioner som rör prevention och främjande av barns utveckling och psykiska hälsa, när en förälder har allvarlig sjukdom, som innebär risk för barnens utveckling. Forskningen visar att interventionen fungerar enligt uppsatta mål och inte heller gör skada. Det senaste är särskilt viktigt då det gäller förebyggande arbete och i synnerhet när det också gäller barn.

Den jämförande/uppföljande forskningen har varit inriktad på den grupp där det finns barn som har en förälder som har diagnosticerats med depression, ångest eller som bipolär [11–17]. I Sverige har också en kvasiexperimentell studie genomförts [18]. Det pågår också mycket forskning på flera håll internationellt, bland annat några RCT-studier, (Randomiserade kontrollerade studier) dels i Irland [19] och dels i Danmark [20] men än så länge finns inte något publicerat från dessa RCT-studier.

Forskning finns också om familjer där en förälder har kontakt med psykiatri oavsett diagnos [21–24] eller när en förälder har en psykos [25]. Endast en mindre studie finns när en förälder har beroendesjukdom [26].

Under senare år har mycket forskning publicerats där en förälder har en allvarlig somatisk sjukdom, såsom cancer och/eller där en förälder är i palliativ vård som visar att FT ger ett gott resultat även i detta sammanhang [27–34].

När det gäller hur de professionella som arbetar med FT finns det en kvantitativ studie som också tagit upp hur frågan om hur man uppfattar att arbeta med FT inom vuxenpsykiatri [35]. En tredjedel av respondenterna upplevde att den nya arbetsmetoden (FT) innebar viss stress i arbetet men 90 procent uppgav samtidigt att interventionen gav glädje i arbetet och 40 procent menade att samverkan med socialtjänsten hade stärkts. Övriga studier kring de professionella och FT har huvudsakligen behandlat traditionella implementeringsfrågor, som till exempel organisationsstrukturer och chefers roll i implementeringen, och huruvida FT kan ses som tillämplig i den aktuella verksamheten. Den delen av forskningen tas inte upp här.

Den aktuella studien

Forskningsfrågan i den studie som redovisas här var: Hur upplever de som arbetar med FT att det är att arbeta med interventionen?

Studien var en del av den utvärdering (godkänd vid etisk prövning vid Umeå universitet Dnr 07-02M)) som gjordes efter att interventionen implementerats nationellt, huvudsakligen i psykiatrin, med statliga medel via Socialstyrelsen och med start år 2006. I sin helhet har inte undersökningen som gäller de professionellas syn på FT tidigare rapporterats. När implementeringen avslutades var cirka 100 personer utbildade i FT i Sverige, varav några utbildats i norra Sverige före det statligt finansierade projektet. För att inkluderas i studien skulle respondenterna ha arbetat i minst ett halvår och gjort flera interventioner efter de två som görs under utbildningen. De som intervjuades var med ett par få undantag verksamma i psykiatrin. Nämnas bör, att vid tiden då denna implementering gjordes och när intervjuerna genomfördes fanns inte nuvarande lagstiftning inom hälso-och sjukvården och det var då inte självklart att barnen skulle inkluderas i arbetet inom vuxenpsykiatri eller i somatisk vård av vuxna.

De *semistrukturerade intervjuerna* med de professionella genomfördes av två intervjuare (Första och andra författaren). Intervjuerna hade olika ingångar till studien, Anita Cederström (AC) var känd av dem som intervjuades, som den som ansvarade för den totala utvärderingen av den statliga satsningen, var grundutbildad och utbildad som utbildare i metoden. AC hade dock vid intervjutillfället inte utbildat någon av respondenterna. Anna Demetriades (AD) var inte känd av deltagarna i studien och var heller inte utbildad i metoden. AD skrev sin Masteruppsats utifrån de 10 intervjuer som hon genomfört med AC som handledare [39].

Det är rimligt att tänka att svaren från intervjupersonerna skulle kunna variera med respektive intervjuare med tanke på deras olika roller för respondenterna men svaren från alla intervjupersonerna var påfallande lika och de var det oavsett intervjuare. Det kan därför påstås att intervjuerna hade hög validitet. Tanken var att intervjua alla som då var utbildade i metoden i Sverige, som uppfyllde kriterierna för deltagande, men då svaren från respondenterna var just så samstämmiga och med så liten variation uppfattades att en så kallad "mättnad" hade uppnåtts och att det inte skulle ge mer att intervjua alla. Totalt hade då 35 personer intervjuats. Figur 1 visar intervjuguiden.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem? Nka Barn som anhöriga 2025:2

1. Information om studien, anonymitet etc.
2. Det här att arbeta med BFI/FT hur tycker du det är?

Följande frågor behöver inte ställas i bestämd ordning

3. Hur gör du när du ska motivera familjerna till interventionen? Hur tycker du detta arbete är?
4. Att genomföra interventionen: Finns det situationer där det blir svårt? Problematiskt? Hur är det generellt sett? Hur känner du för arbetssättet?
5. Hur tycker du det är att ta med barnen i processen? Att intervjua dem?
6. Tycker du att det skett förändringar i de familjer där du genomfört interventionen? Beskriv i så fall hur. Positiva förändringar? Negativa förändringar?
7. Finns det några familjer där du tycker att interventionen inte passar?
8. Hur tycker du att interventionen uppfattas av dina arbetskamrater? Chefer?
9. Hur fungerar interventionen på din arbetsplats? Svårt? Lättmotiverat? Tidsbrist?
10. Är det något som jag inte frågat om som du vill tillägga? Fråga?
11. Tack för att du tog dig tid till intervjun!

Figur 1.

Analys av intervjuerna

Analysen i föreliggande studie är induktiv och har gjorts genom att respondenternas svar på intervjufrågorna har sammanställts och rapporteras på gruppnivå.

Resultat – glädjen i att arbeta med metoden

På den inledande frågan: "Kan du berätta hur du tycker att det är att arbeta med Beardslees familjeintervention?" svarade alla med enfaset, med lite olika formuleringar, hur roligt de tycker det är att arbeta med interventionen. "Det är så kul!", "Skulle inte arbeta kvar i psykiatri om det inte vore för denna metod", "Skulle bara vilja jobba med detta. Det är så himla roligt" "Det ger mig så mycket", "Det är helt fantastiskt". Försättningen av intervjuerna kom sedan att till största delen att handla om varför respondenterna kände sådan glädje och tillfredsställelse i att arbeta med metoden innan de övriga frågorna ställdes.

På frågan vad det är som gör att det är så roligt och tillfredsställande att arbeta med metoden nämndes flera anledningar.

Det som framförallt gav den stora glädjen var att respondenterna såg så stora förändringar i de familjer de arbetade med. Några talade till och med om "mirakel" när det gällde de förändringar de såg i familjerna och andra berättade om klienter som i årtal haft kontakt med psykiatri och som efter FT mår så mycket bättre att de inte längre behöver ha kontakt.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem? Nka Barn som anhöriga 2025:2

Flera framhöll att en del av det som gör det så roligt att arbeta med metoden är att det ger så mycket energi och lust, något de menade att de inte är så vana vid, det vill säga detta med att *få* energi, då de arbetar med människor som oftast har en mycket svår livssituation.

Respondenterna kände också stor glädje i att de fick så mycket positiv respons från föräldrarna. Föräldrarna berättade också ofta för dem att barnen har tyckt att det varit bra att tala med dem som genomförde interventionen.

En annan viktig del var att känna sig så trygg med metoden och dess "loggbok" (ett koncentrat av Manualen) och att den alltid fungerade så väl. "Jag gjorde så lite och ändå blev det så bra". Flera beskrev att de tidigare varit kritiska till användning av manualbaserade interventioner men att de med FT inte kände sig låsta av metoden. "Loggboken" hjälpte till att hålla struktur på samtalen och det gav i sig trygghet i arbetet med familjerna.

Flera talade om den osäkerhet de förr känt inför att i sitt arbete tala med barn. De tyckte att de nu fått ett bra instrument för att göra det och att det också var så roligt att ha kontakt med barnen – och, viktigast av allt, de uppfattade att de medverkade till att barnen fick det så mycket bättre i sina familjer. Alla studier som gjorts av FT visar också att barnen fått det bättre. Från en kvalitativ studie [23] kan ett citat från ett barn hämtas, som är ett exempel på vad FT kan betyda för barnen: "Det stora tunga försvann". Tilläggas kan, att när det gäller patienternas barn, så talade de professionella överlag om sitt engagemang kring barnen och att barnen fått mycket större plats på deras arbetsplats. De uppfattade sig ha blivit en slags självutnämnda barnambassadörer och att de numera alltid frågade sina arbetskamrater, om det hos de vuxna de arbetade med, fanns omyndiga barn i hemmet. Flera berättade också hur uppmärksamma de blivit på hur olika det kunde vara för barnen, olika på ett sätt som de inte tidigare reflekterat så mycket över. Vissa barn uppvisade inga problem och för vissa kunde det redan utvecklats stora problem. När respondenterna talar om detta, "mäter" de "problem" med hur förhållandet mellan risk- och skyddande faktorer ser ut för barnen.

Flera nämnde att något viktigt de hade med sig från utbildningen i metoden, var att verkligen se till det speciella i varje familj och hur föräldrarna själva ser på situation och hur den kan förbättras och inte vara så fokuserad på vilken diagnos som föräldern hade, utan mer på hur just den här personen hade det i sitt liv, hur man såg på sin sjukdom och hur den personen såg på hur förbättringar skulle kunna ske. Att vara fokuserad på de enskilda familjemedlemmarnas berättelser kring sitt liv gjorde arbetet mer spännande. Mötena blev viktiga också för en själv. Att genomföra interventioner innebar att man kom väldigt "nära" de olika familjemedlemmarna, upplevelsen var att det var lätt att få en fördjupad relation till dem.

Flera av intervjupersonerna nämnde att interventionen också haft det goda med sig att man fått ökad samverkan från psykiatrins sida med socialtjänsten och vice versa. Samverkan hade också ökat på den egna arbetsplatsen.

Vilka hinder och svårigheter fanns det i arbetet med interventionen?

De flesta menade att de fungerade bra med alla slags familjer som de fick kontakt med i sitt arbete. Några nämnde dock att de kunde se vissa begränsningar i arbetet med de föräldrar som hade en narcissistisk personlighetsstörning men att de även i dessa familjer såg förbättring.

Hinder kunde vara att de inte fick tillräckligt med tid för att arbeta med interventionen och att det fanns chefer som var skeptiska till metoden och därför inte lät dem arbeta med interventionen så ofta som de önskade. Ett annat hinder, som några respondenter tog upp, var att det hos några arbetskamrater fanns ett stort motstånd mot att arbeta med hela familjen och inte bara med de vuxna.

Slutord till del I

Resultatet är tydligt – att arbeta med FT ger så mycket glädje och tillfredsställelse, så som också konstaterades i studien av Solantaus och Toikka år 2006 [38].

Vad kan det då vara i interventionen som gör att det upplevs så positivt att arbeta med den?

Det grundläggande svaret på den frågan ger respondenter själva. De ser så positiva resultat i sitt arbete – ”utan att jag knappt gjort något” – och de upplever att de kommer sina klienter nära i en positiv mening. Vidare att de får positiv respons från familjemedlemmarna, det är spännande, det ger energi och de känner stöd i metodens struktur, vilket i sin tur ger trygghet i arbetet.

Forskningen om hur interventionen fungerar när det gäller familjerna visar ju också att FT fungerar bra ur familjemedlemmarnas synvinkel. Det finns kvalitativ forskning som visar att föräldrarna beskriver just det som också praktikerna i förevarande studie talar om när det gäller hur de blir bemötta av föräldrarna. Föräldrarna beskriver hur de snabbt får förtroende för och känner sig trygga med dem som arbetar med metoden. De beskriver dem som ”professionella” och duktiga med att tala med barnen [12, 24].

Vad kan det vara i interventionen som gör att den är hälsofrämjande både för familjerna och för dem som genomför interventionen? Denna fråga leder fram till Del II författad av Anita Cederström.

Om Family Talk: Del II

Vad kan det vara i interventionen som gör att både familjemedlemmar och de professionella uttrycker tillfredsställelse med interventionen?

All forskning om Family Talk visar att den är hälsofrämjande för de familjer som deltar i den. Interventionen kan ses som hälsofrämjande också för dem som genomför den [39]. En sida av det blir hälsofrämjande även för de professionella är den stora glädjen de känner i arbetet med FT som beskrivs ovan i Del I. Vad är det då i interventionen som gör att den får så positiva resultat?

Bruce Wampold beskriver i boken ”The Great Psychotherapy Debate” vad forskningen visat, när det gäller vad som är verksamt för ett gott resultat i psykoterapi *oavsett* teoretisk inriktning [40]. Det är fyra olika aspekter som betonas. Den första aspekten är given, det vill säga att terapeuten kan känna empati. Den andra handlar om terapeuten själv, det vill säga hur terapeuten uppför sig i kontakten med klienten. Forskningen visar vidare att hur terapeuten förhåller sig till klienten har större betydelse för utfallet än vilken typ av terapi det är fråga om. Att det tidigt bildas en allians mellan terapeut och klient är också centralt. Till sist; det är viktigt att terapeuten tror på sin metod. Nu är FT inte psykoterapi utan en pedagogisk metod men processerna kring den förändring som man arbetar mot liknar den i psykoterapi. Det kan därför vara fruktbart att här använda dessa fyra kriterier för att ett gott behandlingsresultat skall uppstå, för att undersöka huruvida de kan belysa den ömsesidiga tillfredsställelsen med interventionen och vad det kan vara i interventionen som gör att den fungerar så bra.

I den fortsatta undersökningen av vad det kan vara i interventionen som gör att den fungerar så väl, kommer den att huvudsakligen att hålla sig kring vad som händer mellan de vuxna, mellan den professionelle och föräldrarna. Det förklaras av målen med interventionen, varav stärkandet av föräldrafunktionen är en central del. Om föräldrarna mår bättre, om de vet hur de kan motverka eventuella riskfaktorer och gynna skyddande faktorer hos barnen, mår barnen bättre.

Det första basala, begreppet ”*empati*”: När det gäller de professionella som intervjuats för studien av hur de uppfattar FT, så har ju inte frågan om de har empati på något sätt undersökts specifikt men det finns inte heller något i deras svar som skulle antyda att de inte har förmåga till empati.

Förmågan att känna empati samvarierar naturligtvis med hur den professionelle generellt uppför sig i förhållande till en klient. Om man dock mer specifikt ser på vad som händer i FT, så finns det grundläggande ”regler” för hur den professionelle ska

förhålla sig klienterna och som bör ha betydelse för utfallet. Om man då undersöker närmare den andra viktiga aspekten i vad som bestämmer att en psykoterapi blir lyckad, det vill säga *hur terapeuten förhåller sig till klienten*, kan följande konstateras. Som inledningsvis beskrivits, ses det som viktigt i interventionen att dra in föräldrarna som en aktiv part i samtalen. Hur de ser på sin situation och hur den kan förbättras och hur de ser på att problem kan lösas efterfrågas. I detta förhållningssätt ingår också att möta föräldrarna respektfullt och se varje förälder som en person som kan bli en "tillräckligt god förälder" trots den eventuella sjukdom, de svårigheter och problem som de har. I den process som då uppstår har föräldrarna stora möjligheter att få uttrycka och bli sedda i hur *just de* har det i sitt liv, sedda som en unik människa med sin speciella historia och inte i första hand som en människa med en sjukdom eller problem. I den process som uppstår med den professionelles stöd och frågor uppstår en situation som kan ses som en "empowerment"-process. Föräldrarna uppmärksammas på och kan själv uppmärksamma sina resurser och hur de kan utveckla dem och växa som personer.

Den ömsesidighet som uppstår när föräldrarna blir sedda som en resurs för sina barn – att det går att vara en tillräckligt bra förälder trots sin allvarliga sjukdom eller andra allvarliga problem leder i sin tur till att föräldrarna också ser på de professionella som en resurs [23]. Som tidigare nämnts, och enligt klassisk socialpsykologi, har det stor betydelse för hur du uppfattar dig själv, hur du uppfattar att "den andre" ser på dig.

Ömsesidigheten i att se varandra som en resurs leder vidare till det tredje begreppet "*allians*". Att uppnå en "*allians*" innebär att det finns en trygghet i relationen och att det finns en tydlighet i vad man försöker uppnå med interventionen. När det gäller att tidigt uppnå en *allians*, finns det också forskning som stödjer att det sker i arbetet med FT [23]. Det som ovan tagits upp med hur de som genomför interventionen förhåller sig till föräldrarna och att föräldrarna uppfattar dem som trygga och professionella har betydelse för att det uppstår en *allians* redan efter första eller andra mötet. Det är rimligt att anta att också interventionens tydlighet och struktur kan ha betydelse för bildandet av *allians*. Denna tydlighet och struktur ger föräldrarna viss kontroll över vad som händer under interventionen. Det finns ingen dold agenda och de olika delarna i interventionen är tydligt motiverade. Denna *allians* är också viktig när det blir dags att träffa barnen. Föräldrarna kan då förmedla, medvetet eller omedvetet till barnen, att den som kommer för att tala med dem är en bra person som går att lita på.

Att det mänskliga mötet, hur en behandlare/professionell förhåller sig till en klient är avgörande för hur utfallet av behandlingen/interventionen blir, får också en studie inom ett helt annat område ge exempel på. Denna studie är *ett* exempel på hur viktigt det lyssnande och inkännande mänskliga mötet är för att en patient/klient ska känna sig mycket bättre. I en RCT-studie som gjordes kring placebo [41] jämfördes tre grupper med patienter som hade IBS (irritable bowel syndrom). Den första gruppen fick ingen behandling, den andra fick efter ett kort

informativt samtal akupunktur och den tredje gruppen fick samma typ av akupunktur som den andra gruppen men efter ett längre samtal, där patienten före akupunkturen ingående fick tala om *just sina* symtom och besvär. Patienterna möttes av inkännande kommentarer, vilket visade att patienten var lyssnad på av den behandlande personen. Av dem som genomförde studien bedömdes akupunkturen i sig ha minimal behandlande effekt men det var inget som man meddelade deltagarna. Resultatet visade att de som fick den längre inkännande samtalskontakten före behandlingen upplevde sig må betydligt bättre efter behandlingen. De mådde också mycket bättre än deltagarna i de två andra grupperna. Denna studie visar ju hur viktigt det är för människor att respektfullt bli lyssnade på samtidigt som de blir sedda som en unik person med sin speciella livssituation och inte bara som en person med diagnosen IBS. I denna studie betonas igen, hur betydelsefullt det är för ett lyckat resultat av behandlingen hur den professionelle/behandlaren/terapeuten förhåller sig till klienten/patienten.

Den sista aspekten om vad som främjar ett positivt utfall av en behandling/intervention är att *behandlaren tror på sin metod*. Att starkt tro på en metod och utfallet av den för med sig suggestionseffekter. Klienten uppfattar denna tro på metoden och kan då ofta också bli påverkad och tänka att metoden kommer att hjälpa dem, vilket i tur kan innebära placeboeffekter.

Del I i detta kapitel visar hur de professionella uppfattar metoden, det vill säga att de har stor glädje i arbetet med den och att de får energi av arbetet med den. Flera av dem nämner att de skulle vilja arbeta med metoden hela tiden. Dessutom uppfattar de att de familjer som tar del av interventionen får det så mycket bättre. De uttrycker med andra ord stor tilltro till metoden.

Sammanfattningsvis kan konstateras att, när det undersöks vad det är som gör att både familjemedlemmar och de professionella är så nöjda med FT, så uppfylls alla de kriterier som forskning kommit fram till är väsentliga för att utfallet ska bli positivt, nämligen att behandlaren kan känna empati, att den professionelle/terapeuten/behandlaren uppför sig på ett sådant sätt att det inger förtroende och trygghet, att man uppnår en arbetsallians och att behandlaren tror på sin metod. Beståndsdelarna till att detta byggs upp i FT, kan framförallt sökas i hur behandlarna förhåller sig till klienterna, med respekt, med en syn på den enskilda klientens unika situation och med tilltro till deras resurser och där klienten bjuds in som en aktiv samspelepartner. Det förhållningssättet har ju också stor betydelse för att det tidigt kan bildas en "allians". Interventionens tydliga och motiverade struktur, där målen för interventionen är klart formulerade och där strukturen betonas vid varje möte, "förra gången talade vi om...hur har det varit efter det mötet?" "Nästa gång ska vi ..." bör också vara en viktig beståndsdel [se t.ex. 42]). Den tydliga strukturen med sina klart formulerade mål förmedlas till föräldrarna innan man startar interventionen och den strukturen är också ett stöd för den som genomför interventionen, utan att de känner sig låsta av den.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

Som *slutord* kan sägas, utifrån studier av hur FT uppfattas av klienter och professionella, att det starka fokus som psykiatrin ofta har idag, kanske detsamma också i hälso- och sjukvården generellt, på patienternas diagnoser och hur *diagnosen* ska behandlas, ibland kan ta formen som om patienten är sin diagnos. Det synsättet borde kompletteras med ett mer individfokuserat arbetssätt, där man ser till varje individs unika livssituation och upplevelser kopplade till sin diagnos eller andra bekymmer. Generellt sett, borde man i vården lägga mer tid på samtal med patienten/klienten, se och möta *just den* klienten, den unika människan. Sådana samtal skulle i sig kunna ha en ytterligare läkande effekt.

Referenser

1. Beardslee, W.R. (2002). Out of the darkened room: when a parent is depressed: protecting the children and strengthening the children. Boston: Little, Brown and Company.
2. Cederström, A. (2022). Beardslees familjeintervention – en hälsofrämjande och förebyggande intervention för barn i risk. Family talk preventive intervention. Nka Barn som anhöriga 2022:4. Linnéuniversitetet.
3. Ayob, M., Udo, U., Årestedt, K., Kreichberg, U. & Lövgren, M. (2024). The Family Talk Intervention in Pediatric Oncology: Potential Effects Reported by Parents. Children 2024, 11, 95. Doi.org/103390.
4. Holm, M., Lundberg, E., Lövgren, M. & Ljungman, L. (2023). Parenting a child with cancer and maintaining a healthy couple relationship. Findings from the Family Talk Intervention. Pediatric Blood & Cancer, 2023, 71, (1) Doi: 10.1002/pbc.30709.
5. Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992). Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. New York: Cornell University Press.
6. Eklund, R. & Lövgren, M. (2022). The Family Talk Intervention in pediatric oncology from the children´s perspective. Journal of Pediatric Oncology Nursing. 2022. Doi: 0.1177/27527530221068423.
7. Beardslee, W.R., Watson, R., Avery, M., Ayoub, C.C., Watts, C.L. & Lester, P. (2010). Building resilience. The power to cope with Adversity. www.zerotothree.org/reprints.
8. Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992). Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. New York: Cornell University Press.
9. Beardslee, W.R., Swatling, S., Hoke, L. Rothberg, P.C., van de Velde, P. Focht, L. & Podorefsky, D. (1998). From cognitive information to a shared meaning. Healing principles in preventive intervention. Psychiatry, 1998; 61:112-129.
10. Campell, L. Hanlon, M-C, Weng Cheong Poon, A., Paolini, S., Stone, M. Cohen, M. (2012). The experiences of Australian parents with psychosis. The second Australian national survey of psychosis. Australian & New Zealand Journal of psychiatry, 46(9), 890-900. Doi: 10.1177/0004867412455108.
11. Jones, M., Pietilä, I., Joronen, K., Simpson, W., Gray, S. & Kaunonen, M. (2016). Parents with mental illness – A qualitative study of identities and experiences with support services. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 23(8), 471-478- DOI: 10.1016/j.epr.2017.11.009
12. Giannakopoulos, G., Solantaus, T., Tzavara, C. & Kolaitis, G. (2021). Mental health promotion and prevention interventions in families with parental depression: A randomized controlled trial. Journal of Affective Disorders 278 (2021) 114-121.
13. Beardslee, W.R., Hoke, L., Wheelock, I., Rothberg, P.C., van de Velde, P. & Swatling, S. (1992). Initial Findings on Preventive Intervention for Families with Parental Affective Disorders. American Journal of Psychiatry, 149:1335-40.

13. Beardslee, W.R., Salt, P., Porterfield, K., Clarke Rothberg, P., van de Velde, P., Swatling, S., Hoke, L., Moilanen, D. & Wheelock, I. (1993). Comparison of Preventive Interventions for Families with Parental Affective Disorder. *J.Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 32:2 March 1993.
14. Beardslee, W.R., Versage, E.M., Wright, E., Salt, P., Rothberg, P.C., Drezner, K. & Gladstone, T. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidens of change. *Development and Psychopathology*, 9:109-130.
15. Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E. J. & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children in risk: evidens of parental and child change. *Pediatrics*, 112:119-31.
16. Beardslee W.R., Gladstone T.R., Wright E.J. & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4):703-13.
17. Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W.R. & Paavonen, J. (2009). Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4):15-24.
18. Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S. & Punamäki, R.L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(12):883-92.
19. Wirehag Nordh, E.-L., Grip, K, Thorvaldsson, V., Priebe, G., Afzelius, M. & Axberg, U. (2023). Preventive interventions for children of parents with depression, anxiety, or bipolar disorder: A quasiexperimental clinical trial. *ACTA Paediatrica*, 112 (1), 132-142.
20. Furlong, M., McGilloway, S., Mulligan C., McGuiness, C. & Whelan, N. (2021). Family Talk versus usual services in improving child and Family psychosocial functioning in families with parental mental illness (PRIMERA – Promoting Research and Innovation in Mental health services for Families and children): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* (2021) 22:243. Doi:10.1186/s13063-021-05199-4.
21. Nielsen, S.S., Mikkelsen, L .J., Quade, N., Gladstone, T.R.G., Beardslee, W.R., Bonnemose, K., Rosenberg, N.K., Hjorthøj, C., Thorup, A.A.E., Nordentoft, M. & Ranning, A. (2023). A study protocol for the randomized controlled trial SAFIR FAMILY TALK: a sective primary preventive intervention vs. service as usual for children with parents with mental illness. *BMC Open Access* (2023) 24: 291
22. Pihkala, H., Cederström, A., Sandlund, M. (2010). Beardslee's Preventive Family Intervention for Children of Mentally Ill Parents: A Swedish National Survey. *International Journal of Mental Health Promotion*, Volume 12, Issue 1.
23. Pihkala, H., Sandlund, M., Cederström, A. (2012a). Initiating communication about parental mental illness in families: an issue of confidence and security. *International Journal of Social Psychiatry*, Volume 58, Number 3, 258-265.

24. Pihkala, H., Sandlund, M., Cederström, A. (2012b). Children in Beardslee's family intervention – Relieved by understanding of the parent's mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, Volume 58, Number 6, 623-628.
25. Mulligan, C., Furlong, M., McGarr, S., O'Connor, S. & McGilloway (2021). The Family Talk Programme in Ireland: A Qualitative Analysis of the Experiences of Families With Parental Mental Illness
26. Strand, J. & Meyersson, N. (2020). Parents with psychosis and their children: experiences of Beardslee's intervention. *Mental Health Nursing* (2020)29, 912-02
27. Pihkala, H., Dimova-Brännström, N. & Sandlund, M. (2017). Talking about parental substance abuse with children: eight families' experiences of Beardslee's family Intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2017, VOL. 71. NO. 5. 395-401.
28. Niemelä, M., Väisänen, L., Mashall, C., Hakko, H. & Räsänen, S. (2010). The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(6), E18-27.
29. Niemelä, M., Repo, J., Wahlberg, K-E., Hakko, H. & Räsänen, S. (2012). Pilot evaluation of the impact of structured child-centered interventions on psychiatric symptom profile of parents with serious somatic illness: Struggle for life trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30:316-330, 2012.
30. Eklund, R., Kreicbergs, U., Alvariza, A. & Lövgren, M. (2018). The family talk intervention in palliative care: A study protocol. *BMC Palliative Care* 17(1), 35.
31. Eklund, R., Kreicbergs, U., Alvaiza, A., Lövgren, M. (2020). Children's self-reports about illness-related information and family communication when a parent has a life-threatening illness. *Journal of Family Nursing*. E-print
32. Eklund, R., Alvariza, A., Kreicbergs, U., Jamsell, L. & Lövgren M. (2020). The Family Talk Intervention for families when a parent is cared for in palliative care – potential effects from minor children's perspectives. *BMC Palliative Care*, 19 (1), 50.
33. Eklund, R., Jamsell, L., Kreicbergs, U., Alvariza, A. & Lövgren, M. (2021). Children's experiences of the Family Talk intervention when a parent is cared for in palliative home care when a parent with dependent children has a life-threatening illness: A feasibility study from parents' perspective. *Palliative Support Care* 19 (2): 154-160, doi: 10.1017/S1478951520000735.
34. Eklund, R., Lövgren, M., Alvariza, A., Kreicbergs, U. & Udo, C. (2022). Talking about death when a parent with dependent children dies of cancer: a pilot study of the Family Talk intervention in palliative care. *Death Studies* 46(10): 2384-2394, doi: 10.1080/07481187.2021.1947415.
35. Alvariza, A., Jamsell, A., Eklund, R., Lövberg M. & Kreicbergs, U. (2021). The Family Talk Intervention in palliative home care when a parent with dependent children has a life-threatening illness: A feasibility study from parents' perspective. *Palliative & supportive care*, 2021-04, vol 19 (2), p. 154-160

36. Weber Falk M., Eklund, R., Kreicbergs, U., Alvariza, A & Lövgren, M. (2022). Breaking the silence about illness and death: Potential effects of a pilot study of the family talk intervention when a parent with dependent children receives specialized palliative home care. *Palliative & supportive care* 2022-08, Vol 20(4), p 512-518.
37. Holm, M., Lövgren, M., Alvariza, A., Eklund, R. & Kreicbergs, U. (2023). Experiences of being a severely ill parent of dependent children receiving care at home. Hope and challenges. *Palliative & supportive care*, 2023, Vol. 22 (1), p 169-173.
38. Solantaus, T. & Toikka, S. (2006). The effective family program: Preventive services for children of mentally ill parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(3), 35-42. DOI: 10.1080/14623730.2006.9721744.
39. Demetriades, A. (2010). Ett hälsofrämjande arbete. Personalens upplevelse av Beardslees familjeintervention – en metod för att nå barn när föräldrar har ett psykiskt funktionshinder. Magisteruppsats vid Örebro universitet, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete.
40. Wampold, B.E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
41. Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R.B., Kerr, C.E., Jacobson, E.E., Kirsh, I., Schyner, R.N., Bong Hym Nam, Nguyen, L. T., Park, M., Rivers, A.L., McManus, C., Kokkotou, E., Drossman, D. A., Goldman, P. & Lembo, A.J. (2008). Components of placeboeffects: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*, 2008, May 3, 336 (7651), 999-1003.
42. Norcross, J.C. (2010). *The therapeutic relationship*. I Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E. & Hubble, M.A. *The Heart & Soul of Change*. Second Edition. *Delivering What Works in Therapy*. American Psychological Association, Washington.