



**LUNDS**

UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

Frågor om Familjemedlemmar 1

## Frågor om Familjemedlemmar

-ett instrument för att undersöka Expressed Emotions i dyader.

Chia Ekroth

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2012

Handledare: Kjell Hansson

Frågor om Familjemedlemmar  
-an instrument to investigate Expressed Emotions in dyads.

Chia Ekroth

*Department of Psychology, Lund University*

**Abstract**

“Frågor om Familjemedlemmar” (FoF) is a self-rating scale consisting of 30 items divided on four subscales: perceived criticism (PC), perceived emotional involvement (PEI), critical remarks (CR) and emotional overinvolvement (EOI). The form is designed to measure the interaction in dyads.

The purpose of this study is to do a psychometric analysis and investigate if the instrument measures what it intends and if it is sufficiently sensitive to be used in clinical settings. It also aims to use the material to guide the use of FoF.

The form has through correlation analysis, at test-retest and Cronbachs alpha demonstrated good reliability on all four subscales and it shows proof of validity by correlation to other instruments and showed differences between normal and clinical groups. This form has in before and after measurements shown that it is sufficiently sensitive to be used in clinical settings also to get a picture of relationships in dyads. The instrument seems interesting in clinical settings.

Keywords: Expressed Emotions, family, family therapy, research, measures, test-retest

Psychotherapy exam thesis, 2012.

Supervisor: Kjell Hansson

Frågor om Familjemedlemmar  
-ett instrument för att undersöka Expressed Emotions i dyader.

Chia Ekroth

*Psykologiska Institutionen, Lunds Universitet*

**Sammanfattning**

Frågor om Familjemedlemmar (FoF) är en självskattningsskala bestående av 30 item fördelat på de fyra delskalorna perceived criticism (PC), perceived emotional involvement (PEI), critical remarks (CR) och emotional overinvolvement (EOI). Formuläret är skapat för att mäta interaktionen i dyader.

Syftet med denna studie är att göra en psykometrisk analys för att undersöka om instrumentet mäter det avsedda på ett tillförlitligt sätt och om det är tillräckligt känsligt för att användas i kliniska sammanhang. Syftet är också att kunna använda materialet som manual vid användning av FoF.

Formuläret har undersökts med hjälp av korrelationsanalys, t-test och i Cronbachs alpha och har visat god reliabilitet på alla fyra delskalorna. Det visar värden som tyder på validitet vid korrelation med andra instrument och visar skillnader mellan icke kliniska och kliniska grupper. Formuläret har i för och eftermätningar visat att det är tillräckligt känsligt för att användas i kliniska sammanhang också för att få en bild av relationer i dyader. Instrumentet förefaller intressant i kliniska sammanhang.

Sökord: Expressed Emotions, familj, familjeterapi, studier, mätningar, test-retest

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2012

Handledare: Kjell Hansson

## Innehållsförteckning

Abstract .....	2
Sammanfattning.....	3
Innehållsförteckning.....	4
Bakgrund .....	5
Inledning.....	5
Utvecklingen av begreppet Expressed Emotions (EE) .....	6
Expressed Emotions .....	7
Utvecklandet av Frågor om Familjemedlemmar (FoF) .....	9
Syfte .....	11
Metod .....	11
Statistiska metoder .....	11
Undersökningsgrupper.....	12
Undersökningsinstrument .....	13
Resultat.....	14
Data från icke kliniska grupper.....	14
Data från kliniska grupper.....	15
Reliabilitet genom test-retest.....	16
Validitet .....	16
Samband mellan FoF och andra instrument. ....	17
Formulärets känslighet - sensibilitet.....	18
Diskussion.....	19
Metodologiska begränsningar.....	23
Framtida forskning .....	23
Referenslista .....	24
Bilaga 1.....	27
Mall för rättning av Familjefrågor .....	27
Bilaga 2.....	28
Frågeformulär Frågor om Familjemedlemmar .....	28

## **Bakgrund**

I denna uppsats kommer det material som finns om utvecklingen och valideringen av formuläret Frågor om Familjemedlemmar (FoF) att sammanställas. Data har extraherats från existerande datamaterial och därefter analyserats.

## **Inledning**

Inom traditionell psykiatri och klinisk psykologi har diagnostik alltid haft stor betydelse. Inom familjeterapin har däremot attityden till diagnostik varit både oklar och negativ. Motståndet mot diagnostik har bland annat berott på att stämpnings- och attributionsteorier tidigt kom att ingå i familjeterapeutiskt tänkande. Flera familjeterapeutiska inriktningar anser att det inte finns något objektivt att diagnostisera, det som observeras uppfattas istället som en konstruktion av observatören. Om användandet av diagnosen blir det som styr terapeutens arbete kan diagnosen istället för att vara till hjälp innebära ett hinder för samskapande och samarbete i terapin. Trots denna kritik har det gjorts flera försök att skapa en användbar och systematisk diagnostik inom familjeterapin (Olsson & Pettit, 1999).

Vid familjediagnostik flyttas fokus från individen till familjen och individens tillstånd antas vara ett uttryck för problem i familjen och diagnosen ställs då utifrån problemens sammansättning och dess funktion. Fördelen med en diagnos kan vara, att den bidrar till kunskap om problemet och att den föranleder adekvata insatser samt ger en bättre förståelse av familjens historia och problematik (Schjødt & Egeland, 1994; Söderlind & Johansson, 2004).

För att kunna ge adekvat hjälp till familjer med olika former av problem behöver behandlaren få en bild av vilken typ av problematik som existerar inom familjen. Diagnostisering av familjerelationsproblematik har utvecklats och stärkts under de senaste årtiondena och det finns olika tillvägagångssätt för att upprätta en diagnos. Ett sätt är att fråga familjemedlemmarna om deras problem för att på så vis få fram en bild över familjens problem. Ett annat sätt är att använda sig av mätinstrument för att tydliggöra familjers och individers funktion utifrån dess kontextuella förhållanden (Söderlind & Johansson, 2004).

Socialstyrelsen har under senare år allt mer förespråkat att behandlingsarbete inom socialtjänst och hälso- och sjukvård sker utifrån en evidensbaserad praktik. Det innebär att en bedömning av klienters hjälpbehov och mätning av måluppfyllelse i behandlingen bör ske

regelbundet. Socialstyrelsen vill att standardiserade metoder används, vilket innebär att mätningar genomförs på samma sätt varje gång det används, mätningen skall definiera problem och visa om en insats ger resultat, det skall gå att mäta om det skett några förändringar hos klienten. Standardiserade metoder innebär också att mätningarna kan användas i vetenskapligt syfte. Det finns många olika instrument för att diagnostisera funktion på individ- eller familjenivå men de är inte alltid standardiserade.

Socialstyrelsens önskemål att använda standardiserade metoder kan därför innebära flera problem. En svårighet är att diagnostiska instrument ökar i användning även om det inte är vetenskapligt prövat att formulären mäter det de avser att mäta. Detta innebär en risk för att resultaten vid mätningarna blir felaktiga och Socialstyrelsens tanke om en evidensbaserad praktik i det sociala arbetet riskerar utebli. Därför behövs standardiserade metoder som stärker den professionellas bild av familjens problematik. Mätinstrument som kan användas för att kunna se eventuell förändring före och efter insats både för familjen och som måttstock på hur väl behandlingen faller ut (Socialstyrelsen, 2004).

Genom att använda mer än ett instrument vid bedömning får man ett bredare perspektiv och större tillförlitligheten om instrumenten fångar olika aspekter. Det minskar risken för att mätinstrument begränsar beskrivningen av människans beteende. Om instrumenten används felaktigt eller ensidigt kan det innebära en felbedömning. Om det används som ett komplement till den samlade kunskap som finns inom en profession är det istället ett användbart hjälpmedel. Behandlarna behöver väga in sin uppfattning och jämföra detta med vad instrumenten säger genom att göra en rimlighetsbedömning utifrån klinisk kunskap och erfarenhet (Lundström, 2005).

### ***Utvecklingen av begreppet Expressed Emotions (EE)***

Under 1950-talet ändrades intresset från att behandlingsmetoder fokuserat på arv och individ, till att fokusera på miljö och familjen. Med utgångspunkt från den då befintliga forskningen uppmärksammades att en grupp personer med diagnosen Schizofreni inte behöll sin symtomfrihet efter utskrivning från vård på sjukhus (Brown, Birley, & Wing, 1972).

Under 1960-talet avhospitaliserades vården vilket bidrog till att familjen fick ansvaret som primär vårdgivare vilket också möjliggjordes av den farmakologiska revolution som antipsykotisk medicinering innebar (Nicander, 2010; Orhagen, 1992). Denna utveckling gjorde att intresset för familjens roll ökade. Istället för att fokusera på individens problematik

funderade man på om familjen kunde bidra till att utveckla schizofreni. Hur familjeterapin utvecklades under denna period är starkt kopplat till behandlingen av psykos (Nicander, 2010).

Fyra stora forskningsgrupper påverkade psykosforskningen under 1950 - 1970-talet. De inriktade sig på kommunikation, särskilt mellan den symtombelastade familjemedlemmen och föräldrarna (Schödt & Egeland, 1994). De intresserade sig inte för kommunikationen med syskon i samma utsträckning. Palo Alto-gruppen utvecklade 1952 dubbelbindningsteorin (Bateson), Yalegruppen utvecklade 1958 teorin om föräldrakonflikt (Lidz), Bethesdagruppen bidrog 1958 med teorin om pseudokommunikation (Wynne) och 1959 kom Camberwellgruppen (Brown) med begreppet familjeklimat (Schödt & Egeland, 1994).

Ett antal forskningsbidrag avseende förklaringsmodeller och beskrivningar av kommunikationens betydelse och dess del i insjuknandet i psykos utvecklades under 1970-talet. Browns forskningsgrupp formulerade begreppet Expressed Emotion (Brown et al., 1972). Goldsteins forskningsgrupp vid UCLA i USA utvecklade ett kompletterande begrepp till Expressed Emotions, som de kallade "affektiv stil" (Read, Mosher & Bentall, 2004). Zubin och Spring skapade (1977) en integrativ modell (bio-psyko-social) för att förklara schizofreni (Nicander, 2010).

### ***Expressed Emotions***

De studier Brown et al. (1972) bedrev kring familjeklimatet och återfall i symtom ledde till utvecklingen av begreppet Expressed Emotions (EE) och omfattade komponenter som kännetecknade den kommunikation som förekom i de familjer där patienten återföll.

EE beskrev kommunikationsmönstret utifrån ett linjärt och kausalt förhållningssätt. Brown menade att kommunikationen orsakade stress och därmed återfall i symtom. Begreppet skiljde på högt och lågt EE. Högt EE innebar uttryck i form av kritiska kommentarer, fiendlighet till sätt eller handling och känslomässigt överengagemang i symtombäraren. Lågt Expressed Emotion däremot beskrevs som uttryck av värme och positiva kommentarer, men beskrevs vanligtvis i form av frånvaro av högt EE. Begreppet har fått kritik på grund av att det ansetts linjärt och kausalt och för att det betonar de anhörigas skuld (Nicander, 2010).

Vaughn och Leff (Roth & Fonagy, 2006) fortsatte studierna kring familjefaktorer, i synnerhet EE, avseende återfall i psykotiska symtom. De utvecklade Browns och Rutters

familjeintervju CFI (Camberwell Family Interview) och resultatet av deras arbete stärkte begreppets användbarhet och funktion (Nicander, 2010).

Goldstein med kollegor studerade också familjekommunikationens betydelse för utveckling och prognos när det gällde psykos. De omarbetade Browns och Rutters familjeintervju Camberwell Family Interview (CFI) till en kortare version kallad Five Minute Speech Sample (FMSS). Deras begrepp affektiv stil (Magaña, Goldstein, Karno, Miklowitz, & Jenkins, 1985; Read et al., 2004) beskrev beteende som liknande de i begreppet EE, men det tog hänsyn till ömsesidigt samspel, dvs. hur samspelet såg ut avseende stöd, kritik, skuldbeläggning och påflugenheter. Gruppen genomförde en longitudinell studie under 15 års tid (1972-1987). Studien fokuserade på familjens kommunikation när det fanns en familjemedlem med psykos. Studien visade att vissa familjemönster tycktes kunna utlösa psykotiska symtom, men de fann inte några resultat som styrkte hypotesen om att familjemönster kunde orsaka psykos (Nicander, 2010).

Under 1980-talet intresserade man sig allt mer, både i forskning och i praktiskt arbete, för hur anhöriga påverkades av att leva med en dysfunktionell familjemedlem (Orhagen, 1992). Det har idag blivit en naturlig del i olika behandlingsmetoder eftersom konsekvenserna blivit alltmer accepterade (Zabala, MacDonald, & Treasure, 2009). Tidigare tänkte man i första hand på hur föräldrarna påverkades men på senare tid har man allt mer uppmärksammat hur syskon påverkas (Ståhlberg, Ekerwald, & Hultman, 2004).

Det finns många olika sätt att mäta EE. Camberwell Family Interview (CFI) är det ursprungliga sättet att mäta EE och är fortfarande det mest använda (Hooley & Parker, 2006). CFI är en standardiserad intervju som vidareutvecklades av Leff och Vaughn (1985). Intervjun är omfattande och svåradministrerad. Intervjuaren genomgår två eller fler veckors utbildning, intervjun tar 1-2 timmar och kodningen ytterligare 2-3 timmar. Detta har lett till att forskare har sökt snabbare alternativ. Ett av de mest frekvent använda alternativen för att skatta EE är Five Minute Speech Sample (FMSS) som utvecklades av Magaña et al. (1985). FMSS innebär att den anhöriga pratar med patienten i fem minuter utan att bli avbruten. Även användandet av FMSS kräver en periods utbildning men har den fördelen jämför med CFI att intervjun tar fem minuter att genomföra och cirka 20 minuter att koda.

I den ursprungliga teorin om EE tänkte man att attityden till patienten var det som avgjorde återfallsfrekvensen. I senare forskning har man vid mikroanalyser funnit att det är ett



intressant samspel mellan patient och anhöriga i ett mer cirkulärt upptrappingsmönster som kan beskriva processen i relationer med hög EE (Goldstein, Rosenfarb, Woo, & Nuechterlein 1994). Det betyder att det är av intresse att undersöka en dyad i ett relationistiskt perspektiv, vilket formuläret FoF är utvecklat för att möjliggöra (Hansson & Jarbin, 1997).

### ***Utvecklandet av Frågor om Familjemedlemmar (FoF)***

Endast enstaka försök har tidigare gjorts för att mäta EE genom självvarsformulär. De mest intressanta försöken har varit Familiefragebogen (Feinstein et al, 1988) och The Family Emotional Involvement and Criticism Scale, FEICS, (Shields, Franks, Harp, McDaniel, & Campbell, 1992). Familiefragebogen hade i sin tyska version ett lagom format bestående av 20 item. Skalan tog upp attityden till patienten. Valideringen av skalan har skett och den korrelerar väl med Camberwell Family Interview (CFI), det ursprungliga och mest använda instrumentet för att mäta EE. FEICS är unikt eftersom det försöker mäta upplevd EE (Hansson & Jarbin, 1997). FEICS syftar också till att mäta EE, dvs. den EE som man själv utövar mot andra. Formuläret bestod av 14 item med fem svarsalternativ för varje item. Formuläret bestod av två delskalor perceived criticism (PC) och emotional involvement (EI). Dessa två begrepp överensstämmer med critical comments och emotional overinvolvement som är de två huvudfaktorerna i EE och som också mäts med CFI. Vilket innebär att FEICS och CFI stämmer väl överens (Shields et al., 1992).

Med dessa två instrument som grund konstruerades ett nytt frågeschema. Frågorna 1-14 hämtades från Shields självskattningsformulär FEICS, (Shields et al., 1992) och avsåg att mäta upplevd EE (perceived EE), vilket innebär den EE som upplevs riktas mot sig själv i motsats till den EE som utövas mot andra. Frågorna översattes och bearbetades av Kjell Hansson, 1995. Fråga 5,6 och 13 lades till. FEICS hade 5 alternativ i sitt frågeschema vilka behölls.

Frågorna 15-34 är hämtade hämtades från Familiefragebogen (Feinstein et al., 1988) översattes till svenska och bearbetades. Detta formulär hade fyra svarsalternativ medan det i den bearbetade formen fick fem svarsalternativ (Hansson & Jarbin, 1997), delvis för att överensstämma med Shields formulär. Frågorna handlade om kritik och emotionell överinvolvering. Skalan tog upp attityden till patienten. De avsåg att mäta given/riktad EE mot annan person.

Frågorna från Shields och Feinsteins formulär översattes och modifierades. Fråga 1-14 specificerades så att de riktas till en viss person istället för till familjen som helhet. Det gjord det möjligt att kunna använda formuläret för en specifik dyad. Fråga 15-34 har konsekvent modifierats så att man inte specifikt berör eller benämner psykisk sjukdom. Vissa av frågorna som tar upp emotionell överinvolvering har spetsats till för att beskriva en mer extrem situation jämfört med emotionell involvement.

Variablerna i FoF delades genom faktoranalys upp i variablerna perceived criticism (PC), perceived emotional involvement (PEI), critical remarks (CR) och emotional overinvolvement (EOI). De engelska termerna har behållits i denna studie. ”Perceived criticism” betyder närmast ”upplevd kritik” och ”perceived emotional involvement” betyder då närmast ”upplevd emotionell involvering” (Hansson & Jarbin, 1997).

Självsvarsformuläret FoF konstruerades för att undersöka och beskriva relationen mellan två personer, dyader. Med ett dyadinstrument skulle man mer tydligt kunna undersöka relationerna i en familj. Man skulle mer nyanserat undersöka den interpersonella perceptionen. Samtliga i en familj skulle besvara frågorna utifrån en specifik person i sin familj. Samtliga familjemedlemmar som förstår formuläret fyller i ett formulär om samtliga andra i familjen. I en familj bestående av två vuxna och två barn fyller var och en i ett formulär om relationen till var och en av de övriga familjemedlemmarna. Det innebär att 12 formulär fylls i avseende relationen till en annan vilket innebär att man får en bra bild av dyaderna.

De metoder som tidigare använts för att mäta EE har varit relativt tidskrävande och har krävt speciell kompetens. Ett självskattningsformulär skulle vara enklare att administrera och tolka. Formuläret var tänkt att användas mer allmänt än där det finns en utpekad patient. Frågorna behövde därför vara sådana att de skulle kunna besvaras av vem som helst utan att det finns en definierad patient. I detta formulär mäts både perspektivet att man ”ger”, riktar kritik och att man uppfattar kritik från den andre personen.

### ***Syfte***

Syftet med denna uppsats är att göra en psykometrisk analys för att studera reliabilitet och validitet, variation och samvariation, i kliniska och icke-kliniska grupper och jämföra de två grupperna. Eftersom sådana resultat inte tidigare presenterats har datamaterialet hämtats från tidigare datainsamlingar. Syftet är också att kunna använda materialet i en manual vid användning av Frågor om Familjemedlemmar (FoF).

### **Metod**

Denna undersökning bygger på existerande data från tidigare insamlade material, vilka redovisas nedan. Data från olika studier har analyserats med olika statistiska bearbetningsmetoder.

### ***Statistiska metoder***

För att undersöka begreppsvaliditet har ett antal andra instrument använts parallellt med FoF. Med hjälp av korrelationsanalys undersöktes om det fanns en samstämmighet mellan två olika variabler genom att beräkna korrelationskoefficienten ( $r$ ) som visar om det finns ett samband. För att titta på skillnaden mellan grupper användes t-test, alternativt parat t-test när det varit möjligt.

Reliabiliteten har mätts med Cronbachs alpha. Vilket är ett sammanfattande korrelationsmått, som mäter intern konsistens, mellan samtliga item. Måttet beskrivs med  $\alpha$  (alpha) och skall hamna mellan .70- .90, men .60 kan också vara acceptabelt. Måttet kan inte vara negativt eller över 1.0.

För att undersöka förändringen mellan olika mättillfällen och därmed formulärets känslighet före och efter behandling har test-retestmätning genomförts.

Signifikanta skillnader har beskrivits som: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  och \*\*\*  $p < .001$  när inget annat anges.

### ***Undersökningsgrupper***

Ett antal grupper har valts ut för att kunna studera om instrumentet visar någon skillnad i resultatet vid jämförelse av icke kliniska och kliniska grupper. En icke klinisk grupp studerandegrupp har valts ut för att undersöka formulärets reliabilitet och MTFC-studien har valts för att undersöka formulärets känslighet, sensibilitet. N anger antalet ifyllda formulär i denna beskrivning såväl som i tabellerna.

#### **Tvillingmammor från GEMA-studien.**

Icke klinisk grupp (N = 623-648, tillsammans 3821). Gruppen är hämtat från GEMA-studien som har sitt ursprung i det svenska tvillingregistret som finns på Karolinska sjukhuset. GEMA var en totalundersökning bestående av 326 tvillingmammor, dvs. kvinnor som själva är tvillingar, deras partner och ett tonårigt barn ur familjen (Reiss et al., 2001).

#### **Ungdomspsykos.**

Klinisk grupp (N=88). Studiegruppen bestod av ungdomar med diagnosen psykos på en sluten avdelning inom BUP i Lund (Jarbin, Gråwe, & Hansson, 2000).

#### **Barnpsykiatrisk öppenvård.**

Klinisk grupp (N=76). Denna grupp bestod av patienter från psykiatrisk öppenvårdsavdelning i Fagersta. Patienterna hade diagnoser inom spektrat psykos uns, schizoaffektivt syndrom.

#### **Studerandegrupp.**

Icke klinisk grupp (N=58). Gruppen består av 29 elever från Socialhögskolan i Lund.

#### **MTFC/TAU i Lund och Hässleholm.**

Klinisk grupp (N=68). MTFC-studien i Lund undersökte behandlingsresultatet för 35 ungdomar i åldern 12-18 år och med diagnosen conduct disorder där 20 fick MTFC (multidimensionell treatment in fostercare) och 15 fick TAU

(treatment as usual). Detta är den första randomiserade studien utanför USA och är ett samarbete mellan Socialhögskolan, Lunds Universitet, som ansvarade för studien och Familjeforum AB som ansvarade för behandlingen. Baslinjemätning genomfördes vid behandlingens start samt vid 6,12 och 24 - månaders uppföljning (Kyhle Westermark, Hansson & Olsson, 2011).

MTFC-studien (N=87) i Hässleholm undersökte behandlingsresultatet för 46 ungdomar i åldern 12-17 år med diagnosen conduct disorder. Hälften erhöll MTFC och hälften TAU. Socialhögskolan i Lund ansvarade för studien och ett behandlingshem i Hässleholm tillhörande SIS (Statens institutionsstyrelse) ansvarade för behandlingen. Baslinjemätning genomfördes vid behandlingens start samt vid 12 och 24 månaders uppföljning (Hansson & Olsson, 2012).

### *Undersökningsinstrument*

För att pröva begreppsvaliditeten i FoF har ett antal andra instrument använts för jämförelse. I de undersökningsgrupper som ingår i denna studie har ett flertal instrument ingått i de ursprungliga studierna och de som använts för jämförelse med FoF beskrivs nedan.

**Känsla av Sammanhang** (KASAM, ”Sense of Coherence”) har utvecklats för att mäta en livshållning, som kan öka motståndskraften mot sjukdom och därmed vara hälsobefrämjande. KASAM består av 29 item med fem svarsalternativ på varje item. Instrumentet har i tidigare studier i Sverige visat sig ha en tillfredsställande validitet och reliabilitet (Antonovsky, 1991).

**CES-D** (Center for Epidemiological Studies Depression scale) innehåller 20 frågor som mäter förekomsten av upplevd depression under den senaste veckan. Instrumentet har sensitivitet och dess reliabilitet och validitet är tillfredsställande i både internationella och svenska studier (Weissman, Sholomskas, Pottenger, Prusoff, & Locke, 1977; Gatz, Johansson, Pedersen, Berg, & Reynolds, 1993).

**FMSS** (Five Minute Speech Sample) innebär att den anhöriga pratar med patienten i fem minuter utan att bli avbruten. Användandet av FMSS kräver utbildning. Intervjun tar ca 20 minuter att koda (Magaña et al., 1985).

## Resultat

### *Data från icke kliniska grupper*

Tabell 1. Medelvärden och standardavvikelser hämtade från tvillingprojektet, GEMA.

FoF	N	PC M(SD)	PEI M(SD)	CR M(SD)	EOI M(SD)
Mammor till pappor	648	1.56(.53)	2.64(.50)	1.82(.57)	1.95(.50)
Mammor till barn	642	1.55(.45)	2.66(.51)	1.82(.54)	2.11(.51)
Pappor till mammor	639	1.89(.56)	2.80(.50)	1.61(.47)	1.92(.47)
Pappor till barn	633	1.81(.47)	1.95(.44)	1.85(.52)	1.87(.42)
Barn till mammor	623	1.63(.51)	2.31(.52)	1.59(.47)	1.73(.40)
Barn till pappor	636	1.56(.45)	2.04(.53)	1.52(.46)	1.63(.42)
Cronbachs alpha		.82	.83	.89	.81
Skillnader:		t	t	T	t
Mammor-barn x Pappor-barn		11.2***	28.0***	1.4 NS	10.8***
Mammor-pappor x Pappor-mammor		13.2***	6.2***	8.6***	1.5 NS
Barn-mammor x Barn-pappor		3.3***	14.3***	3.87***	6.72***

Not. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  och \*\*\*  $p < .001$ , NS = Inte signifikant

När man tittar på resultaten hämtade från tvillingprojektet, GEMA-studien, finns klara skillnader mellan olika personers skattningar. Pappor upplever ett högre mått av PC från mammor/maka än mammor gör från pappor/make. Pappor skattar högre PC i relation till barn än mammor skattar. Barn i relation till mammor skattar något högre PC än barn i relation till pappor. Mammor skattar ett högre mått av PEI till barn än pappor gör. Barnen upplever också att mammor är mycket mer känslomässigt involverade än vad papporna är, högre grad av PEI. När det gäller CR skattar mammor och pappor högre i relation till barnen än vad barnen skattar gentemot sina föräldrar. Mammor skattar högre CR i relation till make än make gör i

relation till maka. När man tittar på EOI visar det sig att mammor skattar högre i relation till barnen än vad papporna gör. Barnen skattar också högre EOI från mamma än från pappa. Resultatet är signifikant i de flesta fall. Däremot inte när det gäller mammors och pappors skattning CR till barnen. Likaså inga signifikanta värden avseende mammors och pappors skattning av EOI i relation till varandra (Tabell 1). Samtliga delskalor hade acceptabel reliabilitet mätt med Cronbachs alpha.

### *Data från kliniska grupper*

Tabell 2. Medelvärden och standardavvikelser för relationer mellan olika familjemedlemmar i en grupp av ungdomspsykosser.

FoF	N	PC M(SD)	PEI M(SD)	CR M(SD)	EOI M(SD)
Svar från:					
Mamma om IP	16	2.13(.86)	2.39(.69)	2.39(.74)	3.04(.93)
Pappa om IP	13	2.19(.77)	2.63(.90)	2.19(.97)	2.74(.83)
Mamma om pappa	10	1.74(.84)	2.62(.66)	2.07(.59)	2.38(.65)
Pappa om mamma	8	2.05(.88)	3.05(.64)	1.88(.84)	2.19(.64)
Skillnader i jämförelse med GEMA:					
		t	t	t	t
Mamma om IP		4,3***	2,1*	4,4***	7,2***
Pappa om IP		2,8**	5,4***	9,3***	4,4***
Mamma om pappa		1,2 NS	0,1 NS	1,6 NS	2,5*
Pappa om mamma		0,9 NS	1,3 NS	1,6 NS	1,7 NS

Not. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  och \*\*\*  $p < .001$ , NS = Inte signifikant

När man tittar på resultatet för relationer mellan olika familjemedlemmar i en grupp av ungdomspsykosser visar det sig på delskalan PC att det framför allt mammorna som inte upplever kritik från papporna. Mammorna är däremot kritiska till IP och har också en hög grad av överinvolvering i patienten. Samtliga dessa påpekanden är signifikanta på minst 5 % -nivån.

Av Tabell 2 framgår att mammors och pappors skattning på samtliga variabler är högre än i GEMA. Samtidigt finner vi att skattningarna mellan föräldrarna var på en "normal" nivå

med endast en signifikant skillnad som snarast är att betrakta som slumpfynd. Det är viktigt att poängtera att denna grupp med barn som diagnostiserats inom psykospektrat är mycket liten varför resultaten bör tolkas med försiktighet även om de stämmer med hypotesen att kliniska värden skall vara högre än normala värden.

Tabell 3. Medeltal och standardavvikelser för gruppen barnpsykiatrisk öppenvård uppdelat på familjemedlemmar.

FoF	N	PC M(SD)	PEI M(SD)	CR M(SD)	EOI M(SD)
Svar om IP från:					
Mamma	21	1.99(.81)	3.01(.48)	2.27(.79)	2.44(.82)
Pappa	17	1.72(.60)	2.89(.58)	1.81(.61)	2.30(.57)
Svar från IP om:					
Mamma	22	2.00(.82)	2.84(.75)	1.86(.48)	2.06(.47)
Pappa	16	2.11(.98)	2.71(.79)	1.81(.44)	1.99(.61)

När det gäller resultatet för gruppen barnpsykiatrisk öppenvård uppdelat på familjemedlemmar visar det sig att den identifierade patienten (IP) skattar lägre PEI än föräldrarna. Då det gäller CR visar mammor högre värden än övriga (Tabell 3).

### ***Reliabilitet genom test-retest.***

En begränsad prövning av test-retest reliabiliteten har genomförts på en studerandegrupp bestående av 29 personer. Gruppen kom från Socialhögskolan i Lund. Resultatet visade att reliabiliteten ( $r$ ), vid mätning efter en 3-veckors period, för PC var  $r = .86$ , PEI  $r = .75$ , CR  $r = .91$  och för EOI  $r = .83$ . Studenterna fyllde i 58 formulär då de svarade både om relationen till mamma och till pappa (Hansson & Jarbin, 1997).

### ***Validitet***

För att undersöka formulärets validitet har instrumentet först jämförts mellan olika kliniska och icke kliniska grupper och med andra undersökningsinstrument.



***Samband mellan FoF och andra instrument.***

För att undersöka den samtidiga validiteten har korrelationer mellan delvariabler i FoF och andra instrument beräknats. Dessa siffror har hämtats från en undersökning i ett projekt med tvillingmammor och deras familjer från GEMA-studien.

Tabell 4. Korrelationer mellan delvariablerna i FoF och andra instrument för kvinnor från GEMA-studien (N = 3821).

	Frågor om familjemedlemmar							
	Mammor till barn				Mammor till pappor			
Mammors skattning	PC	PEI	CR	EOI	PC	PEI	CR	EOI
KASAM	-.30	-.09	-.28	-.32	-.38	.04	-.45	-.37
CES-depression	.19	.17	.21	.27	.27	-.06	.36	.34
CES-totalt	.23	.16	.25	.31	.30	-.06	.39	.36

Vid  $r > .11$  är  $p < .05$ .

KASAM har en klar samvariation med hälsa, vilket innebär att skalorna i FoF skall korrelera negativt med KASAM. Vi finner att majoriteten av korrelationer med KASAM och CES-D går i förväntad riktning och är signifikanta på 1 % nivån (Tabell 4).

Den kanske mest intressanta jämförelsen är den som innehåller instrumentet FMSS som avser att mäta likartade begrepp som FoF. I undersökningen av ungdomspsykosor (Jarbin et al., 2000) har en sådan jämförelse gjorts. Här har endast medtagits skattningar av FoF som handlar om patienten, från mammor och pappor (Tabell 5).

Tabell 5. Jämförelse mellan FMSS och medelvärden för FoF delskalorna CR+EOI.

FoF CR+EOI	Låg EE	FMSS Hög EE	Totalt
- 5.5	5	3	8
5.6 -	3	14	17
Totalt	8	17	25

$$X^2 = 5.03 \quad p < .025$$

I gruppen ungdomspsykososer finner vi vid jämförelse ett samband mellan FoF och FMSS. I tabellen har kombinerats värdena för kritiska kommentarer (CR) och emotionell överinvolvering (EOI) eftersom båda dessa skattningar är inkluderade i FMSS måttet. Vi kan se att i 76 % så kommer FoF och FMSS fram till samma grupptillhörighet. Eftersom FMSS är ett annat sätt att mäta EE och dessutom ett vedertaget instrument är detta en viktig validering (Tabell 5). Detta ger ett visst stöd för att FoF mäter det frågeformuläret avser att mäta.

#### ***Formulärets känslighet - sensibilitet.***

Ett sätt att pröva FoF:s känslighet, sensitiviteten, är att undersöka om familjemedlemmar svarar olika före och efter behandling. Det är intressant då man vill använda formuläret i kliniska sammanhang för att utvärdera behandlingsresultatet.

Tabell 6. Skillnad före och efter behandling med MTFC och TAU i Lund och Hässleholm. Skattningen är gjord av mamma och patient i relation till varandra.

FoF	PC		PEI		CR		EOI	
	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)
IP-M 0 mån	79	2.51(1.02)	79	2.49(.97)	80	2.00(.85)	79	2.19(.72)
IP-M 12 mån	80	2.07(.84)	80	2.42(.90)	80	1.72(.67)	80	1.94(.65)
t		2,97**		0,47 NS		2,03*		2,01*
M-IP 0 mån	76	2.37(.85)	76	2.84(.61)	77	3.20(.80)	78	3.77(.66)
M-IP 12 mån	77	2.18(.74)	77	2.76(.70)	77	2.54(.77)	78	3.10(.72)
t		1,5 NS		0,54 NS		5,30***		5,38***

Not. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$  och \*\*\*  $p < .001$ , NS = Inte signifikant

I MTFC-studien har mammor besvarat FoF utifrån relationen till den identifierade patienten och omvänt. Formulären har fyllts i innan behandlingsstarten och vid 12-månadersuppföljning. I synnerhet är det delskalorna CR och EOI i mammas skattning av relationen till den identifierade patienten som visar att det blivit en stor förändring före och efter behandling. Intressant är att PEI ökar i den identifierade patientens skattning av relationen till mamma i MTFC-gruppen. Detta styrker att skalorna har en tillfredsställande känslighet. Instrumentet kan avslöja skillnader före och efter behandling (Tabell 6).

### Diskussion

Denna studie tar upp FoF, ett självskattningsformulär för att mäta EE. Formuläret konstruerades för att kunna undersöka relationen i dyader. De metoder som tidigare har använts för att beskriva EE var tidskrävande och krävde speciell kompetens. Instrumentet är utvecklat för att mäta både att man ger, dvs. riktar kritik och känslomässig involvering samt att man uppfattar detta från en annan person. Andra instrument som mäter EE mäter inte interaktionen på detta sätt. Syftet är att resultatet av sammanställningen skall kunna användas som manual för användning av formuläret.

Denna studie har syftat till att i en psykometrisk analys undersöka om FoF mäter det instrumentet avser mäta på ett tillförlitligt sätt och om det är känsligt nog för att vara möjligt

att använda i kliniska sammanhang. Syftet är också att materialet skall kunna användas som underlag för en manual.

Efter korrelationsmätning och mätning med Cronbachs alpha av FoF visade resultatet att reliabiliteten är god på alla fyra delskalorna, Perceived Criticism (PC), Perceived Emotional Involvement (PEI), Critical Remarks (CR) och Emotional Overinvolvement (EOI).

Denna studie visar också att instrumentet kan användas i kliniska sammanhang. Dels för att få en tydlig bild av hur relationen i olika dyader ser ut avseende de olika delskalorna, dels för att få en uppfattning om det blir skillnad före och efter behandling. Instrumentets prediktiva validitet har också prövats och EOI och PEI visar signifikanta värden. Delskalorna EOI och CR är de bästa prediktorerna i föräldrars skattning.

Genom att redovisa medelvärden och standardavvikelser för såväl normalgrupper som kliniska grupper får man en uppfattning om formuläret uppmäter skillnader mellan grupperna. Korrelationer med andra undersökningsinstrument visar att formuläret har validitet då resultaten visar signifikanta värden i förväntad riktning. Man kan också konstatera att de olika värdena differentierar mellan klinisk och icke klinisk grupp på ett meningsfullt sätt. I gruppen ungdomspsykosier finner vi vid jämförelse ett samband mellan FoF och FMSS. I tabellen har kombinerats värdena för kritiska kommentarer (CR) och emotionell överinvolvering (EOI) eftersom båda dessa skattningar är inkluderade i FMSS måttet. Vi kan se att i 76 % så kommer FoF och FMSS fram till samma grupptillhörighet. Eftersom FMSS är ett annat sätt att mäta EE och dessutom ett vedertaget instrument är detta en viktig validering (Tabell 5). Sammanfattningsvis visar resultaten att FoF är ett användbart formulär vilket visar sig i god reliabilitet och validitet. Reliabiliteten mätt via Cronbachs alpha är genomgående god i de undersökta grupperna och vid test-retest var resultat tillfredsställande för alla fyra delskalorna.

I den ursprungliga teorin om Expressed emotion tänkte man att attityden till patienten var det som avgjorde återfallsfrekvensen. I senare forskning har man vid mikroanalyser funnit att det är ett intressant samspel mellan patient och anhöriga i ett mera cirkulärt upptrappningsmönster som kan beskriva processen i relationer med högt EE (Goldstein et al., 1994). Vid skattning av patientens beteende visar sig samma höga EE-värden som hos föräldrarna. Anhörigas stressbelastning har de senaste 30 åren fått allt mer uppmärksamhet. Även vårdpersonal har i studier uppvisat tecken på högt EE och upplevd belastning, vilket talar för en allmän relationell laddning från långvarig närhet till symptom av psykotisk eller bipolär karaktär (Solomon, Alexander, & Uhl, 2010). Det är därför intressant med ett

skattningsformulär som gör det möjligt att mäta interaktionsmönstren i olika typer av relationer.

FoF är utformat för att användas i kliniska sammanhang. Det intressanta är att formuläret är ett av ett fåtal instrument som mäter dyader och gör det ur ett ömsesidigt perspektiv. Avsikten är dessutom att formuläret skall vara så lätt att hantera att det innebär ett diagnostiskt hjälpmedel i det familjeterapeutiska arbetet.

Resultaten i denna studie visar hur tydligt man får en uppfattning om hur de olika delskalorna visar sig i olika relationer. När man tittar på resultaten från gruppen tvillingmammor hämtade från GEMA-studien ser man att mammor är mer kritiska mot pappor än omvänt. De har också ett högre mått av EOI i relation till barnen än papporna har. Papporna i sin tur upplever mer kritik från mammorna än omvänt och barnen upplever mer känslomässigt engagemang från mammorna än från papporna. I den kliniska barnpsykiatriska öppenvårdsgruppen skattar mammor högre CR och EOI i relation till patienten än övriga familjemedlemmar. Patienterna i denna grupp har diagnostiserats med bland annat schizofreni. Om man tänker på den ursprungliga teorin om att höga mått av EE (CR och EOI) leder till fler återinsjuknande är det intressant att instrumentet här tydligt visar hur dessa variabler gestaltar sig i de olika dyaderna med högre värden i relation till patienten. Detsamma visar sig när man tittar på gruppen ungdomspsykosor visar mammor signifikant mindre PEI och mer CR och EOI än pappor i relation till barnen.

När man tittar på resultaten då FoF använts i olika grupper ser man också hur värdena för de olika delskalorna blir tydliga i olika relationer. Det är dessutom delskalorna som mäter EE, CR och EOI, som ger tydligast resultat. Det är också möjligt att få en uppfattning om olika personers upplevelse av andras kritik och känslomässiga involvering vilket innebär att instrumentet mäter ömsesidighet i relationer på ett sätt som tidigare instrument för att mäta EE inte har gjort.

FoF ger en tydlig bild av familjemedlemmarnas egna erfarenheter av hur olika relationer gestaltar sig i familjen. Familjemedlemmarna kan själva ofta beskriva hur de upplever problemen men det är ofta svårare att komma fram till hur de själva påverkar och vidmakthåller problemen. Instrumentet mäter relationistiska dimensioner där terapeuten får en uppfattning om hur familjemedlemmarna uppfattar attityden gentemot andra och hur de uppfattar attityden från andra. Det innebär att familjeterapeuten får hjälp att bedöma var i

familjen terapeutiska interventioner bör sättas in. Formuläret är på så vis praktiskt tillämpbart som ett diagnosinstrument eftersom det ger en möjlighet att tydliggöra interaktionsmönstren också i specifika dyader i familjen.

Medvetenheten om EE:s påverkan på schizofrena och deras familjer har lett till utvecklingen av psykosociala interventioner baserade på kognitiv beteendeterapi innehållande stress-sårbarhetsmodellen. Dessa metoder och familjeterapi har visat sig effektiva vid återfallsprevention, symtomreduktion, samtycke till medicinering och ökad insikt och minskad belastning i familjen (Richards, Doyle & Cook, 2009). På senare tid har man också sett att psykosociala variabler påverkar hjärnans funktion och struktur. Biologiska, psykologiska och sociala variabler har ömsesidig påverkan. Forskning visar att dessa faktorer samverkar om att påverka debuten eller den kliniska utvecklingen av olika former av psykisk sjukdom. Interaktionsstilen hos föräldrar med hög EE-stil har en stressande påverkan på sina barn inte bara psykiskt utan också fysiskt med bland annat högre blodtryck som följd hos barnen. Stress associerad till familjeförhållanden som innebär högt EE medför för patienter att det finns en ökad risk för återfall om de utsätts för kritik och fientlighet (CR) och påträngande beteende (EOI) från övriga familjemedlemmar (Hooley, 2007).

Detta stärker tanken om behovet av familjediagnostiska mätinstrument för att kunna bedöma familjens problematik på ett tillförlitligt sätt. Inte bara för att få en bild av familjen som helhet utan det betyder också att det är viktigt att undersöka dyader i ett relationistiskt perspektiv. FoF undersöker med hjälp av sina delskalor olika aspekter av familjens problematik. För familjeterapeuten innebär det en möjlighet att få en bredare bild av familjens interaktionsmönster.

Resultatet i denna studie visar att FoF går att använda i det kliniska arbetet för att få en tydlig uppfattning om hur EE gestaltar sig i olika relationer och hur relationerna utifrån de olika delskalorna visar sig i olika dyader. Svaren kan ge terapeuten vägledning med hypoteser runt varför det ser ut som det gör i olika relationer. Vad kan anledningen vara till att mamma är så kritisk mot pappa, varför pappa är emotionellt överinvolverad i mamma eller varför föräldrarna är mer kritiska gentemot den identifierade patienten än mot syskonen. Terapeuten får hjälp att uppfatta sådant som är viktigt för klienterna att arbeta med och som inte alltid visar sig i samtalsrummet och utifrån det bedöma vilka familjeterapeutiska interventioner som är adekvat för familjen ifråga. Terapeuten får också hjälp att ta ställning

till i vilka dyader familjeterapeutiska interventioner främst behövs och vilka behandlingsinsatser som bäst lämpar sig i sammanhanget.

Formuläret har också visat sig känsligt nog för att använda vid mätningar före och efter behandling. Resultatet visar skillnad på alla delskalor vid uppföljning av behandlingsinsatser. Detta är intressant eftersom Socialstyrelsen ställer högre krav på socialtjänsten och hälso- och sjukvården att arbeta med beforskade mätinstrument för att definiera problem och bedöma om insatser ger resultat och om det går att utläsa förbättringar hos patienten. Det som framkommer skall också vara möjligt att sammanställa i vetenskapligt syfte. FoF framstår som ett mätinstrument som uppfyller Socialstyrelsens krav samtidigt som det utgör ett lättadministrerat verktyg för familjeterapeuter att använda i kliniska sammanhang.

### ***Metodologiska begränsningar***

Validiteten har i denna studie endast prövats mot ett annat instrument som mäter EE, FMSS. I undersökningsgruppen ungdomspsykos har 88 formulär fyllts i vilket utgör ett relativt litet studiematerial. Även prövningen av test-retest reliabiliteten har genomförts i en liten grupp vilket också innebär en metodologisk begränsning i denna studie.

### ***Framtida forskning***

Visserligen tycks resultaten i denna studie lovande men faktoranalysen borde göras om på ett större normalmaterial för ytterligare kontroll.

Validiteten bör också testas mot fler konventionella mått på EE som exempelvis CFI och FMSS. Validiteten har i denna studie testats mot FMSS i gruppen ungdomspsykos och materialet utgör en relativt liten studiegrupp. Önskvärt vore en större grupp för att kunna få ett mer tillförlitligt resultat. Likaså bör test-retestreliabiliteten prövas i en större grupp.

Då instrumentet visat sig mäta EE i dyader och dessutom är möjligt att använda i det kliniska arbetet bör det också vara ett viktigt bidrag för användning i framtida forskning.

EE är ett gammalt begrepp som forskare idag tar med in i området affektiv neurovetenskap. Familjeförhållanden med hög EE innebär att patienter utsätts för en ökad risk för återfall om de utsätts för kritik, fientlighet (CR) och påträngande (EOI) behandling. I detta sammanhang bör det vara intressant med ett skattningsformulär som mäter just EE och dessutom i dyader.

**Referenslista**

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Brown, G.W., Birley, J.L., & Wing, J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 562.
- Feinstein, E., Wiedemann, G., Hahlweg, K., Müller, U., Hank, G., & Dürr, H. (1988). *Familiefragebogen (FFB). Entwicklung eines Fragebogenverfahrens zur ökonomischen Erhebung von "Expressed Emotion" (EE)*. (stencil). Opublicerad.
- Gatz, M., Johansson, B., Pedersen, N., Berg, S., & Reynolds C. (1993). A cross-national self-report measure of depressive symptomatology. *International Psychogeriatrics*. Vol. 5, 2, 147-156.
- Goldstein, M.J., Rosenfarb, I., Woo, S., & Nuechterlein K. (1994). Intrafamilial relationships and the course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* . 90 (suppl 384) 60-66.
- Hansson, K., & Jarbin, H. (1997). A new self-rating questionnaire in Swedish for measuring expressed emotion. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 287-297.
- Hansson, K., & Olsson, M. (2012). *Effect of Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Results from a RCT study in Sweden*. Opublicerad.
- Hooley, J.M., & Parker, H.A. (2006). Measuring Expressed Emotion: An Evaluation of the Shortcuts. *Journal of Family Psychology*, Vol. 20, 3, 386–396.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review Clinical Psychology*, 3, 329–352.
- Jarbin, H., Gråwe, R.W., & Hansson, K. (2000). Expressed emotion and prediction of relapse in adolescents with psychotic disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 201-205.



- Kyhle Westermarck, P., Hansson K., & Olsson M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC) results from an independent replication. *Journal of Family Therapy*. 33, 20–41.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in Families: It's Significance for Mental Illness*. Guildford Press, New York.
- Lundström, T. (2005). Risk, individualisering och social barnavård. *Socionomen*. 6, 5-14.
- Magaña, A.B., Goldstein, M.J., Karno, M., Miklowitz, D.J., & Jenkins, J. (1985). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*. 17, 203–12.
- Nicander, J. (2010). *Psykopedagogisk föräldragrupp vid psykotiska och bipolära syndromer - Systemiska perspektiv på en barn- och ungdomspsykiatrisk tillämpning*. (Uppsats) Linköpings Universitet.
- Olsson, H., & Petitt, B. (1999). *Familjeterapilexikon*. Göteborg; Bokförlaget Korpen.
- Orhagen, T. (1992). *Working with families in Schizophrenic disorders: the practice of psycho educational intervention*. Linköpings Universitet. (Avhandling).
- Reiss, D., Cederblad, M., Pedersen, N.C., Lichtenstein, P., Elthammar, O., Neiderhiser, J.M., & Hansson, K. (2001). Genetic Probes of Three Theories of Maternal Adjustment: II. Genetic and Environmental Influences, *Family Process*, 40:3, 261-272.
- Read, J., Mosher, L.R., & Bentall, R.P. (2004). *Models of madness. Psychological, Social and Biological Approaches to Schizophrenia*. New York: Brunner- Routledge, Taylor & Francis Group.
- Richards, M., Doyle, M., & Cook, P. (2009). A literature review of family interventions for dual diagnosis: implications for forensic mental health services. *British Journal of Forensic Practice*. 11:4, 39-49.

- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy Research*. Second ed. New York: Guildford Press.
- Schjødt, B., Egeland, T.A. (1994). *Från systemteori till familjeterapi*. Lund, Studentlitteratur.
- Shields, C.G., Franks, P., Harp, J.J., McDaniel, S.H., & Campbell, T.L. (1992).  
Development of the family emotional involvement and criticism scale (FEICS): a self-report scale to measure expressed emotions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 18;4, 395-407.
- Socialstyrelsen (2004). *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001-2003. Slutrapport*. Linderberg; Bergslagens Grafiska
- Solomon, P., Alexander, L., & Uhl, S. (2010). The relationship of case managers' expressed emotion to clients' outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 165.
- Stålberg, G., Ekerwald, H., Hultman, C.M. (2004). Siblings of patients with schizophrenia: sibling bond, coping patterns, and fear of possible schizophrenia heredity. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 445-458.
- Söderlind, M., & Johansson, B. (2004). *Familjeklimat, en validering*. Socialhögskolan, Lunds Universitet. (C-uppsats).
- Weissman, M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B.A., & Locke, B.Z. (1977).  
Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A valid study. *American Journal of Epidemiology*, Vol. 106, 3, 203-214.
- Zabala, M.J., MacDonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: a systematic review. *European Eating Disorder Review*, 17, 338-349.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychiatry*, 86, 103-126.

**Bilaga 1**

***Mall för rättning av Familjefrågor***

Kodningsmall för versionen med 30 item

**DEL 1:**

*Perceived criticism*

*PC: 1, 3, 5, 7, 9, 10, 12 (1 och 7 vändes)*

*Perceived emotional involvement*

*PEI: 2, 4, 6, 8, 11*

**DEL 2:**

*Critical remarks*

*CR: 13, 14, 16, 17, 19, 21, 24, 25, 27, 28*

*Emotional over involvement*

*EOI: 15, 16, 18, 20, 22, 23, 26, 29*

**Bilaga 2****Frågeformulär Frågor om Familjemedlemmar****Frågor om familjemedlemmar**

Följande frågor handlar om hur det är att leva med Din anhörig. Det finns inga svar som är rätt eller fel. Kryssa för det svaret som Du först kommer att tänka på. Gör bara ett kryss för varje fråga. Svara på alla frågorna.

Svaren gäller: \_\_\_\_\_

	Nästan aldrig	Någon gång	Ibland	Ofta	Nästan alltid
1. Han/hon stöder det jag gör.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Han/hon vet hur jag känner mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Han/hon hittar fel hos mina vänner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jag får dåligt samvete då han/hon bitt mig göra saker som jag glömt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Han/hon är fientligt inställd till mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Han/hon vet vad jag tänker innan jag talat om det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Han/hon gillar mina vänner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jag vet ofta vad han/hon tänker innan han/hon berättat det för mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Han/hon klagar över vad jag gör för att roa mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Han/hon försöker att ändra på mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. När jag tänker på honom/henne får jag dåligt samvete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jag måste vara försiktig med vad jag gör annars kommer han/hon att klaga på mig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jag misslyckas med att få igång ett samtal med honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jag kritiserar honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Frågor om Familjemedlemmar 29

	Nästan aldrig	Någon gång	Ibland	Ofta	Nästan alltid
15. Jag tänker på hur det ska gå för honom/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Han/hon får mig att må psykiskt dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Jag måste be honom/henne att uppföra sig annorlunda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tänker att han/hon har personliga problem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Jag måste upprepa gånger be honom/henne göra saker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Jag försakar en hel del av mig själv för honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Det är svårt för oss att komma överens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Jag beslutar mig för att <b>inte</b> kritisera honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Jag grubblar på orsakerna till hans/hennes beteende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Han/hon gör vissa saker av illvilja eller för att retas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Jag blir förargad eller besvärad då han/hon upprepa gånger begär saker av mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Jag kan inte sova p g a honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Han/hon får mig irriterad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Jag försöker påverka hans/hennes beteende.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Han/hon är en alltför viktig del av mitt liv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Jag tycker mycket om honom/henne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>