



LUND
UNIVERSITY

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

”Motivationsfasen går som en dans”

Tolv terapeuters erfarenheter av vad som är verksamt i Funktionell
Familjeterapi

Helena Byström
Elisabet Williams

Uppsats
Psykoterapeutprogrammet
Vt 2012

Handledare: Kjell Hansson

Abstract

A qualitative interview-study with twelve therapists experiences of working with Functional Family Therapy (FFT). The interviews have been analysed by using Thematic Analysis and structured to different themes, which have been reported and discussed in this study. The purpose with this study is to describe FFT therapists' experiences of what is effective in this model. In addition their view of the phases in FFT and how they use the manual. The result implies that their experience of what is effective is consistent with the manual. This study also shows the importance of the FFT team; to support the therapist, keep fidelity and moreover implementation and development within the model. This study could be a contribution to research since it gives an insight in the respondents experience from clinical work with FFT including; effective components, how to work with a phase based model and their view on the manual. Our conclusion is that this study is an interesting complement to quantitative studies about Evidence Based Therapy (EBT) and FFT. This study also contributes with new ideas about further research on FFT education, supervision and implementation.

Keywords: Functional Family Therapy, therapeutic components, interviews, manual based model, qualitative study.

Sammanfattning

En kvalitativ intervjustudie som bygger på tolv terapeuters erfarenheter av att arbeta med Funktionell Familjeterapi (FFT). Intervjuerna har analyserats med Tematisk analys och strukturerats i olika teman som sedan redovisas och diskuteras. Syftet med uppsatsen är att beskriva vad FFT-terapeuter upplever och har erfarenhet av vad som är verksamt i metoden. Därutöver vad de har för syn på de olika faserna i FFT och hur de använder manualen. Resultaten tyder på att deras erfarenheter av vad som är verksamt stämmer väl överens med manualen. Därutöver visar studien att FFT-teamet är viktigt för att ge stöd till terapeuten, bibehålla modelltrohet men även för att implementera och utveckla modellen. Studien skulle kunna vara ett bidrag till annan forskning då man får inblick i informanternas erfarenhet av kliniskt arbete med FFT, både vad gäller verksamma komponenter, att lära sig arbeta i en fasindelad metod och hur de ser på manualen. Slutsatsen är att detta blir ett intressant komplement till de kvantitativa studier som rör Evidensbaserad terapi (EBT) och FFT. Studien kan även bidra med tankar om hur man skulle kunna göra vidare studier rörande utbildning, handledning och implementering.

Innehållsförteckning

1. Introduktion	5
1.1. Inledning	5
1.2. Teori	5
1.2.1. Familjeterapins utveckling	5
1.2.1.1. Familjeterapins utveckling i Sverige	6
1.2.2. Familjeterapeutiska inriktningar	7
1.2.3. FFTs bakgrund och utveckling	8
1.2.4. FFTs grundprinciper	8
1.2.5. Studier om FFT	9
1.2.6. FFT- en fasspecifik metod	9
1.2.7. FFTs implementering i Sverige	10
1.2.8. FFT komponenter	11
1.2.8.1. Familjefokus	11
1.2.8.2. Skapa allians	12
1.2.8.3. Avleda negativa kommentarer	12
1.2.8.4. Positiva omformuleringar	12
1.2.8.5. Teman	13
1.2.8.6. Metakommentarer	13
1.2.8.7. Risk och skyddsfaktorer	13
1.2.8.8. Expert	13
1.3. Tidigare forskning	13
1.4. Syfte	17
1.5. Frågeställning	17
2. Metod	17
2.1. Deltagare	19
2.2. Material	19
2.3. Procedur	20
3. Resultat och diskussion	21
3.1. Tekniker och interventioner	21

3.1.1. Positiva omformuleringar	22
3.1.2. Avleda negativ kommunikation	23
3.1.3. Skapa allians	24
3.1.4. Synliggöra relationsmönster	25
3.1.5. Övriga tekniker	26
3.2. Andra familjeterapeutiska komponenter	26
3.2.1. Terapeutens egenskaper och roll	27
3.2.2. Familjefokus	30
3.2.3. Behandlingsprocessen	32
3.2.4. Transparens	32
3.2.5. Respektera familjen som de är	32
3.2.6. Salutogenes	33
3.2.7. Metoden	34
3.3. Manualen	34
3.3.1. Engagemang- och motivationsfasen	34
3.3.2. Beteendeförändringsfasen	35
3.3.3. Generaliseringsfasen	37
3.3.4. Synpunkter om manualen	38
3.4. Teamet	39
4. Avslutande diskussion	41
5. Referenser	45

1. Introduktion

1.1. Inledning

Denna uppsats handlar om Funktionell Familjeterapi (FFT) med inriktning på de upplevelser som FFT-terapeuter har om vad de tycker är verksamt i metoden utifrån sin erfarenhet att jobba med den. Vårt intresse för detta ämnet bygger på vår egen erfarenhet av att arbeta med modellen, men även på att det finns väldigt många kvantitativa studier angående FFT, men så vitt vi vet inga kvalitativa studier. Det finns många intressanta kvalitativa områden att utforska inom en manualbaserad metod. Att lyssna på terapeuternas erfarenhet är intressant och en början som är hanterbar inom vår uppgift att skriva en uppsats på psykoterapeutprogrammet.

Inledningsvis kommer vi att ge en övergripande kort beskrivning av familjeterapins historia som tar sin början i USA och dess utveckling internationellt fram till idag. Vidare kommer vi att beskriva utvecklingen i Norden och Sverige. Därefter gör vi en något mer ingående beskrivning av olika familjeterapiinriktningar. Vi beskriver hur olika inriktningar utvecklas och vad de står för, för att därefter sätta in FFT i detta ”utvecklingsträd”.

1.2. Teori

1.2.1. Familjeterapins utveckling. Vi tar avstamp i familjeterapins utveckling med början i USA. 1952 startade Gregory Bateson en forskningsgrupp i Palo Alto i Kalifornien, tillsammans med kommunikationsforskaren Jay Haley, läkaren William Fry, antropologen John Weakland och psykiatriker Don Jackson. 1959 startade Don Jackson Mental Research Institute (MRI) i Palo Alto, där bland annat läkaren Jules Riskin, socialarbetaren Virginia Satir och psykologen Paul Watslawick ingick. Man studerade bland annat familjers psykotiska samspel. På MRI utvecklade man den strategiska traditionen inom familjeterapi (Hårtveit & Jensen, 2005). Man utgick bland annat ifrån att familjer med problem använder ineffektiva lösningsförsök. Genom att hjälpa familjerna att bryta ineffektiva lösningsförsök hjälpte man familjerna ur deras situation. En av deras tekniker var paradoxala interventioner. Man betonade också vikten av att en av föräldrarna är överst i familjehierarkin (Holmqvist, 2008). 1960 startades Family Institute i New York. Detta institut blev tillsammans med MRI början till familjeterapins utveckling. 1960 flyttade Jay Haley till Philadelphia och började samarbeta med läkaren Salvador Minuchin, som arbetade med familjer med kriminella ungdomar i slummen. Minuchin utvecklade den strukturella familjeterapi. Man utgick här ifrån hur strukturen i familjen såg ut och hur det påverkade familjemedlemmarna. Under

samma period i Milano i Italien utvecklades en annan gren av familjeterapin som kom att kallas den systemiska familjeterapin. Det var läkaren och psykoanalytikern Mara Selvini Palazzoli som började intressera sig för familjeterapi i arbetet med anorektiska patienter. Hon samarbetade med tre andra läkare, Guiliana Prata, Luigi Boscolo och Gianfranco Cecchin. De arbetade framförallt med anorektiska och psykotiska ungdomar. Man lade tonvikten vid familjens kommunikationsmönster (Holmqvist, 2008). Under 1980-talet utvecklades två nya viktiga centra för familjeterapins utveckling dels i Tromsø i Norge med professorn i socialpsykiatri Tom Andersen, dels i Galveston i Texas med psykologen Harold Goolishian. Tom Andersen utvecklade och utvidgade idéerna med systemisk terapi och reflekterande team. Goolishian har lyft fram språk-filosofin som en viktig grund för terapi.

1.2.1.1. Familjeterapins utveckling i Sverige. När vi nu har beskrivit den internationella utvecklingen av familjeterapin, kommer vi att beskriva hur det påverkat familjeterapin i Sverige. Svenska familjeterapeuter har framförallt påverkats av influenser västerifrån. Den strukturella skolan med Virginia Satir och Salvador Minuchin har haft stor inverkan på utvecklingen i Sverige. Men även Milano-skolan har haft starkt inflytande. Under 1960- och 1970- talet var familjeterapin på stark frammarsch i Sverige. Under 1980-talet blev familjeterapin i Sverige en egen disciplin med universitetsutbildning och statlig legitimation. I Sverige utvecklades under 1990-talet en mängd nya idéer och terapeutiska modeller då det lösningsfokuserade arbetssättet och det salutogena perspektivet fick stark påverkan. I arbetet med mindre barn och deras föräldrar har Maria Aarts arbete med Marte Meo-modellen varit viktigt. Dessutom har den evidensbaserade familjeterapin med olika manualbaserade modeller allt mer vunnit mark (Hårtveit & Jensen, 2005).

I samband med den utveckling som vi beskrivit ovan och att den evidensbaserade familjeterapin har utvecklats har det förekommit diskussioner om för- och nackdelar med manualbaserad psykoterapi. Företrädare för FFT har skrivit mycket om fördelarna med att använda sig av en manualiserad metod. Detta särskilt med tanke på att arbete med ungdomar med beteendestörning har en hög sammanbrottsfrekvens och mycket stor risk för återfall. Sexton och van Dam (2010) skriver att Evidensbaserad terapi (EBT) för samman det bästa av två världar, forskning och klinisk praktik. I bästa fall kan kunskapen från forskare och experter hjälpa till att få framgångsrik familjeterapi, genom att man i manualen sätter ramarna för hur terapin bör fortlöpa. Manualen är då ramen med all den kunskap som finns beforskad som terapeuten kan låta sig ledas av för att kunna utnyttja sin egen personlighet, kreativitet och erfarenhet. Utan en kompetent terapeut har en evidensbaserad metod inget att tillföra.

För att förtydliga var FFT kommer ifrån, kommer vi här att ge en kortfattad

beskrivning av de större familjeterapeutiska skolorna. Vi kommer här att beskriva den strategiska, den strukturella och den systemiska inriktningen närmare.

1.2.2. Familjeterapeutiska inriktningar. Den strategiska familjeterapitraditionen, som vi har nämnt tidigare, utgår från Gregory Batesons idéer från början av 1960-talet. Man arbetade med strategier, dvs vilka strategier man skulle ha i terapin. Terapin blev i samband med den strategiska familjeterapin mera kreativ, där humor och uppfinningsrikedom ingick. Dessutom var de strategiska terapeuterna inte normativa som tidigare. Man förmedlade även en tro på att terapin inte behövde vara så långdragen, utan att det kunde räcka med tio terapisesioner. Den strukturella familjeterapin poängterade att studiet av familjens inre uppbyggnad är fokus för förståelse. Man skapar symtomreduktion genom att relationerna i familjerna ändras, så att gränserna och hierarkin förändras. I den strukturella terapins arbete kartlade man koalitioner, avstånd, gränser och subsystem mellan familjemedlemmar. Man fokuserade på familjens struktur, det vill säga familjens speciella interaktionsmönster. Den strukturella skolan arbetar utifrån ett normativt synsätt, det vill säga med en tydlig bild av hur en familj bör fungera. Man använder sig ofta av uppgifter som familjemedlemmarna ska göra, antingen i terapirummet eller hemma. Omformuleringar är också något som används i den strukturella familjeterapin (Holmqvist, 2008). I den systemiska familjeterapin, som även kallas Milanoskolan, lade man tonvikten på familjens kommunikation. Man upptäckte att genom att gripa in i familjens fastlåsta kommunikationsform, så kunde man åstadkomma förändring i familjerna. Inom den systemiska familjeterapin har man ett cirkulärt synsätt och ser inte ett orsak - verkan samband. Man ser istället familjemedlemmarna i ett samspel som ingen av dem har full överblick eller kontroll över. Inom den systemiska familjeterapin utvecklades arbetet med reflekterande team (Hårtveit & Jensen, 2005). Arbetet byggde på att terapeuten är neutral och uppdraget är att formulera hypoteser om familjens samspel. Det cirkulära frågandet har en central roll i samtalen (Holmqvist, 2008).

I ovanstående avsnitt har vi sammanfattat familjeterapins utveckling och inriktningar i stora drag och går nu vidare med att beskriva FFT. Först gör vi en övergripande beskrivning av modellen och dess historia i USA. Därefter går vi igenom de grundläggande dragen i modellen. Vi kommer även att beskriva hur FFT har implementerats i Sverige och hur det organiseras här. Till sist en genomgång av de begrepp som vi kommer att återkomma till i resultatet av uppsatsen.

1.2.3. FFTs bakgrund och utveckling. FFT är en familjeterapimodell som funnits sedan 1969. Metoden utvecklades av professor James Alexander i USA. Den utvecklades från början för att arbeta mot målgruppen kriminella och asociala ungdomar och deras familjer. Ett grundantagande i FFT är att ungdomens destruktiva beteende ses som ett uttryck för en vilja att vara nära alternativt ha större avstånd till familjen. Man utgår ifrån att ungdomens beteende är ett försök att lösa problem inom familjen. Man menar att i dessa familjer dominerar negativ kommunikation såsom defensiv, kritiserande, försvarsinställd och straffande kommunikation. Ett av målen är att ersätta den negativa kommunikationen med en stödjande kommunikation som är nyfiken, positiv, problemlösande och empatisk, med målet att därigenom öka familjens förmåga till konfliktlösning (Holmqvist, 2008).

1.2.4. FFTs grundprinciper. FFT bygger på vissa grundprinciper, som kommer att framgå av texten nedan. Inom FFT finns en öppenhet för utveckling för att förbättras och kunna applicera metoden på nya klientgrupper. Det är svårt att beskriva FFT som en avgränsad teoretisk inriktning. Det är en systematisk behandlingsmodell som har utvecklats på ett sätt som bäst kan beskrivas som en dynamisk integrering av olika modeller (Alexander, Sexton & Robbins, 2002). FFT har påverkats av kommunikationsteori och strukturell familjeterapi, med inslag av beteendeterapi. Sedan starten 1969 har man inom FFT hållit fast vid principen om att integrera modeller och teorier för att fortlöpande försöka förbättra resultaten för målgruppen.

För att skapa en förståelse för de grundläggande idéerna i FFT och för att göra materialet från våra informanter begripligt beskriver vi här grunderna i FFT. Metoden har byggts upp utifrån kliniska erfarenheter med att jobba med utagerande ungdomar och deras familjer. FFT utvecklades ur ett behov av att hjälpa ungdomar i riskzonen för negativ social utveckling och deras familjer. För att möta denna målgrupp började FFT:s medarbetare utveckla ett förhållningssätt för att bättre kunna motivera familjerna, minska deras negativism och ge dem hopp. FFT baseras på antagandet att terapeuten är ansvarig för att motivera familjer och att det sker som en del av processen under de första samtalen. I FFT betonas även vikten av att skapa en bärande allians till var och en av deltagarna i terapin. Detta ska göras tidigt i terapin innan annat arbete kan påbörjas. Man insåg också att det var till nytta att skapa en beteendeförändring som matchade varje specifik familj och dess behov. Det behövdes en metod som man som terapeut kunde få vägledning av när man mötte utmaningar och hinder tillsammans med familjen under terapiprocessen. Man insåg även att man behövde öva på beteendeförändring och utveckla varje familjemedlems unika styrkor på ett för sammanhanget

lämpligt sätt. Ett viktigt inslag var också att stärka deras förmåga till fortsatt förändring i framtiden. Man insåg även vikten av att samarbeta med andra aktörer i samhället, tex skola och familjens nätverk, för att stötta familjens förändring så att den kunde bli varaktig. Tidigt i FFT:s utveckling insåg man vikten av att först förstå, definiera, beskriva och utforska terapiprocessen, för att därefter kunna utveckla den. Inom FFT antog man att beteenden påverkar relationer inom familjen som sedan får en alldeles speciell betydelse i just det sammanhanget.

1.2.5. Studier om FFT. FFT är empiriskt grundat genom både process- och resultatstudier. Nedan kommer några studier redovisas. Man anser inom FFT att terapeuter som möter utmanande och komplexa problem i familjer behöver ha en teoretisk grund att stå på, men även kunskap om vad som fungerar enligt forskning. Man påtalar vikten av att terapeuten vet vad som fungerar, och när och hur det fungerar. Men man behöver även som terapeut veta när man behöver anpassa terapin ytterligare för att hjälpa just den aktuella familjen. I de första utvärderingarna fokuserade man på effektivitet och fick då resultat som visade på vad som påverkade risken för återfall, både kliniskt och socialt. Man såg redan då att FFT var en effektiv behandlingsmodell för unga lagöverträdare. Därefter ville man genom processtudier förstå vad det var i FFT som gjorde den framgångsrik. Det framkom i studier att negativism inom familjen påverkade dess engagemang och motivation. I nästa våg av studier fokuserade man på effektiviteten i olika terapeutiska situationer med olika befolkningsgrupper. De senaste studierna har handlat om kliniska tekniker och vikten av terapeutens modelltrohet för att nå lyckade resultat. Man har då kommit fram till att FFT kan användas i fler olika klientgrupper och olika terapeutiska sammanhang (Sexton & Alexander, 2007).

1.2.6. FFT- en fasspecifik metod. Efter denna beskrivning av FFT:s utveckling och bakgrund ska vi nu beskriva metoden. FFT är en klinisk modell som består av tre specifika och avgränsade terapifaser. Nämligen Engagemang- och motivationsfasen, Beteendeförändringsfasen och Generaliseringsfasen. På senare tid, och i den kommande manualen, pratar man om att utveckla modellen till fem faser. Man tänker då skilja Engagemang- och motivation och gör det till två separata faser. På slutet lägger man till en uppföljande fas, så kallad "booster-session" (Handledning Kjell Hansson 2012-03-27). Vi kommer dock att i resten av uppsatsen genomgående utgå från de tre faserna som beskrivs i den svenska manualen (Sexton & Alexander, 2007). Den första fasen, Engagemang- och motivation, har fyra huvudsakliga mål: att skapa allians mellan terapeuten och var och en av

familjemedlemmarna samt mellan familjemedlemmarna. Att minska negativism och klander, att utveckla ett gemensamt familjefokus runt det presenterade problemet, samt att skapa hopp och förväntan om positiv förändring. Beteende förändringsfasens primära mål är att förändra riskmönster för individen och familjen genom terapeutiska aktiviteter både i sessioner och utanför sessioner. Detta bör ske på ett sätt som matchar familjens unika funktioner i relationerna och stämmer överens med nåbar förändring för familjen utifrån dess sammanhang och värderingar. Generaliseringsfasens mål är att generalisera förändringen som skett, till andra aktuella situationer och till framtida förutsägbara situationer. Vikten av att upprätthålla förändringen genom återfallsprevention lyfts fram, liksom att tillskriva familjen förändringen, det vill säga att det är familjen som har stått för arbete som har lett till förändring. I denna fas är det aktuellt att etablera eventuellt stöd från andra samhällsaktörer (Sexton & Alexander, 2007).

1.2.7. FFTs implementering i Sverige. FFT infördes i Sverige redan i början av 1990-talet. En randomiserad studie genomfördes i ett samarbete mellan Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri i Lund, Socialtjänsten i Lund och Polisen i Lund. En replikering, dock inte en randomiserad studie, genomfördes vid Barnpsykiatri i Växjö i samarbete med Socialtjänsterna i kommunerna runt Växjö (Sexton & Alexander, 2007). Efter dessa studier har intresset för FFT vuxit i Sverige. Implementeringen av FFT bedrivs av FFT-Sverige som också utbildar och certifierar terapeuter och team runt om i landet. Nyligen har FFT-Sverige ombildats till ett aktieföretag i syfte att skapa en självständig organisation (Handledning Kjell Hansson 2012-03-27). Det finns certifierade FFT-terapeuter i 26 kommuner i Sverige (<http://fft-sverige.se>). För att bli certifierad FFT terapeut krävs det att man går utbildning som FFT-Sverige bedriver och därefter ha utbildningshandledning av en handledare från FFT-Sverige. Man ska även lämna in filmer på samtal med familjer där det framgår att man arbetar enligt FFT-metoden. Efter två år krävs en omcertifiering då man lämnar in ytterligare film för bedömning till FFT-Sverige. Runt om i landet finns även en rad fungerande FFT-team. Ett FFT-team ska bestå av minst tre terapeuter som arbetar minst 50% av sin arbetstid med FFT. Teamets funktion är att terapeuterna ska stötta varandra i att göra bedömningar utifrån FFT för att kunna arbeta enligt manualen och vara modelltroga. Ett team kan bli ett certifierat FFT-team. Kraven för att räknas som ett certifierat FFT-team är att 50 % av FFT-terapeuterna i teamet är certifierade samt att man kvalitetsutvärderat sitt arbete. Denna kvalitetsutvärdering bör omfatta ca 20 ärenden varav minst 50 % har visat klara förbättringar enligt de mått som används i Journal digital. Journal Digital är ett webbaserat

journalföringssystem som innehåller ett antal standardiserade självskattningsformulär för familjer och individer. Dessa självskattningsformulär som görs före och efter FFT-behandling utvärderar resultatet av behandlingsarbetet. Manualen finns översatt till svenska sedan 2007 och finns tillgänglig för alla som har gått FFT-utbildning.

Eftersom FFT är en manualiserad familjeterapimodell använder man ett adherence-formulär för att utvärdera om man följer manualen. FFT-Sverige har gjort en svensk version av adherence-formuläret. Den är uppdelad i fyra delar som beskriver terapeutens färdigheter, ”färdigheter i Engagemangs- & motivationsfasen”, ”färdigheter i Beteendeförändringsfasen”, ”färdigheter i Generaliseringsfasen” och till slut ”allmänna FFT-färdigheter”. Det är således inte utförandet av specifika behandlingsinterventioner som skattas, utan att man kan uppvisa de terapeutiska färdigheter som krävs i respektive fas. Tanken är att terapeuten själv eller tillsammans med sitt team, efter varje samtal ska gå igenom formuläret och göra skattningar. Syftet med adherence-formuläret är att säkerställa att behandlingen genomförs och följer FFT i de väsentliga delarna.

1.2.8. FFT komponenter. Utifrån vår frågeställning kommer vi här att sammanställa de komponenter som vi tänker är relevanta för vår studie och som vi nedan kommer att återkomma till. Med komponenter avser vi tekniker, förhållningssätt eller annat som påverkar den terapeutiska processen. Vi beskriver dem närmre så att vi senare i texten kan hänvisa till dem i såväl resultatet som diskussionen. Vi utgår från beskrivningar i manualen (Sexton & Alexander, 2007), och artiklar (Alexander, Waldron, Barton & Mas, 1989; Morris, Alexander & Turner, 1991; Robbins, Alexander & Turner, 2000; Robbins, Turner, Alexander & Perez, 2003; Sexton & Alexander, 2005; Sexton & Schuster, 2008).

1.2.8.1. Familjefokus. I FFT betonar man vikten av att se relationerna i familjen utifrån olika perspektiv. Vi kommer nu att redogöra för olika aspekter av relationer i ett FFT-perspektiv. Man använder sig av uttrycket funktionen i relationen i FFT för att beskriva relationsmönster och vilken funktion ett beteende har inom den aktuella familjekontexten. I FFT beskriver man även familjerelationsmönster genom att prata om ömsesidigt beroende mellan familjemedlemmaren, och man försöker identifiera graden av närhet och distans mellan familjemedlemmarna. I det här sammanhanget används begreppet relationsbehov, det vill säga att olika familjemedlemmar kan ha olika grad av behov av närhet och distans. Man bedömer även hur hierarkin mellan familjemedlemmar ser ut. Begreppet ”family first” används inom FFT. Det innebär att man ser hela familjen som klient och det innebär att fokus för interventionerna först och främst inriktar sig på familjerelationerna. Därmed fokuseras inte

på ungdomens problembeteende, utan på de relationsmönster som understödjer beteendet och att förändringen initieras inom familjen.

1.2.8.2. Skapa allians. Allians lyfts fram som en av de allra viktigaste komponenterna i de flesta terapier. I FFT påtalar man vikten av att alliansen är balanserad, det vill säga att terapeuten har lika stark arbetsallians till var och en av familjemedlemmarna som deltar i terapin. Stark allians innebär att varje person litar på terapeutens förmåga att kunna hjälpa, tror på att terapeuten respekterar dem och anstränger sig för att förstå sig på deras känslor och värderingar (Robbins, Alexander, Turner & Perez, 2003). En balanserad allians är även viktig för att undvika att koalitioner förstärks inom familjen eller mellan en familjemedlem och terapeuten. Sexton och Schuster (2008) lyfter även fram vikten av att utveckla en ”dual action” arbetsallians, det vill säga både mellan familjemedlemmarna och mellan terapeuten och familjemedlemmarna. Ytterligare en komponent som man lägger vikt vid i FFT är att skapa motivation för förändring, vilket innebär att reducera konflikter och skapa en kontext som inbjuder till förändring (Robbins et al., 2003).

1.2.8.3. Avleda negativa kommentarer. En av de viktigaste interventionerna är att avleda negativ kommunikation och kritiska kommentarer. Det leder till att terapeuten får utrymme att utveckla en annan sorts, mer positiv dialog, i samtalen. Vilket skapar mer positiva interaktioner mellan familjemedlemmar och dessutom reducerar skuldbeläggandet inom familjen. Detta behöver man göra omedelbart i första samtalet för att då få möjlighet att skapa den så viktiga balanserade alliansen (Sexton, 2008; Sexton & Alexander, 2007). En annan effekt av interventionen är att de olika familjemedlemmarna ser att de alla är en del i problemen. För att nå målen i Engagemang- och motivationsfasen krävs det att man lyckats uppnå denna samsyn inom familjen (Sexton, 2008).

1.2.8.4. Positiva omformuleringar. En annan av de allra viktigaste teknikerna för att uppnå målen i Engagemangs och motivationsfasen är positiva omformuleringar. Det är en relationell process, som skapar en mer positiv atmosfär i familjen och ger familjemedlemmarna en ny syn på varandra. Positiv omformulering innebär att terapeuten förmedlar en alternativ bild av motivet för en familjemedlems agerande och lyfter fram personens bakomliggande goda intention. Ett av målen är att förmedla en mer positiv relationell erfarenhet mellan terapeuten och familjen under samtalet. Ett sätt att använda positiva omformuleringar är att ta tillfället i akt i samband med att man avbryter negativa kommentarer. Man bör då börja med att först bekräfta den känsla som familjemedlemmen har uttryckt, för att därefter följa upp det med att presentera ett uttalande där man omformulerar perspektivet på känslan eller påståendet från familjemedlemmen till något mer positivt och

godartat med ett ädelt motiv (Sexton & Schuster, 2008). Till exempel att ilska egentligen står för oro för sitt barn. Under Engagemangs och motivationsfasen är ett av de viktigaste syften med positiva omformuleringar att motverka sammanbrott i behandlingen (Robbins et al., 2000).

1.2.8.5. Teman. I FFT använder man termen teman med åsyftan på problematiska beteende- och relationsmönster. Ett mål i Engagemangs- och motivationsfasen är att formulera teman för familjen så att de kan börja se att drivkraften bakom ett beteendet i grunden har en positiv avsikt, som dock blir missriktad genom det specifika beteendet. Det är alltså ett inledande steg i processen med positiva omformuleringar.

1.2.8.6. Metakommentarer. Metakommentarer är att öppet inför familjen reflektera på ett övergripande plan exempelvis om vad som sker i familjen eller i terapirummet.

1.2.8.7. Risk och skyddsfaktorer. I FFT är man uppmärksam på risk- och skyddsfaktorer i familjerna. Terapeuten gör en bedömning av familjens risk- och skyddsfaktorer för att kunna anpassa behandlingen efter den, framförallt i Beteendeförändringsfasen. Terapeuten ska således identifiera problembeteenden för att sedan inrikta sig på att minska dessa på ett sätt som passar familjen (Sexton & Alexander, 2007). Därigenom kan man se de mönster som är viktiga att förstärka och de som man bör arbeta på att minska.

1.2.8.8. Expert. I FFT ser man terapeuten som experten på förändringsprocessen. Det krävs att man är både metodisk och målmedveten, samtidigt som man är lyhörd för det som händer i terapin. Som terapeut ska man styra terapiprocessen målmedvetet i olika riktningar (Sexton & Alexander, 2007).

1.3. Tidigare forskning

Som en grund för kunskapsläget utifrån vår frågeställning, har vi gjort en sammanställning av valda forskningsstudier som behandlar FFT och andra Evidence Based Practice-metoder (EBP) såsom Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) och Brief Strategic Family Therapy (BSFT). Vi ämnar här inte ge en heltäckande redovisning av alla studier som gjorts utan snarare ge en översikt som ligger till grund för vidare diskussion. Därav har valet av studier varit framförallt forskning kring vad som är verksamt i FFT och ovan beskrivna angränsande metoder. Det har genom åren gjorts omfattande kvantitativ forskning av FFT, som undersökt metodens effektivitet, men även processtudier. Den tillgängliga forskning som för vår studie är mest intressant studerar sambandet mellan olika behandlingsinterventioner och behandlingsresultat. Vi kommer här att inleda med en studie som visar betydelsen av terapeutens modelltrohet, vilket är något som betonas i FFT. En

randomiserad FFT- studie från 2010 (Sexton & Turner) hade som syfte att jämföra FFTs effektivitet med vård inom kriminalvården. Utöver jämförandet av metoder bidrar studien med kunskap om betydelsen av terapeutens modelltrohet för behandlingsutfallet. Studien visar att FFT sammantaget inte var mer effektiv än kriminalvård. Det framkom dock en stor skillnad i behandlingsutfall mellan FFT-terapeuter med låg, respektive hög modelltrohet. Studien visade ett interaktionssamband mellan tonåringens risknivå och modelltrogen terapeut. Det vill säga att de svåraste familjerna hade bättre chans till ett positivt behandlingsutfall, med signifikant minskad kriminalitet efter ett år med en modelltrogen FFT-terapeut. FFT-terapeuter med låg modelltrohet uppvisade högre andel återfall till kriminalitet efter ett år, än kontrollgruppen. Författarna diskuterar i artikeln det starka sambandet som finns mellan modelltrohet och behandlingsutfall. Utifrån detta finns det mer att lära om vilken omfattning av FFT-utbildning och handledning som krävs för lyckad implementering av modellen. Vidare betonas att det finns ett behov av ökad kunskap om såväl organisatoriska som terapeutspecifika aspekter som påverkar förmågan att kunna producera goda behandlingsresultat.

Efter denna redovisning av studien om vikten av modelltrohet kommer vi nu att ta upp två artiklar som fokuserat på alliansens betydelse för behandlingsresultatet. Med allians avses såväl alliansen mellan terapeut och varje familjemedlem som mellan familjemedlemmarna. Den första studien är en BSFT-studie från 2008 (Robbins et al.) som undersöker sambandet mellan allians och sammanbrott i familjeterapi. Studien genomfördes med 31 familjer med spanskättade tonåringar som levde med båda sina föräldrar eller med ensamstående förälder. Ungdomarnas medelålder var 15.46 år. Behandlingen genomfördes av sju terapeuter med psykiatrisk utbildning. Första samtalen, som videofilmades, låg till grund för analysen. Studien har kunnat belägga att familjer som fullföljer behandlingen har en signifikant högre nivå av allians mellan terapeut och familjemedlemmar samt mellan familjemedlemmarna, än familjer som avbryter behandlingen i förtid. De familjer som avbröt behandlingen uppvisar högre grad av obalanserad allians mellan familjemedlemmar. Författarna diskuterar att utifrån ett familjesystemiskt perspektiv visar dessa resultat på att komplexa relationer måste beaktas när man försöker förutsäga behandlingsresultat i familjeterapi.

Vi har här valt att redovisa ytterligare en artikel i ämnet. Det är en FFT-studie (Robbins et al., 2003) vilken undersöker kopplingen mellan allians och att familjen stannar kvar i behandlingen. Alliansen undersöktes på såväl individ- som på familjenivå. 34 familjer deltog i studien. Det var 20 pojkar och 14 flickor i åldrarna 12 till 18 år, med drog- och/eller beteendeproblem. Terapeuterna var praktiserande högskolestudenter, varav 20 kvinnor och 14

män. Alla terapeuter hade genomfört klinisk praktik inom FFT. Videoupptagning av första session användes för att identifiera föräldra- och tonårs-allians med terapeuten. Studien visar på vilken avgörande betydelse terapeutens och familjemedlemmarnas allians har i familjeterapi med tonåringar med beteendeproblem. Resultaten visar att obalanserad allians mellan familjemedlemmar och terapeuten kan predicera behandlingsbortfall. Därutöver visar studien ett samband mellan hög individuell allians och behandlingsbortfall. Författarna diskuterar att vid familjeterapi måste ett systemiskt perspektiv på allians intas, vilket aktuell studie tyder på. Individuell allians ger inte samma resultat i familjeterapi, som forskning visar på vid individuell psykoterapi (Holmqvist, 2008).

Ovanstående studier visar på vikten av allians utifrån ett systemiskt perspektiv i familjebehandling. Detta är ett perspektiv som även framhålls i FFT-modellen. Interventioner med syfte att minska negativ och försvarsinställd kommunikation har även de en framträdande roll inom FFT. Interventionerna har fått en stark förankring i metoden då det visat sig i studier vara verksamma för behandlingsresultatet (Alexander et al.,1989; Morris et al., 1991). Här väljer vi att lyfta fram en FFT- studie (Robbins et al., 2000) som jämför den omedelbara inverkan terapeuters interventioner, som omformuleringar, reflektioner och strukturerande interventioner, har på familjers negativa kommunikation i de initiala sessionerna och vilken intervention som är mest effektiv. Studien genomfördes med 37 familjer, med sammanlevande föräldrar med en kriminell tonåring, varav 26 var pojkar och 11 var flickor, i åldrarna 12 till 17 år. Behandlingen genomfördes av 20 manliga och 17 kvinnliga studenter vid University of Utah, med praktik inom FFT. I studien användes ljud- och videoinspelning från terapisesessionerna från en arkivdatabas, för att undersöka inverkan av terapeutens interventioner på familjens negativa kommunikation. Studien tyder på att interventionen omformulering är mer effektiv, än reflektioner och strukturerande interventioner för att minska familjemedlemmars försvarsinställda kommunikation. Studien visar att tonåringar, mödrar och fäder i lika hög grad deltar i defensivt beteende, samt att familjemedlemmar är dubbelt troliga att engagera sig i negativ kommunikation än i stödjande kommunikation. Studien visar att terapeutens omformuleringar följdes av signifikant lägre defensivt beteende från familjemedlemmarna än vid användande av de ovan nämnda interventionerna. Studien indikerar att tonåringar i högre utsträckning än föräldrarna, svarar an på terapeutens interventioner med minskat defensivt beteende. Studien visar att terapeutens omformuleringar ledde till signifikant lägre proportion av defensivt beteende än andra terapeut- eller klient interventioner. Studien ger ett starkt stöd för den inverkan av att avbryta och omformulera familjemedlemmarnas negativa kommunikation i det första samtalet. I

artikeln diskuteras resultatet att omformuleringar minskade den negativa kommunikationen för alla i familjen. Detta är betydelsefullt utifrån att denna negativa kommunikation tenderar att påverka hur familjen fungerar och förhindrar förmågan att effektivt lösa problem.

Utöver ovanstående studie väljer vi här att lyfta fram ytterligare en studie (Robbins, Alexander, Neswell & Turner, 1996) som visar på positiv effekt av omformuleringar. Studiens syfte var att undersöka den omedelbara effekten av terapeutens interventioner på klienters attityd under de inledande sessionerna. Studien genomfördes på 35 familjer med sammanlevande föräldrar med kriminella tonåringar i åldrarna 12 till 17 år. Behandlingen genomfördes av 19 manliga och 16 kvinnliga studenter vid University of Utah, med praktik inom FFT. De inledande sessionerna videofilmades eller ljudinspelades, vilket kodades och kategoriserades. Det mest intressanta resultatet i studien är att tonåringars genomsnittliga poäng för negativ attityd till en följd av terapeutens omformuleringar, minskade till en mer neutral attityd. Mödrarna reagerade mest positivt i familjerna på terapeutens organisatoriska uttalanden. Författarna diskuterar att resultaten är uppmuntrande eftersom det tyder på att om terapeuter följer manualen så får det förväntat gott resultat.

En i vårt tycke intressant utveckling inom Evidence Based Practice (EBP) är en tendens till ökat intresse för kvalitativa studier inom området. Som ett exempel så diskuterar Sexton och van Dam (2010) i sin artikel betydelsen av psykoterapeutens kreativitet för behandlingsutfallet. De menar att eftersom EBP metoderna nu är väl beforskade och uppvisar god evidens, öppnar sig ett intresse och behov av att gå vidare med studier rörande det personliga och det relationella i modern psykoterapi. Den för oss enda kända EBT- studie som förutom kvantitativ metod även innehåller kvalitativ metod är genomförd av Westermarck, Hansson och Vinnerljung (2007) och undersöker familjehemsföräldrars erfarenhet av att arbeta inom ett manualbaserat behandlingsprogram, MTFC.

Kritik har framförts gentemot forskning om Common Factors med hänvisning till att de är alltför förenklad (Sexton, Ridley & Kleiner, 2004). Författarna efterfrågar forskning som förklarar processer och mekanismer som ligger till grund för den komplicerade förändringsprocessen snarare än beskrivningar av faktorer som medför förändring. Författarna menar att faktorer som beskrivs som Common Factors är för vida och ger alltför lite vägledning.

1.4. Syfte

Vårt huvudsyfte är att utifrån en grupp FFT-terapeuters erfarenhet av modellen undersöka vilka komponenter i FFT metoden de anser verksamma. Utöver våra frågor om behandlingskomponenter ville vi också få en inblick i hur informanterna relaterar till manualen för att kunna sätta svaren i ett sammanhang. Dessutom vill vi undersöka informanternas tankar om och erfarenhet av de olika faserna i FFT.

1.5. Frågeställning

Att undersöka vilka komponenter som FFT-terapeuter utifrån sin kliniska erfarenhet upplever som verksamma för behandlingsresultatet, samt om dessa överensstämmer med eller skiljer sig ifrån FFT-manualen. Att undersöka FFT-terapeuternas syn på de olika faserna i behandlingen och på manualen.

2. Metod

Vi valde att göra en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer. Valet av kvalitativ metod grundar sig i en önskan att utforska och beskriva vårt valda ämne, nämligen att genom ett begränsat antal informanter få fatt i vad de själva beskriver är verksamt i FFT utifrån sin kliniska erfarenhet (Langemar, 2008). Genom detta metodval kommer studien inte att kunna ge ett helhetsperspektiv och det kommer inte att vara möjligt att dra några slutsatser utöver vår studie. Därav är generaliserbarheten låg, det vill säga att det inte går att dra slutsatsen att svaren gäller alla FFT-terapeuter.

Resultaten i denna studie gäller enbart den grupp vi studerat. För att öka studiens kvalitativa representativitet (Langemar, 2008) har vi strävat efter att få en bredd i valet av informanter. Men på grund av studiens omfattning har vi varit tvungna att begränsat antalet informanter. Vi har dock försökt att få en geografiskt spridning. Däremot är inte könsfördelningen i vårt urval (10 kvinnor och 2 män) representativt med könsfördelningen bland Sveriges FFT- terapeuter. På FFTs svenska hemsida finns en förteckning på alla certifierade FFT- terapeuter i Sverige. Vi kan där se att fördelningen är 28 män och 69 kvinnor (<http://fft-sverige.se>). Vi har fått kontakt med våra informanter efter uppgifter från vår handledare, som är en av initiativtagarna till implementering av FFT i Sverige. Detta kan möjligen ha påverkat validiteten genom att vårt urval av informanter kanske inte är representativa, då de skulle kunna vara speciellt engagerade FFT- terapeuter som arbetar på arbetsplatser där implementeringen fallit väl ut. Ett antagande här skulle i så fall vara att det

även finns mindre väl fungerade FFT- team. En annan aspekt av representativitet är att våra informanter möjligtvis kan ha högre utbildning och att flera har vidareutbildning i familjeterapi, än genomsnittet. Vi menar dock att de trots allt skulle kunna anses som representativa som FFT-terapeuter. Här kan vi knyta an till en diskussion om studiens kvalitativa generaliserbarhet (Langemar, 2008). Det vill säga att vi enbart kan dra slutsatser som gäller denna grupp av FFT-terapeuter.

Validitet i kvalitativ forskning berör sådant som kvalitet, trovärdighet och meningsfullhet (Langemar, 2008), vilket är ett mått för att avgöra undersökningens vetenskapliga värde. Genom att få en fördjupad bild av en liten grupp kan studien bidra med ökad forskningsvaliditet, som kan bidra till att ställa nya frågor för vidare forskning. Vårt val att analysera materialet såväl deduktivt som induktivt kan även öka validiteten, på så sätt att förkunskapen om vad som är verksamt i FFT, först blir omhändertaget, för att därefter mer förutsättningslöst återgå till materialet och se vad som finns därutöver (Langemar, 2008). Kvale och Brinkmann (2009) tar upp begreppet validitet som hantverksskicklighet, att validering genomsyrar studien i alla moment och hela forskningsprocessen. Vi har därför noggrant planerat studien samt redogjort för hur vi genomfört och hanterat de olika stegen i processen. Våra kunskaper om FFT som modell och erfarenheter av att arbeta som FFT-terapeuter gör att vi har goda förkunskaper om ämnet. Förförståelsen kan vara till hjälp i analysarbetet med att se nyanser i materialet. Samtidigt krävs medvetenhet så att våra egna erfarenheter inte ställer sig i vägen för intervjupersonernas unika perspektiv och beskrivningar (Langemar, 2008).

Då vi har varit två personer som har intervjuat hälften av informanterna var, bör man fundera på effekten av datainsamlartriangulering, det vill säga hur detta möjligen skulle kunna påverka resultatet (Langemar, 2008). Då vi har gjort en semistrukturerad intervju, med ett antal färdigformulerade frågor tror vi att risken för detta minskar. Dessutom har vi liknande bakgrund/förförståelse då vi båda är socionomer med många års yrkeserfarenhet, båda är utbildade i FFT, på väg att avsluta våra studier på Psykoterapeutprogrammet. När vi diskuterar denna studies replikerbarhet kan man se det ur flera synvinklar. Är det möjligt för någon annan att replikera studien? Vi anser att så är fallet, men man bör då beakta att resultatet kan bli annorlunda med tanke på författarnas förförståelse. En annan fråga är vad resultatet skulle ha blivit om vi/samma författare skulle gjort en ny liknande studie. Även där finns det stor risk att resultatet blir annorlunda då vår förförståelse har förändrats under arbetet med denna studie. Även informanternas aktuella intresseområde, skede i lärandeprocessen och vad det kollegiala teamet fokuserar på kan förändras över tid, varför det

är möjligt att det skulle ge andra resultat vid andra tidpunkter.

En reflektion vi har gjort under arbetets gång är den begränsning det innebär att vi inte återkommande har ställt följdfrågor, utan låtit informanterna framförallt prata fritt utifrån våra frågor. Därigenom har vi inte fått en fördjupad beskrivning av respektive tema. Det är dock ett val vi har gjort utifrån studiens frågeställning och studiens omfattning.

2.1. Deltagare

Vi ville intervjua FFT- terapeuter som arbetar, eller har arbetat, med FFT en stor del av sin arbetstid, så att de sammantaget har god erfarenhet av FFT-behandlingar. Vi eftersträvade även att ett flertal skulle ingå i ett FFT- team, utifrån antagandet att det där förs diskussioner om FFT som modell, men även om processer och metoder. Detta skulle kunna tillföra fördjupade reflexioner till vår studie. Utöver detta fanns, även ett antagande att genom valet av erfarna FFT- terapeuter som arbetar i en FFT- kontext, skulle dessa terapeuter vara intresserade av att följa modellen. Genom urvalet önskade vi öka validiteten genom tillförlitligheten till informanternas rapporter (Kvale & Brinkmann, 2009).

Tretton FFT terapeuter har deltagit, varav tolv ingår i studien. Via vår handledare Kjell Hansson förmedlades kontakt med två samordnare av FFT terapeuter. Genom dessa kom vi sedan i kontakt med tolv FFT- terapeuter. Av de inledningsvis tolv föll en bort på grund av tekniska problem som medförde att intervjun inte spelades in. Ytterligare en FFT - terapeut kontaktades och deltog i studien. Informanterna består av tio kvinnor och två män i åldrarna 33 år till 61 år. Alla har högskoleexamen och är FFT certifierade.

2.2. Material

Vi formulerade frågor som var ämnade att ge svar på vår frågeställning genom en semistrukturerad intervju. Vi har utifrån dessa frågor förhållit oss fria i hur vi valt att ställa frågorna till informanterna, i avseende av ordval och med klagörande frågor om så behövdes. Langemar (2008) formulerar att det viktiga är inte att frågorna ska vara lika i varje intervju, utan att få ett meningsfullt och innehållsrikt material. De frågor vi gemensamt formulerade och som fick ligga till grund för intervjuerna var:

”Utifrån din erfarenhet, vilka komponenter i FFT är mest verksamma?”

”Utifrån ditt arbete med att jobba med FFT, vad tänker du har varit mest verksamt?”

”Finns det andra saker, när du jobbar med FFT, som varit till gagn för resultatet?”

”Finns det något i FFT som tilltalar dig mer än något annat?”

”Tycker du att du generellt arbetar lika mycket tid i varje fas? Varför?”

”Använder du manualen? Hur?”

Vi har därutöver via mail ställt kompletterande frågor till informanterna för att ha en enhetlig bakgrundsinformation. Dessa frågor gällde vilken handledare de hade under FFT-utbildningen, vilken handledare de hade därefter, om de använder adherenceformulär och i så fall om de tycker att de är till nytta samt vilket år de certifierats och omcertifierats.

2.3. Procedur

Intervjuerna genomfördes vid informanternas arbetsplatser. Intervjuerna tog 20 till 30 minuter vardera. Informanterna informerades kortfattat om vår studie och ramen, psykoterapeutprogrammet, inom vilken den gjordes. Vidare fick de veta att deras namn, arbetsplats eller andra identifierbara uppgifter inte skulle komma att skrivas ut, det vill säga att vi följer forskningsetiska principer. Samt att de efter intervjun hade möjlighet att göra tillägg via mail.

Vi använde oss av digitala diktafoner och vi transkriberade intervjuerna ordagrant med stöd av Express Scribe, Free Edition (<http://.nch.com.au/scribe/index.html>). De transkriberade intervjuerna skickades sedan till var informant för godkännande.

Vi har valt att använda oss av Tematiska analyser i vårt arbete med att analysera intervjumaterialet. Tematiska analyser innebär att man strukturerar data utifrån teman (Langemar, 2008). Därefter påbörjades analysarbetet med att vi inledningsvis läste intervjuerna upprepade gånger. Analysprocessen har skett i flera steg så att vi var och en analyserade alla intervjuer samt att vi därefter tillsammans gick igenom och analyserat materialet. Vi har gått igenom alla intervjuer och där identifierat och sorterat nyckelbegrepp utifrån preliminära övergripande teman. Dessa övergripande teman har vi deduktivt formulerat utifrån vad FFT-manualen tar upp som verk samma komponenter. Dessa teman är: "tekniker och interventioner", "andra familjeterapeutiska komponenter" och "manualen". I vårt fortsatta analysarbete har det utkristalliserat sig utifrån materialet fler och smalare teman. Övergripande temat "tekniker och interventioner" har blivit följande underteman; "positiva omformuleringar", "avleda negativ kommunikation", "skapa allians", "synliggöra relationsmönster" och "övriga tekniker". Övergripande temat "Andra familjeterapeutiska komponenter" har brutit ner till mindre underteman; "terapeutens egenskaper och roll", "familjefokus", "behandlingsprocessen", "transparens", "respektera familjen som de är", "salutogenes" och "metoden". Övergripande temat "manualen" har brutits ner till följande underteman; "Engagemang- och motivationsfasen", "Beteendeförändringsfasen", "Generaliseringsfasen" och "synpunkter om manualen". Vi har även arbetat induktivt med intervjumaterialet vilket format temat: "teamet"

Vi har använt olika sökvägar för ovan nämnda studier. De studier som nämns har funnits genom sökningar i databasen Psychnet (<http://psycnet.apa.org.ludwig.lub.lu.se>). Sökningarna gjordes 111110 samt 120214. Våra sökord var: "family", "therapy", "metaanalysis", "model", "FFT", "EBT", "manualbased", "counselling", "adherence", "therapeutic process", "interview", "components". Genom dessa sökningar har vi funnit kvantitativa studier, men däremot inga kvalitativa studier, varken rörande FFT eller andra EBP metoder. Vi har även via FFTs amerikanska hemsida (<http://www.fftinc.com>) och FFT Sveriges hemsida (<http://www.fft-sverige.se>) hämtat referenser till studier. Vi har därutöver använt artiklar som ingått i vår utbildning. I syfte att få direkt information har även förfrågningar om det finns kvalitativa studier skickats via mail, till företrädare för FFT, BSFT, MST samt MTFC, vilka alla svarade att några sådana studier inte finns.

I uppsatsen använder vi oss av beskrivningen familj/familjen när vi avser klientfamiljen. Vi använder även benämningen förälder/föräldrarna och ungdom. Vi använder synonymt orden informant och terapeut i texten. Vi benämner även informanter/terapeuter för "hon" i texten, detta för att kunna säkerställa att ingen informant blir identifierad mot bakgrund av den sneda könsfördelningen. Vi har vinnlagt oss att redovisa vad varje informant tagit upp. Likaså med att få en spridning vid val av citat för att undvika att någon informant blir överrepresenterad. Vi skriver ut antalet informanter när det är relevant. Eftersom detta är en kvalitativ studie har vi inte för avsikt att kvantifiera vårt resultat. Däremot strävar vi mot genomskinlighet genom hur vi på beskrivet sätt redovisar våra resultat, så att läsaren kan följa våra resultat så nära som vi finner möjligt. När vi använt oss av citat, har dessa varsamt redigerats språkligt, det vill säga att vi har tagit bort upprepningar för att öka läsbarheten.

3. Resultat och diskussion

Vi kommer under denna rubrik att redogöra för våra resultat med rubriker utifrån de teman som framkommit i vår analys. Vi har valt att direkt efter varje tema diskutera resultaten. Detta för att underlätta för läsaren. Därefter avslutar vi med en avslutande diskussion.

3.1. Tekniker och Interventioner

Det informanterna tar upp som verksamma komponenter är en blandning av såväl interventioner som terapeutiska förhållningssätt. Det som de flesta informanter lyfter fram är sammanfattat: positiva omformuleringar, avleda negativ kommunikation, allians,

relationsmönster och övriga tekniker. Vi kommer här att redogöra för dem mer detaljerat samt föra en diskussion.

3.1.1. Positiva omformuleringar. Tio av informanterna ger en samstämmig bild av att positiva omformuleringar är en betydelsefull intervention. Informanterna sätter det i lite olika perspektiv, från att vara alliansskapande, till att det är ett verktyg att få samtalen i ett relationellt fokus. De beskriver även betydelsen av att genom omformuleringar ta fram föräldrars och ungdomars goda avsikt. Detta är samstämmigt med beskrivningen att hitta ett annat sätt att se på bekymren än det sätt familjen sett på dem när de inledde behandlingen, det vill säga med ett relationsfokus. En informant benämner positiva omformuleringar som att ge familjens berättelse en ny plattform. En annan aspekt som lyfts fram är att omformuleringarna är ett mycket bra sätt att få med sig familjerna i behandlingen. En informant säger:

”i början av behandlingen är omformuleringar väldigt kraftfullt, som vänder upp och ner på ibland deras bild av saker och ting och gör att de måste tänka på ett lite nytt sätt kring det som bekymrar dom”

Det framkommer även en reflektion kring att positiva omformuleringar i FFT är något annorlunda än i annan familjebehandling, att positiva omformuleringar i FFT knyts till teman i familjemönster. Att bekräfta familjemedlemmar genom att påtala de roller de har i sina familjer kopplat till deras historia anser en informant är viktigt.

Vi kommer nu att diskutera att flertalet informanter lyfter fram positiva omformulering som en av de mer betydelsefulla komponenter, och att det är en av de första komponenterna de benämner i intervjun. Frågan är om, och i så fall vilket samband, det har till att FFT lyfter fram positiva omformuleringar som mycket verksamma. Det lyfts fram i modellen utifrån det forskningsstöd som finns. Här kan vi nämna att forskning visar på den inverkan det har att terapeuten avbryter och omformulerar familjemedlemmarnas negativa kommunikation i det första samtalet (Robbins et al., 2000). Även en studie från 1996 (Robbins et al.) visar på att terapeutens omformuleringar minskar tonåringars negativa attityd. Är det så att informanterna har tagit detta till sig i utbildningen eller är det av egen erfarenhet av att använda denna intervention de lyfter fram den? Det är inte någon fråga vi kan besvara, utan enbart väcka. Det intressanta är dock att terapeuternas erfarenheter stämmer väl överens med manualen (Sexton & Alexander, 2007) och nämnd forskning.

En annan aspekt av att de tar upp denna intervention är, utifrån vår förförståelse, att

denna intervention blir kraftfull tack vare att terapeuter får en annan syn på familjen när man lyfter fram familjemedlemmarnas goda avsikter i sina beskrivningar och handlingar. Man kan tänka att terapeutens nya syn på familjen kan påverka på så sätt att familjens motivation till förändring ökar, vilket är ett viktigt mål i första fasen.

Vi har i vår analys lagt märke till att några informanter reflekterar över att positiva omformuleringar i FFT är något annorlunda än i annan familjebehandling de har erfarenhet av. Vi har inte frågat vidare om vad de specifikt menar, men vi reflekterar över om det kan finnas en skillnad med att man i FFT- litteraturen (Sexton & Shuster, 2008) mycket noggrant beskriver processen i positiva omformuleringar, samt betonar vikten av få in den relationella dimensionen. Möjligen kan dessa utförliga beskrivningar förstås som att positiva omformuleringar är annorlunda i FFT än i andra modeller.

I FFT litteraturen lyfts positiva omformuleringar fram som en av de första och mer viktiga interventionerna, för att man därigenom skapar allians, avbryter negativ kommunikation och påbörjar relationsdimensionen (Sexton & Schuster 2008; Robbins et al., 2000) och vi ser att informanterna beskriver att de har erfarit detta i sitt kliniska arbete.

3.1.2. Avleda negativ kommunikation. Fyra terapeuter påtalar styrkan i att avleda negativ kommunikation, speciellt i början av behandlingen och att familjerna därmed slutar med kritiska kommentarer dem emellan. En konsekvens av denna intervention beskrivs som att föräldrarnas förmåga till reflektion ökar vilket leder till att ansvaret för ungdomens beteendeproblem fråntas ungdomen och blir ett familjeproblem. En förlängning av detta är att det skapas utrymme för mer bekräftelse och beröm. En aspekt som lyfts fram är att det i FFT uppmuntras att terapeuten bör styra samtalet och därmed avbryta negativ kommunikation på ett snyggt sätt. En informant säger:

”metoden som sådan är så genomtänkt, det har ju till och med forskats på vad det blir för konsekvenser för familjerna när man går in och avbryter dom, alltså det finns forskning, den är så väldigt väl grundad i forskning och teori och det gör ju att den är verksam tänker jag på nåt sätt, och det gör ju också att den är rolig att arbeta med, för man känner ju, jag som terapeut känner att jag har något att luta mig emot faktiskt”

Vi lägger här märke till att flera informanter lyfter fram att avleda negativ kommunikation är en verksam komponent, vilket överensstämmer med vad modellen för fram (Sexton & Alexander, 2007). Ovan redovisade positiva omformuleringar är en av interventionerna som används för att avleda negativ kommunikation och göra något arbetsbart

av det familjen tar upp. Som vi tidigare lyft fram visar forskning att FFTs målgrupp, familjer med ungdomar som har beteendestörningar, har hög grad av negativ kommunikation inom familjen (Robbins et al., 2000) vilket påverkar deras förmåga att hantera problem negativt. Studien visar ett starkt stöd för att avbryta och omformulera negativ kommunikation har stark inverkan på behandlingsresultatet. Dessa forskningsresultat blir möjligen incitament för att interventionen att avbryta negativ kommunikation är angelägen för FFT- terapeuter.

Vi slås av hur viktigt det är för informanterna att metoden har ett starkt stöd i forskning och att det inger trygghet och en stark känsla av metodens tillförlitlighet. Detta nämns av några informanter när de pratar om vikten av att avleda negativ kommunikation. Frågan är om det hänger ihop med att man i FFT- utbildningen betonar forskningsstödet. Man kan även tänka att det har en dubbel funktion, att terapeuterna känner stöd och tror på sin modell, samtidigt som det finns forskningsstöd för interventionerna.

En annan reflektion om att avleda och avbryta negativ kommunikation är att sätta det i ett mer allmänkulturellt sammanhang, utifrån vilket det skulle kunna förekomma ett motstånd till att avbryta andras samtal. Vi kan notera att ingen av informanterna har tagit upp några tveksamheter gentemot denna intervention. Om vår reflektion har någon grund, kan det möjligen vara så att de som är tveksamma till att avbryta familjemedlemmar, väljer att inte gå vidare och arbeta med FFT. Alternativt har de gjort erfarenheter av det verksamma i denna intervention och därav är positiva.

3.1.3. Skapa allians. En annan komponent som benämns av fem informanter är allians. De lyfter fram vikten av att skapa en balanserad allians mellan terapeuten och var och en i familjen. Det innebär att varken ta ungdomens eller förälderns parti. Informanter belyser även de svårigheter som det kan innebära att skapa en balanserad allians, att det kan kräva stor ansträngning. En informant beskriver vikten av att få en bärande och balanserad allians:

“ om man har en bärande allians så att man har, det tänker jag också att FFT...att man lär sig att verkligen jobba på att få allians och en balanserad allians, även om det kan vara ett högt tryck i familjen och de kan vara väldigt ovänner, så tänker jag att FFT...med det är en förutsättning för att man ska kunna ge dom här mönstren och för att man ska kunna vara lite besvärlig så vill det till att man har en allians som bär först”

Vi vill uppmärksamma att liksom i diskussionen ovan rörande omformuleringar, är alliansen viktig för att uppnå ett av målen i Engagemang- och motivationsfasen, att genom en god allians skapa ett gott samtalsklimat och reducera skuldbeläggandet i familjen (Sexton &

Alexander, 2007). Många av informanterna lyfter fram god allians som en verksam del av behandlingen liksom modeller förespråkar. Vi lägger märke till att informanterna inte nämner alliansens två nivåer. De tar upp den så kallade balanserade alliansen där terapeuten bör ha en jämnlik allians med var och en i familjen. Men de nämner inte vikten av alliansen mellan familjemedlemmarna och att även detta är något man som FFT- terapeut måste beakta, vilket beskrivs av bland annat Robbins et al. (2003). Denna studie visar att alliansen mellan familjemedlemmar är viktig då den har ett samband med behandlingssammanbrott. Vi noterar även att informanterna inte problematiserar faran med att som terapeut få en starkare allians med en familjemedlem, vilket kan förstärka familjekonflikter och därmed leda till sammanbrott. Å andra sidan har vi inte efterfrågat vad man som terapeut ska undvika att göra. Inte heller har vi frågat vidare om olika aspekter av de olika interventionerna, däribland alliansskapande.

3.1.4. Synliggöra relationsmönster. Något åtta informanter beskriver som verksamt är att terapeuten synliggör familjens relationsmönster vilket de benämner på lite olika sätt, bland annat med orden tema, hypotes och mönster. Detta beskrivs av en informant som att terapeuten behöver vara snabb på att se mönster och ge tillbaka dem till familjen i form av hypoteser:

”det som har hjälpt mig i FFT... att se mönster...man tvingas till att bli ganska snabb på att se mönster och att sedan lägga fram dem som hypoteser till familjen...alltså det krävs ett mod som terapeut...och sen liksom pröva hela tiden, man tar upp, pröva, pröva och köper dom det inte så får man lägga det åt sidan”

Terapeuten upplever interventionen som verksam om familjen känner igen sig i beskrivningen, vilket ibland kräver uthållighet hos terapeuten att återkomma med olika alternativa beskrivningar tills detta är uppnått. Fyra informanterna lyfter fram att metakommentarer är väldigt verksamt. Att terapeuten tar upp sina tankar om vad hon uppfattar och lägger fram en hypotes som familjen får reflektera kring. En terapeut beskriver det som att terapeuten samlar underlag till ett tema. Kraften till förändring i att fånga familjens känslomässiga teman påtalas. En aspekt som framkommer är betydelsen av att utmana familjemönster som de fastnat i, vilket lyftes fram som verksamt.

Tre informanter talar om betydelsen av relationer utifrån olika aspekter. Dels vikten av att terapeuten belyser beteendens funktion i familjerelationer. Även att terapeuten lyfter fram och synliggör familjemedlemmars olika relationsbehov i samtalsrummet.

Vi uppfattar att informanternas erfarenheter att det är verksamt för behandlingen att synliggöra mönster stämmer väl överens med metoden (Sexton & Alexander, 2007). Några påtalar egenskaper som snabbhet och uthållighet hos terapeuter som krävs för att synliggöra mönster. Snabbhet att fånga skeendet i samtalsrummet samt uthållighet för att fortsätta att presentera hypoteser så att familjen känner igen sig, vilket främjar behandlingsarbetet. Sexton och Schuster (2008) beskriver vikten av att FFT terapeuten är aktiv och engagerad för att snabbt fokusera på målen i Engagemang- och motivationsfasen.

En möjlig tolkning kan vara att begreppen tema och mönster kan fånga olika aspekter. Till exempel att begreppet tema lägger till en nivå, med en förklaring till vad som kan ligga bakom familjens relationsmönster. Vilket i så fall liksom vid positiva omformuleringar kräver uthållighet tills ett tema formuleras av terapeuten för familjen som de själva känner igen sig i.

3.1.5. Övriga tekniker. De tekniker ovan redogjorda för är mest förekommande under Engagemang- och motivationsfasen. Här följer de övriga tekniker som informanterna tagit upp. Dessa används i FFT vanligtvis i Beteendeförändrings- och Generaliserings faserna. Tre terapeuter tar upp betydelsen av enactment, att göra rollspel och träna i samtalssituationen. En informant uppskattar effekten av att tillsammans reflektera efter rollspelet. Dessutom omnämns en rad ytterligare tekniker så som sekvensering, externalisering och kommunikationsträning som betydelsefulla i FFT.

Vi menar att de interventioner som informanterna anser är verksamma utifrån sin erfarenhet stämmer överens med modellen (Sexton & Alexander, 2007). Därutöver ser vi att till skillnad från andra interventioner de ovan tagit upp, utvecklar de inte dessa ytterligare. En möjlig tolkning skulle kunna vara att dessa interventioner inte är lika starkt förknippade med FFT. Vi har dock inte frågat vidare för att få en utförligare beskrivning, så det kan tänkas vara ett utslag av våra frågor. En möjlig tolkning utifrån det de tagit upp skulle samtidigt kunna vara att dessa interventioner inte är lika positivt förknippade som de i första fasen mer relationellt orienterade interventionerna.

3.2. Andra familjeterapeutiska komponenter

Andra komponenter som framkommer i materialet härrör till det vi benämnt andra familjeterapeutiska komponenter. Dessa komponenter utgör tillsammans följande teman: terapeutens egenskaper och roll, familjefokus, behandlingsprocessen, transparens, respektera familjen som de är, salutogenes, och metoden.

3.2.1. Terapeutens egenskaper och roll. Två informanter uppskattar att man har stor frihet som terapeut i FFT, denna frihet ger utrymme för terapeutens personlighet. En av dem kopplar samman friheten till att metoden samtidigt är väldigt manualstyrd. Informanten betonar även det stödet man får av att hålla sig till faserna i metoden. Modellen upplevs ge utrymme för att som terapeut ta mera plats, och till att använda sin personlighet. En informant uppskattar att det ingår i modellen att få: ” vara lite grann en detektiv ” när man möter nya familjer, vilket upplevs som spännande. En informant kopplar den terapeutiska friheten till möjligheten att få styra samtalet och avbryta negativ kommunikation och leda samtalet framåt. Tre informanter tar också upp att det är verkningsfullt att terapeuten kan ta kommandot och styra samtalen. De beskriver att möjligheten att styra har flera funktioner, till exempel att sänka ångest, att skapa trygghet och att ta ansvar för att ingen far illa i samtalsrummet. En informant påtalar vikten av att hålla i strukturen när det blir turbulent under samtalet. Ytterligare en aspekt av terapeutens förhållningssätt påtalar en informant genom att prata om vikten av att terapeuten och familjen är på samma ställe i processen:

”att försöka ha dom med sig och inte springa före och inte springa efter utan försöka vara med hela tiden”

Informanten tycker att metakommentera och belysa mönster i familjen hjälper till med detta. En informant beskriver det som att det är viktigt att samtidigt både följa och leda familjen. En informant påtalar terapeutens ansvar för behandlingsprocessen. Det vill säga att det inte beror på familjens egen motivation utan det är terapeutens förmåga att matcha familjen. En annan informant pratar om att terapeuten ska matcha familjen:

”man måste möta familjen som dom är och som dom kan, det tycker jag är en utgångspunkt för kontakten, det är en väldigt stor flexibilitet, det är inte familjen som ska passa utan det är hur jag ska jobba för att passa familjen”

Ytterligare en aspekt av det terapeutiska ansvaret som lyfts fram, är att det är till gagn för familjen att terapeuten är fokuserad inför varje samtal. Att jobba med att ta ner tempot i samtalet och på så sätt få saker pratbara tar en informant upp som mycket verksamt i modellen. Informanten tar också upp en annan aspekt av detta, genom att terapeuten är aktiv bidrar det till att påverka Expressed Emotion, och sänka den höga ångest och stressnivå som kan finnas i familjen.

Något som upplevs som hjälpsamt för att få igång en bra behandlingsprocess är att vara flexibel och tillmötesgående vad gäller förutsättningar kring samtal, till exempel när och

var samtalet ska ske. En informant berättar att familjer har uttryckt uppskattning för detta. Det som en informant tar upp först på frågan vilka komponenter som är mest verksamma, är att som terapeut vara intresserad av den man möter. En informant säger:

”det som är verksamt i FFT är att det är en tydlig och väldigt vaksam och nyfiken terapeut, vi blir skolade i vilken roll vi ska ha för att på bästa sätt kunna vara till hjälp för familjen, den aktiva terapeutrollen, det hållande vi gör när vi träffar en familj, ger dom i bästa fall trygghet”

Samma informant talar om terapeutrollen där det är viktigt att ha med humor, värme och omhändertagande, vilket även sträcker sig utanför terapin genom ett intresse för familjens liv utanför terapirummet. En informant lyfter fram en annan aspekt på samma tema, nämligen att terapeuten behåller fokus på det relationella och inte går in i sådant som man inte kan påverka, som inte ingår i behandlingsuppdraget. Terapeutens förmåga till humor och kreativitet i samtalen belyses av flera informanter. Detta utifrån olika aspekter, dels att terapeuten tillåter sig att ha roligt under samtalet, men även genom att man därmed byter mellan olika nivåer och tillför ny kraft i samtalet. En informant ser humorns och nyfikenhetens betydelse för att det gör att terapeuten inte ställer sig utanför, utan är delaktig i processen tillsammans med familjen. Ett annat sätt för terapeuten att använda sin kreativitet är att under beteendeförändringsfasen föra in olika övningar, påtalar en informant. Ödmjukhet i mötet med familjen lyfter ett par informanter upp som tilltalande. Det innebär att som terapeut inte värdera familjen. Samma terapeut påtalar att samtidigt som man som terapeut måste vara ödmjuk och icke expert i samtalet, ska man besitta expertkompetens som familjeterapeut. Ytterligare en informant beskriver sig tilltalad av att både ha ett ödmjukt förhållningssätt gentemot familjen och samtidigt vara expert i sin roll.

I samband med en diskussion om alliansens betydelse lyfter en informant upp en konsekvens av en bra allians som är att terapeuten blir rollmodell för familjemedlemmarna i fråga hur man kan våga prata på ett nytt sätt. Fyra informanter lyfter fram hopp som verkningsfullt. En informant beskriver dessutom vikten av att som terapeut förmedla att visa att förändring är möjligt och att familjen står för förändringen. En annan informant beskriver hoppets betydelse som empowerment, att familjen klarar att komma ifrån sina problem på egen hand med hjälp från terapeuten under en period. Terapeuten vill förmedla till familjen:

”det här klarar ni på egen hand, vi behöver bara gå den här vägen tillsammans”

En informant berättar, vilket angränsar till ovanstående, att föräldrar efter genomförd behandling ofta benämner att det varit betydelsefullt att terapeuten upprepat att föräldrarna är experter på sina barn. Ytterligare en informant påtalar vikten av att som terapeut tro på att förändring är möjligt. En informant beskriver att det som tilltalar mest är att man i FFT arbetar mot ett mål vilket är satt utifrån specifika symtom och att det därmed finns ett tydligt slut på behandlingen.

Vi ser att i vårt intervjumaterial framkommer det tydligt att terapeuterna anser att de har ett stort ansvar för behandlingsprocessen och att de betonar vikten av att anstränga sig. Det en informant beskriver som terapeutens ansvar att motivera familjen beskrivs i manualen som något man tidigt i FFT:s historia tog fäste vid. De beskriver utförligt vilka egenskaper som terapeut som krävs för att lyckas med ett gott behandlingsresultat. Detta är också något som modellen lyfter fram som väsentligt (Sexton & Alexander, 2007).

Informanterna beskriver att det finns utrymme i metoden för att som terapeut utveckla sin personliga stil och använda sin kreativitet. Vilket de inte sätter i motsatsförhållande till att modellen är manualstyrd. Detta är något som Sexton och van Dam (2010) diskuterar när de argumenterar för EBT metoder. De anser att när EBT är som bäst så kombinerar man expertkunskap och forskning med familjeterapeutens förmåga till intuition och kreativitet. Modellen erbjuder en struktur från vilken terapeuten kan såväl matcha familjens behov, som hantera och använda det familjen tar med in i samtalsrummet på ett systematiskt sätt som bidrar till ett positivt behandlingsresultat.

Det resultat som är beskrivet ovan är väl förankrat i modellen och väl beskrivet i litteraturen (Sexton & Alexander, 2005). Det som möjligen står ut i valet av begreppet "empowerment" i samband med att inge hopp, och att vara "rollmodell". Begreppet empowerment finns inte benämnda i FFT litteraturen men vår förståelse är att det trots det, kan överensstämma väl med beskrivningarna i litteraturen (Sexton & Shuster, 2008) En möjlig tolkning är att begreppet empowerment har samma innebörd som att man ska tillskriva familjen den förändring som åstadkommit i behandlingen. Detta beskrivs i manualen som ett viktigt mål i Generaliseringsfasen (Sexton & Alexander, 2007). Likaså kan man förstå funktionen att terapeuten ser sig som en rollmodell för familjemedlemmarna, utifrån uppgiften att exempelvis i Beteendeförändringsfasen göra- och erfara något nytt i samtalsrummet (Sexton & Alexander, 2007).

Flera informanter nämner hopp som en viktig faktor för terapeuten att skapa i behandlingen. Sexton och Schuster (2008) beskriver hur viktigt det i FFT är att förmedla en

känsla av stöd som inger hopp om att problemen kan förändras, att terapeuten kan klara av att hjälpa familjen med dessa förändringar. När sedan negativitet och skuld har minskat i samtalen och mellan familjemedlemmarna ger det utrymme för hoppet att växa. Och då får även terapeuten möjlighet att visa att hon är kompetent och kapabel att hjälpa till. Detta är något som vi ser att informanterna beskriver och värderar positivt.

Det är möjligt att tolka att det som informanterna beskriver angående terapeutens roll och egenskaper är olika exempel på hur viktiga terapeutens förhållningssätt och medvetenhet om sin roll. Bland annat genom att styra vad familjemedlemmarna pratar om under samtalet. Att undvika att ungdomen hamnar i ”heta stolen” kan vara en effekt av att styra samtalet. Det stödjes även av manual (Sexton & Alexander, 2007) och FFT litteratur (Robbins et al., 2000).

Precis som flera informanter påtalar så är framförallt humor, men även kreativitet viktiga delar av FFT (Sexton & Alexander, 2007). I adherence-formuläret finns det en punkt där man ska bedöma om det finns med humor under samtalet.

Vi lyfter här fram det en informant tar upp om vikten av att sätta upp mål i behandlingen som är relaterade till beteenden. I manualen framgår det tydligt att man inför varje ny fas ska göra en analys av vilka mål som behöver uppfyllas för varje specifik familj, utifrån de beteenden som uppvisas i familjen (Sexton & Alexander, 2007).

3.2.2. Familjefokus. Elva informanter har tagit upp familjefokus som verksamt. En informant beskriver att i FFT så byter man fokus från att ha ett individuellt perspektiv på ungdomen och dess bekymmer, till att ha ett familjefokus, att familjebehandlingen är något som de ska göra tillsammans. Informanten upplever att det underlättar möjligheten till dialog att ha många familjemedlemmar i rummet. Ett annat perspektiv som framförs av en informant är vikten av att ha familjeperspektiv på bekymren:

”... det gör något med föräldrarna när man försöker förstå sig på deras ungdomar... ja sen ur ungdomarnas perspektiv ... de brukar ofta prata när det är dags att avsluta att det inte riktigt blev som de trodde att de skulle vara... sitta här i heta stolen och stå till svars för allting....det här att göra det till ett familjebekymmer istället för ett individuellt bekymmer...alla har en del i det vilket även innebär att alla även har ett ansvar för lösningen...”

En liknande beskrivning av den positiva konsekvensen av familjesamtal är att familjen sitter i samma rum och får hjälp att prata med varandra. En informant lyfter fram vikten av att terapeuten inte fokuserar på negativa känslor utan istället ser relationsnivån och

fokusera på det som fungerar i relationerna i familjen. En informant uttrycker ett liknande perspektiv genom att prata om att man:

”istället för att titta på varje individ, tittar man på och jobbar med mellanrummen”

Samma informant beskriver styrkan i att inte prata så mycket om vad som är problemen utan istället prata om de känslomässiga relationerna, vilket gör att familjemedlemmarna blir berörda och engagerade, vilket är en motivation till förändring enligt informanten. Fokus på det som fungerar, tar ännu en informant upp, som anser det vara kraftfullt att ha hela familjen i rummet. Detta utifrån att alla familjemedlemmar får höra vad de andra säger och har möjlighet att fundera och prata tillsammans, vilket de sällan gör hemma. Ytterligare en dimension på att ha ett familjeperspektiv är enligt en informant att hjälpa familjen förstå att och hur de påverkar varandra. Att vänta tills alla i familjen är ”med på tåget” tycker en informant är bra. Det första svar som en av våra informanter ger på frågan vilken komponent som är mest verksam, är det systemiska synsättet i FFT. Informanten beskriver det som att människor påverkas av varandra och att man i FFT ser mönstret av hur relationerna hänger ihop med våra beteenden. Informanten säger vidare:

”jag har nog aldrig stött på en metod som så envist går in i det på alla sätt och vis, hela hela tiden trycker på det. Och när man inte släpper det själv, när jag hänger med på det själv, och inte faller i några fallgropar av att känna mer med den eller den, eller tänka, jo, det är nog faktiskt så att den här ställer till mer än den andra. Så blir det bra, för det hjälper ju familjen, men det hjälper mig som terapeut också att hålla mig neutral och hålla det fokuset”

Här finner vi det inte så anmärkningsvärt att så många informanter tar upp familjefokus då det är en av de mer grundläggande förutsättningarna i familjeterapi. Men å andra sidan kan vi problematisera detta genom att fråga oss vad begreppet familjefokus betyder för informanterna. Detta har vi dock inte ställt några följdfrågor kring varför det inte kan utforskas vidare här. Däremot kan en möjlig tolkning vara att de syftar på att lämna ett individuellt perspektiv på problemet för att formulera bekymren som ett familjeproblem.

Vi finner det väl beskrivet i citatet ovan, hur viktigt det är med ett familjefokus då det både är verksamt för familjen och att det i sig är ett stöd för terapeuten att uppfylla målen framförallt i Engagemang- och motivationsfasen. Vi kan även förstå citatet genom att återknyta till diskussionen ovan angående balanserad allians. Ett exempel på den förändring som kan ske i samtalsrummet är det som beskrivs i det första citatet ovan. Betydelsen av att

hålla ett familjefokus och därmed undvika obalanserad allians har ett samband med att behandlingen fullföljs (Robbins et al, 2003; Robbins et al., 2008).

3.2.3. Behandlingsprocessen. Fyra informanter lyfter fram olika skeenden i behandlingen, som vi har tematiserat som behandlingsprocessen. Informanterna har påtalat att nedanstående är betydelsefullt för behandlingsresultatet. En informant lyfter att det är viktigt att familjen får med sig något annorlunda från terapirummet. En informant tar upp vikten av att upptäcka att familjen är med, när man ser att familjen förstår sambanden mellan sitt beteenden och andras beteenden. Därutöver tar en informant upp vikten av att inte bara prata utan även göra annorlunda i terapirummet.

Vi finner det intressant att några informanter tar upp skeenden i behandlingsprocessen som betydelsefulla. Detta utifrån att våra frågor rör verksamma komponenter och inte behandlingsprocesser. Det de ovan tar upp angränsar dock även andra teman, såsom familjefokus och enactment. En möjlig tolkning av ovanstående är framförallt att det familjeterapeutiska synsättet är väl förankrat hos dem.

3.2.4. Transparens. Tre informanter benämner att arbeta transparent är verksamt. En informant beskriver det som att låta familjerna ta del av diskussioner som varit i teamet. En annan beskrivning av transparens är att terapeuten delar med sig av sina tankar och hypoteser samt reflekterar med familjen kring dem. En informant säger:

” jag brukar aldrig sitta med en massa hemligheter, då frågar jag dom, familjen om det är så eller inte, så att jag inte behöver fantisera för mycket i min egen idévärld”

Vår reflektion här är att transparens är ett allmänt förekommande förhållningssätt inom familjeterapin och i FFT. Vår tolkning av temat transparens är att som terapeut både vara öppen med sina tankar och hypoteser inför familjen. Utifrån ett annat perspektiv kan vi reflektera över funktionen av transparens i skenet av KASAM, det vill säga att förhållningssättet kan bidra till ökad känsla av sammanhang. (Cederblad & Hansson, 1996).

3.2.5. Respektera familjen som de är. Fyra informanter tar upp vikten av att respektera familjerna. Detta uttrycks till exempel av en informant:

”att man inte ändrar systemet, man går inte in och ska ändra människor. Det tror jag också är verkningsfullt, anpassa utifrån de dom är”

Informanten förtydligar att hon utgår från familjens verklighet. En annan röst tar upp att man måste möta familjen som de är och som de kan, det tycker informanten är en viktig utgångspunkt för kontakten. En informant uppskattar att metoden betonar att man respekterar familjen och inte går in och förändrar utan att man får lov, utan att man ska hjälpa dem att få det att fungera i familjen utifrån så som de är. Ytterligare en informant påtalar vikten av att ha tillit till familjen och att familjen har kompetens och resurser att lösa sina problem. Informanten tycker också det är viktigt att familjen får formulera sitt eget sätt att tänka kring saker och att de får fungera som de vill.

Vi vill här lyfta fram att informanterna betona att det är viktigt att respektera familjerna som det är, vilket stämmer väl överens med vad manualen förespråkar (Sexton & Alexander, 2007). Därutöver kan vi understryka att FFT har mycket tydligt uttalat vikten av att respektera människors åsikter och värderingar (Sexton & Alexander, 2005) vilket genomsyrar modellen. Informanterna uttrycker en uppskattning för detta förhållningssätt.

3.2.6. Salutogenes. Tre informanter tar upp risk- och skyddsfaktorer som en betydelsefull del som de använder i sitt behandlingsarbete. Två informanter ger en samstämmig beskrivning om att de tittar på risk- och skyddsfaktorer och fokuserar på att förstärka de salutogena faktorerna.

Vi kan här konstatera att, helt enligt manualen, några informanter nämner att de tar hänsyn till och arbetar med risk- och skyddsfaktorer (Sexton & Alexander, 2007).

3.2.7. Metoden. Tre informanter tar här upp sådant de tycker är verksamt som rör metoden. Till exempel tycker en informant att det ger tyngd att till familjer kunna säga att hon arbetar efter en viss metod och att hon är certifierad. En informant tar upp vikten av att kartlägga vad man ska jobba med och hur det ska gå till samt hur kontraktet ska vara mellan terapeut och familj. Informanten påtalar dock att detta inte är specifikt för just FFT utan gäller andra familjebehandlingar. Samma informant tar upp att FFT metoden är annorlunda än andra metoder, i att är man som terapeut är väl förberedd, har ett tydligt mål, att behandlingen är tidsbestämd samt att det finns en början och ett slut. Ytterligare en informant tycker att strukturen i modellen i sig inger en trygghet, som terapeuten kan föra in i samtalsrummet.

Vi ser att här, när informanterna tar upp metodens betydelse, är det utifrån den trygghet det ger att ha en metod att förlita sig till. Det är en tydlig beskrivning av vad man ska

göra och uppnå. Dessutom tänker vi att det kan ge behandlaren en känsla av legitimitet, vilket i sin tur kan avspeglar sig i att terapeuten kan förmedla auktoritet och tro på såväl sig själv som på metoden (Sexton & van Dam, 2010).

3.3. Manualen

Vi har delat upp det som framkommit ur intervjuerna angående manualen och de olika faserna i modellen i var fas för sig, och därutöver temat synpunkter på manualen.

3.3.1. Engagemang och motivationsfasen. Tio informanter tar upp åsikter angående Engagemang- och motivationsfasen. Två informanter tar upp att de ofta jobbar mest i första fasen, engagemang- och motivationsfasen. De beskriver dock lite olika förklaringar till varför det blir så. En informant uttrycker att behandlingen då avslutas eftersom familjerna känner sig nöjda. En informant menar att det är denna fas som kännetecknar FFT mest. Hon uttrycker att under James Alexanders föreläsningar så kommer han inte längre än till denna fas. Det finns även ett antal informanter som beskriver en förändring över tid, att med ökad erfarenhet så minskar antalet samtal i första fasen eftersom de snabbare uppnår målen och kan gå vidare. En informant säger att hon jobbade inledningsvis mest i den första fasen men vartefter som hon har fått mer erfarenhet så blir det färre samtal i första fasen. Informanten beskriver:

”att man blir snabbare på att hitta allians, skapa liksom den här plattformen för att gå över och jobba med beteendeförändring”

En informant pratar om att det är i första fasen som man får familjens mandat att jobba vidare. En annan informant tar upp att första fasen kräver mycket engagemang och kraft för att lyckas få balanserad allians, hon säger att det är en konst. En informants omedelbara svar på vad som är mest verksamt i FFT är motivationsfasen utifrån de mål som ingår i fasen. Informanten upplever att det är i första fasen som grunden läggs för resten av terapin. Hon beskriver även att motivationsfasen går som en dans. En informant beskriver att hon jobbar mest i första fasen, framförallt för att hon tycker om att stanna upp i relationsarbetet. Hon tänker att om man jobbar riktigt ordentligt här så kommer det att leda till mindre jobb i de andra faserna. En informant tycker att första fasen ofta är smidig att ta sig igenom, även om hon beskriver den som ”klurig”. En informant påtalar att under alliansbyggandet så är det viktigt att inte gå in och göra förändringar. Det vill säga hålla sig till Engagemangs- och motivationsfasen tills målen där är uppfyllda. Flera informanter uttrycker att det i manualen, utbildning och föreläsningar är mest fokus på Engagemangs- och motivationsfasen.

Vi uppmärksammar att många terapeuter betonar både att det i utbildningen fokuseras mest på Engagemangs- och motivationsfasen och att det är där man som ny FFT terapeut jobbar mest. Vi kan tänka att det finns ett samband mellan att såväl FFT utbildningen i Sverige, utbildningshandledning, som föreläsare från USA avsätter mest tid och fokus på denna fas, och att FFT- terapeuterna i vår studie ger en sådan beskrivning. Vi ställer oss frågor kring detta eventuella samband. En möjlighet skulle kunna vara att det framförallt är familjeterapeuter som utbildar och föreläser, kanske är de därmed speciellt intresserade av denna fas med extra fokus på relationellt arbete. En informants uttalande kan ge uttryck för detta, att hon själv gärna stannar kvar i denna fas för att hon tycker om att arbeta relationellt. En annan hypotes är att vi får denna bild utifrån att flera av våra informanter har en bakgrund som familjebehandlare, att det skulle kunna se annorlunda ut om flera hade en annan bakgrund, exempelvis som KBT- behandlare, det vill säga har arbetat med kognitiv beteendeterapi. Ytterligare en möjlighet är att de som håller i FFT utbildningen har erfarenhet av att det finns ett stort behov av att lägga stor vikt vid Engagemang- och motivationsfasen under utbildningen för att verkligen förankra detta. Utöver detta, om vi går tillbaka till modellen, så betonas i manualen att det är nödvändigt att uppnå målen i första fasen innan man kan gå vidare till nästa (Sexton & Alexander, 2007). På så sätt kan det även vara begripligt att mycket fokus läggs på första fasen. Det är intressant att iaktta att flera informanter beskriver att när de byggt upp sin erfarenhet av FFT, så har målen i första fasen uppnåtts lättare och snabbare.

3.3.2. Beteendeförändringsfasen. Nio informanter tar upp synpunkter på Beteendeförändringsfasen och dess betydelse i behandlingen. En informant beskriver sina svårigheter med Beteendeförändringsfasen:

”...speciellt den här boken, att det är lite svårt att få kläm på den här Beteendeförändringsfasen. Jag hade lite svårt för den i början för den är lite dåligt beskriven tycker jag. Det är mycket fokus på den första fasen, och inte så mycket fokus på de andra faserna”

En annan informant beskriver att allt eftersom hon fått mer erfarenhet av modellen har hon börjat plocka in olika interventioner såsom externalisering och lek, med hjälp av diverse leksaker. En informant tilltalas av Beteendeförändringsfasen:

”det räcker inte bara att prata om saker och ting tänker jag, det hjälper naturligtvis till en viss gräns men sen måste man göra någonting annorlunda än vad man gjort hittills, och det

är det som tilltalat mig just med beteendeförändringsfasen, där är det bara kreativitet som kan flöda och man kan komma på en massa övningar, göra kommunikationsträning i rummet....allt det där man gör annorlunda i rummet, för har man gjort det i rummet då är det lättare att göra det utanför rummet... det är det som tilltalar mig, att det händer saker, det är roligt”

En informant säger att Beteendeförändringsfasen tar tid och kräver mycket fantasi för att få till olika övningar. Hon menar att man till denna fas behöver byta roll och vara mer pedagogisk jämfört med föregående fas. En informant säger att hon håller på att utveckla sin kompetens vad gäller beteendeförändring med hjälp av sina kollegor. Detta anser informanten att hon har behov av då många av ungdomarna hon möter har ADHD- diagnoser och därmed behöver arbeta med sin impuls kontroll. Hon tar även upp att hon alltmer arbetar med föräldrastrategier i denna fas. En informant tycker att hon lägger mest kraft på Beteendeförändringsfasen, som hon tycker tar längst tid och oftast är kämpigast att komma igenom. Ytterligare en informant beskriver att hon jobbar mer i Beteendeförändringsfasen än i de andra faserna.

Flera informanter beskriver att det är mindre fokus på bland annat Beteendeförändringsfasen. En informant menar att det bidragit till att det inledningsvis var svårt att jobba i fasen. Informanten tar även upp att det har varit lite svårt att få riktigt bra hjälp i metoden i denna fas. En annan informant påpekar att interventionerna i beteendeförändringsfasen liknar andra modeller och inte är unik för FFT.

Vi tycker att det finns ett tydligt samband med resultatet i föregående avsnitt, Engagemang- och motivationsfasen och även diskussionen som där följer är giltig även här. Det vill säga att det är mindre fokus på Beteendeförändringsfasen både i utbildning och i handledning. Det är flera röster som uttrycker att det till att börja med är svårt att begripa Beteendeförändringsfasen och att det krävs hjälp från teamet och egen erfarenhet för att informanterna ska uppleva att de gör ett bra jobb. Vi har även en reflektion angående att flera ger uttryck för att de allteftersom de känner sig bekväma med interventionerna så väcks såväl lust som kreativitet. Detta står i samklang med FFT modellen, som betonar kreativitetens roll i behandlingen (Sexton & Alexander, 2005).

Här kan man även reflektera över att när informanterna upplever större kompetens i den första fasen, kan de gå vidare för att utvecklas som terapeuter i denna fas. Sammantaget uppfattar vi att det ges uttryck för mer skiftande åsikter och erfarenheter om denna fas. Det vi

har lagt märke till är att ingen informant tar upp vikten av att i Beteendeförändringsfasen anpassa förändringen till familjens relationsfunktioner samt att göra en relationsbedömning, vilket manualen påtalar (Sexton & Alexander, 2007). Det kan även här eventuellt förstås utifrån att det inte betonats i utbildning eller handledning. Det kan ju även vara ett uttryck för att just våra informanter i sina team inte haft denna diskussion aktuell, vilket skulle kunna göra att det inte spontant kommer upp, då vi inte har ställt specifika frågor.

3.3.3. Generaliseringsfasen. Fem informanter påtalar att Generaliseringsfasen ofta är kortare än de andra faserna. En informant upplever att man nästan glömde Generaliseringsfasen i utbildning och handledning, men att hon läst på i manualen på egen hand. Hon säger dessutom att även Generaliseringsfasen kan ta tid, framförallt när det gäller att knyta till skolan. En informant säger:

”generaliseringsfasen är ju inte heller speciellt lång, jag vet faktiskt inte rent teoretiskt hur lång den ska vara, men det kanske bara är två samtal på slutet eller nånting sådär”

En informants erfarenhet är att Generaliseringsfasen utmärker sig genom att den, till skillnad mot de andra faserna, tar mindre tid och kraft. Hon menar dessutom att det är en skillnad då hon som terapeut kan vara mer avslappnad och att det inte krävs lika mycket förberedelse. En informant beskriver att hon jobbar mindre i, och att hon har mindre erfarenhet av denna fas.

Vi kan konstatera att det är färre informanter som nämner Generaliseringsfasen än de andra faserna. Och att flera som nämner den beskriver att den är otydlig för dem. Liksom informanterna kan vi reflektera att denna fas har fått begränsat utrymme i utbildning och handledning. Sexton och Alexander (2005) påtalar risken med att familjer kan känna en lättnad över att deras bekymmer har minskat när de genomfört Engagemang- och motivationsfasen, att de upplever sig färdiga med terapin och är omotiverade inför att fortsätta till Beteendeförändringsfasen varför de avbryter behandlingen. Författarna menar att risken ligger i att man då inte har utvecklat och stabiliserat sina nya färdigheter, i Beteendeförändringsfasen och Generaliseringsfasen, så att när nya svårigheter uppstår är risken stor för återfall. Vår förförståelse är att denna risk sällan nämns under utbildning eller handledning.

3.3.4. Synpunkter om manualen. En informant lyfter upp att FFT skiljer sig från andra familjesamtal i att den är väldigt tydligt manualstyrd och att man har faserna att anpassa sig efter. Samtidigt menar informanten att det är en stor frihet. Informanten beskriver att under utbildning och certifieringsprocess läste hon mycket i manualen. Därefter används den mest som inspiration, och den ligger alltid på skrivbordet. Informanten tar upp att hon läser en bok av Sexton och upptäcker där nya saker. Informanten strävar efter hög adherence i sina behandlingar och vill vara trogen modellen, även om det finns mycket från andra modeller i FFT. Informanten tycker att det är ”hjälpssamt” att fylla i adherenceformulär och tänka FFT. En informant uppger att hon periodvis använt den intensivt på grund av ett utvecklingsarbete på arbetsplatsen. Hon menar dock att den bästa hjälpen får hon i teamet, ej i manualen. Men när hon ibland läser den:

”kommer det ju alltid nya tankar och man blir kanske påmind om sånt man tappat under en period och så där”

En informant beskriver manualen som en uppslagsbok som hon går tillbaka till ibland och blir påmind. Hon påtalar även att den inte fanns under utbildningsperioden, vilket hade varit att föredra. En annan beskrivning av en informant är att manualen är till hjälp för att fundera på vad man gör och att man kan gå tillbaka till teorin. Hon lyfter upp att manualen är symboliskt viktig och att den är en tillgång för att få idéer. På vår fråga ”Hur använder du manualen?” svarar en informant:

”sidan 115-116, där står det lite sessionsplanering och ärendepanering, en liten ruta till höger, det är sånt här man måste bläddra i, så i en liten ruta så står det sessionsplanering, vad måste du tänka på kortsiktigt och ärendepanering, vad måste du tänka på långsiktigt”

Informanten använder manualen till att påminna sig själv om metoden inför varje ny familj och menar att manualen är viktig som ram som man får röra sig fritt inom. Samma informant lyfter här upp att även filmningen hjälper för att vara mer renodlad FFT-are, att det avhåller från att göra ”en avstickare” från modellen. En annan informant tycker att manualen är viktig som en påminnelse. En informant uppger att hon inte använder manualen, förutom i teammöten där den kommer till användning. Hon tycker dock att det är skönt att ha en manual att luta sig emot som bygger på forskning och teorier. En informant säger att hon använder manualen nu främst när det uppstår något i behandlingsarbetet eller ibland som en checklista. Men under utbildningen läste hon den mycket och försökte gå på djupet med den. En annan informant använde manualen mer tidigare men känner nu att hon förstår begreppen bättre och

det har blivit mer förankrat i henne. Hon reflekterar också över att hon nu har fått en annan förståelse än under utbildning och handledning. En informant tycker att manualen är viktig och har kopierat upp ett antal viktiga sidor från manualen, vilka hon kan ta fram vid behov. En informant bär med sig manualen och använder stunder som blir över för att läsa den. Hon upplever dock inte att manualen är enkel. Hon följer alltid manualen vid första samtalet och innan övergången till Beteendeförändringsfasen. Däremot säger hon sig slarva med adherence- listor trots att hon tycker att de också är viktiga.

Vår slutsats är att det stora flertalet använder sig av manualen ibland, enskilt eller i teamet, och tycker att den är till hjälp. Några påtalar att de har stor hjälp av den och läser i den regelbundet. Det är intressant att konstatera hur olika de beskriver att de har användning av manualen. Alltifrån individuellt till i teamet, och i olika skeden av behandling, men även för egen utveckling som terapeut.

3.4. Teamet

En informant lyfter fram teammötets betydelse för att titta på filmer och hjälpa varandra att göra behandlingen ”mer FFT”. Ytterligare en informant betonar vikten av teammötet för att prata ärenden utifrån ett FFT perspektiv. Fokus är då inte på familjen utan hur de ska tänka när de arbetar med FFT. En informant menar att teamet hjälper varandra att se i vilken fas de befinner sig i och att göra behandlingsplanering kring interventioner. Informanten säger även skämtsamt att teamet ibland väljer någon som i mötet har funktionen som ”metodpolis” för att påminna om manualen och hålla den mer levande. En annan synvinkel på teamets betydelse uttrycker två informanter. De beskriver att när man ser på varandras filmer så får man en bild av hur ens kollegor jobbar med FFT, att alla gör lite olika under samtalen men ändå inom ramen för FFT. En annan informant berättar att kollegorna tittar på varandras filmer och skattar varandra utifrån adherenceformulär. En informant lyfter fram teamets funktion att hålla metoden vid liv och att det är ett forum för diskussioner, även med fokus på olika ”teman”. En informant benämner teammöten som kollegial handledning och då använder de sig av filmer. En informant lyfter vikten av teammöten där de hjälper varandra med kollegial handledning utifrån kunskaperna från manualen och genom att ställa frågor utifrån manualen. En informant betonar teamets betydelse:

”en sak som jag tänker på, som jag tycker egentligen står över allt detta är teamet och att man filmar. Det är ju ingen komponent så, men just att ha teamet och filmerna i ryggen gör att jag tycker att man kan jobba med ganska komplicerade familjer och ge sig in i ganska

svårt, som man i vanliga fall är två behandlare, så känns det okey att vara ensam.....vi har ju regelbundna teamträffar och tittar på alla filmer, så att jag känner att man är inte ensam... ”

En informant tar upp att teamet hjälper till på flera sätt. Att få bekräftelse, men även att teamet kan peka på något som informanten själv inte sett vilket hon tänker gynnar familjen. Teamet hjälper även informanten att inte tappa fart utan att vara mer fokuserad inför varje nytt samtal. En informant beskriver att:

”team träffarna är viktiga för det är också att hålla reda på sig själv. Att ta med sig inspelade band och få handledning och hjälp av kollegor i sånt som är besvärligt”

Det är med intresse vi lägger märke till att flertalet informanter beskriver att teamet har en mycket viktig roll. När vi summerar på vilket sätt de beskriver betydelsen uppfattar vi att det har en funktion för att bibehålla modelltrohet och för att utveckla sin FFT kompetens efter certifieringsprocessen. Vi ser även att de benämner att teamet har en stor betydelse i att efter FFT utbildningen hjälpa till att integrera metoden och göra den mer begriplig. Informanterna tar även upp att teamet inte bara är ett stöd för dem som terapeuter utan att de även ser att familjerna blir gynnade av att de som terapeuter är mer förberedda och fokuserade inför samtalen. Vi vill även lyfta fram aspekten som framkommer i ett av citaten ovan, att tack vare teamets stöd klarar man som ensam terapeut av hjälpa komplicerade ärenden. Vi ser att detta stämmer väl överens med FFT- manualen (Sexton & Alexander, 2007) där det betonas att terapeuten ska göra sina bedömningar av familjen och relationerna under det pågående arbetet och att teamet ska vara till hjälp i dessa bedömningar. Vi vill även lyfta fram aspekten av att terapeuterna genom teamarbetet får insyn i varandras personliga stil och hur det är möjligt att göra FFT på olika sätt men ändå vara manualtrogen. Vi kan koppla detta till en artikel av Sexton och van Dam (2010) där de argumenterar för möjligheten att vara kreativ, intuitiv och personlig i en manualbaserad metod. Vi ser en risk med att det under både utbildning och diskussioner fokuseras på strukturen i metoden på bekostnad av betydelsen av terapeutens personliga stil som bidrag till behandlingen. Detta trots att det finns utrymme för det i modellen och att det enligt litteraturen ska utgöra en viktig del av FFT- arbetet. Avslutningsvis kan vi tänka att då vi har egen erfarenhet av teamets viktiga roll, kan möjligen våra erfarenheter förstärka det intryck vi får från informanterna angående teamets viktiga roll. Samtidigt konstaterar vi att arbete i team ingår i FFT- modellen samt att teamets roll där anses som viktigt (Sexton & Alexander, 2007).

4. Avslutande diskussion

Utifrån vårt empiriska material drar vi slutsatsen att informanternas erfarenheter av vad som är verksamt stämmer väl överens med vad manualen lyfter fram som verksamt. Mer specifikt kan vi påtala följande komponenter som benäms som verksamma: positiva omformuleringar, avleda negativ kommunikation, alliansskapande, relationsmönster och övriga tekniker som enactment, sekvensering, externalisering och kommunikationsträning. Utöver detta har det i vår studie framkommit andra teman som benämnts som verksamma i metoden, såsom: terapeutens egenskaper och roll, familjefokus, behandlingsprocessen, transparens, respektera familjen som de är och salutogenes. Vi menar att vi därmed har besvarat vår frågeställning. Utifrån det andra området vi undersökt; informanternas syn på faserna i behandlingen och manualen, har vi fått ett intressant material som har gett oss både en överblick och insyn vilket utgör ett viktigt och kompletterande bidrag till vår studie. Detta kommer vi att diskutera nedan. Vi har kunnat se hur terapeuterna resonerar om hur de använder det de lärt sig om metoden i de olika faserna, och hur detta visar sig i deras kliniska arbete. Även informanternas syn på hur de har nytta av manualen kommer fram, vilket vi även det diskuterar nedan. Dessutom har vi induktivt fått intressant material om FFT teamets roll och betydelse för behandlingsarbetet.

Genom att redovisa hur vi genomfört studien och våra resultat påvisar vi en öppenhet i processen. Vi har ansträngt oss att vara transparenta vilket bidrar till studiens validitet. Detta bland annat genom att lägga oss så nära informanternas egna beskrivningar som möjligt i vår redovisning av materialet. Att analysera materialet, enligt Tematisk Analys, så noggrant vi kunnat, och därmed redovisa och diskutera dessa teman var för sig, har också varit för att synliggöra arbetssättet.

Utifrån den forskning angående EBT metoder, som vi känner till, tillför denna studie något nytt då vi studerar ämnet utifrån en kvalitativ metod som kan komplettera tidigare kvantitativa studier och bidra till ny kunskap. Eftersom vår studie är beskrivande utifrån en liten grupp terapeuter och deras kliniska arbete så kan man fånga andra dimensioner än kvantitativ forskning kan vilket gör vår studie intressant.

Vi vill här även diskutera vad vi kunde ha gjort annorlunda under studiens gång. Ett alternativ hade varit att göra gruppintervjuer med FFT- teamen, eller att vi hade kompletterat vår studie med gruppintervjuer. Detta skulle ha kunnat bidra med en fördjupning av de ämnen vi frågat om. Det hade varit intressant att se vad som då hade framkommit.

I denna avslutande diskussion väljer vi att inte så detaljerat gå tillbaka till de resultat

och diskussioner som vi redogjort för ovan. Istället väljer vi att inta en mer övergripande ansats för att försöka se sambanden mellan dessa olika delar av arbetet och vilka nya frågeställningar som skapas.

Vi ser i vårt material en tendens att det som framförallt lyfts fram i våra intervjuer är allmänna familjeterapeutiska förhållningssätt. Å andra sidan är vår reflexion efter att ha arbetat med detta material att de komponenter som lyfts fram tydligast är de komponenter som finns i Engagemang- och motivationsfasen. Detta kommer vi att diskutera närmre nedan. Det är dock intressant att det även framkommer intresse för Beteendeförändringsfasen och en önskan om att utveckla kompetensen i metoder/verktyg som används i denna fas.

I vårt material har det framkommit ett tema som rör frågan om terapeutens egenskaper är betydelsefull för behandlingsprocessen. Vi finner det intressant att de diskuterar och medvetandegör dessa aspekter. Vi väljer att här framförallt lyfta fram att de har uppfattat att metoden kräver en styrande terapeut, vikten av att inge hopp till familjen, humor, kreativitet, flexibilitet och att man som terapeut har ett stort ansvar för processen. Alla dessa egenskaper ser vi överensstämma väl med metoden (Sexton & Alexander, 2007). Det blir påtagligt att informanterna har mycket att diskutera kring terapeutiska egenskaper. Detta bekräftas i Sexton och van Dams (2005) artikel om kreativitet i en manualstyrd modell. Det vore intressant att ytterligare undersöka och fördjupa sig i hur detta tas om hand i utbildning och handledning.

Några informanter lyfter fram att de upplever det som betydelsefullt att arbeta med en evidensbaserad och manualstyrd metod, att det ger en tyngd och tydlighet inför familjerna. Vad vi förstår har detta funktionen att det ger legitimitet till terapeuten att styra behandlingsprocessen samt till terapeuten förmedla tro på sig själv och tro på modellen inför familjen. Vi tänker att man här kan knyta an till Sexton och Turners (2010) forskning som visar ett starkt samband mellan modelltrohet och behandlingsutfall. Utifrån författarnas diskussion om behov av ytterligare kunskap om vilken omfattning av utbildning och handledning som krävs, sätter vi det i samband med hur detta skulle kunna förstärka terapeuternas tro på modellen.

Vi får en till stora delar samstämmig beskrivning av informanterna att det är mycket fokus på Engagemangs- och motivationsfasen i såväl utbildning, handledning som föreläsningar. Vi uppmärksammar även att informanterna också talar om sådant som framförallt förekommer i Engagemangs- och motivationsfasen, så att det i någon mån avspeglar sig även i vår studie. Vi reflekterar kring att det möjligen sker en parallellprocess så att vi också hamnar i att mycket fokus ligger på Engagemangs- och motivationsfasen.

Vi uppmärksammar att informanterna ger uttryck för en utvecklingsprocess som terapeuter, att de alltmer börjar omfatta såväl faserna som helheten i modellen. Det verkar som att de påbörjar denna process med första fasen, för att därefter gå vidare med de andra faserna.

Det vi i samband med detta även finner intressant är att flera informanter påtalar att Generaliseringsfasen fått begränsat utrymme i utbildning och handledning. Vi resonerar kring detta med tanke på vad Sexton och Alexander (2005) beskriver angående risk för återfall om man inte genomför alla faserna ordentligt. Eftersom denna risk, enligt vår kännedom, inte påtalas i utbildning och handledning kan det finnas en fara med att terapeuter inte lägger tillräckligt stor vikt vid att hela behandlingen med alla faser, ska genomföras oberoende av behandlingsframgång under behandlingstiden. Vi har dock inte ställt ytterligare frågor, utan detta är en hypotes. Vi menar att utifrån detta resonemang vore det intressant med ytterligare forskning om eventuella samband mellan tidpunkt för behandlingsavslut och återfall.

Enligt vår kännedom har ett fokus i FFT forskning legat på kopplingen mellan olika interventioner i Engagemang- och motivationsfasen med sammanbrott i behandling (Sexton & Alexander, 2007). Det vore intressant att utifrån vår hypotes även studera liknande samband till Beteendeförändrings- och Generaliseringsfasen. Både den eventuella risken för behandlingsavbrott som vi har diskuterat (Sexton & Alexander, 2005) och ytterligare kunskap om vilka komponenter som är avgörande för att få ett bra behandlingsresultat skulle vidare forskning kunna bidra till att i FFT-utbildningen få ett ökat fokus på detta område, så att terapeuten kan få strategier för att upprätthålla motivationen hos familjen genom hela behandlingsprocessen.

Vår diskussion rörande informanternas synpunkter på manualen väcker intressanta frågeställningar. Genom att ha ställt dessa frågor om manualen, får vi en inblick i den här gruppen FFT-terapeuters erfarenheter och tankar om sitt arbete och om modellen. De beskriver hur de använder manualen mest i Engagemangs- och motivationsfasen. Som exempel kan nämnas inför uppstart av nya familjer och vid övergång till Beteendeförändringsfasen. Några informanter efterlyser mer kunskap och kompetens i Beteendeförändrings- och Generaliseringsfasen.

Utöver vad de själva uttalar i intervjuerna kan vi uppfatta att informanterna genomgående har en mycket positiv inställning till FFT modellen och den behandling de utför. Denna positiva inställning tror vi också har betydelse för behandlingsutfallet, liksom för arbetsmiljön i FFT- teamen. En möjlig tolkning är att de förmedlar sin tro på metoden till familjerna vilket kan öka familjens känsla av hopp. Likaså att en positiv inställning till

metoden, kan bidra till modelltrohet och en vilja att utveckla sina kunskaper och färdigheter i metoden. Vi resonerar att vare sig det är en tillfällighet att våra informanter både är mycket positiva till metoden och beskriver sig som aktiva i att genomföra behandlingsarbetet, eller att det skett ett bortfall av de terapeuter som inte finner sig väl tillrätta i modellen. Kanske kan det vara så att den tidvis krävande certifieringsprocessen påverkat vårt urval.

Ett induktivt resultat som framkommit, är de beskrivningar vi får om FFT-teamets betydelse, dels som stöd till terapeuten att vara modelltrogen, dels för att implementera och utveckla modellen. Således ser vi att ett välfungerande team kan vara avgörande för att bibehålla modelltrohet i FFT arbetet. Därutöver blir teamet också en utvecklingsarena för den enskilda terapeuten. Det kan vi sätta i samband med att informanterna tagit upp vikten av terapeutens egenskaper i behandlingsarbetet. Detta skulle kunna vara ett område där teamet tydligare skulle kunna bidra till utveckling för terapeuterna att utveckla sin personliga stil. Därutöver vill vi lyfta fram resultatet att teamet kan vara ett avgörande stöd för den enskilda terapeuten att hantera svåra behandlingsprocesser.

Vi finner det intressant hur de beskriver inlärningsprocessen och implementeringsprocessen av FFT modellen, där teamets roll är viktig. Det är intressant att se på teamets betydelse kontra handledningen och utbildningens betydelse för dessa processer. Det vore även intressant att se vidare forskning om inlärningsprocessen av FFT. Att närmre undersöka vilken inlärningspedagogik som passar bäst till en metod som är så relationellt fokuserad genom hela manualen. Om vi vänder på perspektivet blir frågan på vilket sätt kan man bäst lära ut de olika delarna av FFT modellen, de olika komponenterna, att få grepp om behandlingens olika dimensioner och samtidigt ta vara på och utveckla terapeutens egenskaper. Med behandlingens olika dimensioner menar vi både beteendeförändring och relationella skeenden, som tar sig uttryck i beteenden såväl som bakomliggande processer. Att terapeuten ska kunna hantera de processer som sker i rummet, men även skapa sig en förståelse för familjens dynamik och historia. Denna kunskap bör kunna appliceras i alla faserna.

Avslutningsvis vill vi framhålla att våra resultat, att informanternas erfarenheter av vilka komponenter som är verksamma, överensstämmer med manualen. Det framkommer bland annat även beskrivningar av att Engagemang- och motivationsfasen får och tar mest utrymme. Därutöver beskriver de teamets betydelse, för såväl modelltrohet som för utveckling. Dessa resultat representerar enbart denna grupp och vi kan inte generaliseras till alla FFT-terapeuter. Däremot väcks nya intressanta frågor att utforska vidare för att få ytterligare kunskap inom dessa områden.

5. Referenser

- Alexander, J. F., Waldron, H. B., Barton, C. & Mas, C. H. (1989). *The minimizing of blaming attributions and behaviors in delinquent families*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57 (1), 19-24.
- Cederblad, M. & Hansson, K. (1996). *Sense of coherence – a concept influencing health and quality of life in a Swedish psychiatric at-risk group*. Israel Journal of Medical Sciences vol 32, Nos. 3-4, March – April 1996, Jerusalem, Israel.
- Express Scribe, Free Edition: <http://.nch.com.au/scribe/index.html>
- FFT Functional Family Therapy. (u.å.). Hämtat mars 2012 från FFT Functional Family Therapy: <http://www.fftinc.com>
- FFT Sverige. (u.å.). Hämtat mars 2012 från FFT Sverige: <http://.fft-sverige.se>
- Holmqvist, R. (2008). Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I B. Philips & R. Holmqvist (Red.), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (pp. 211-228). Stockholm: Liber
- Hårtveit, H. & Jensen, P. (2005). *Familjen plus en : en resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Stockholm: Mareld.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Langemar, P. (2008). *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi : att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.
- Morris, B. S., Alexander, J. F. & Turner, W. C. (1991). *Do reattributions of delinquent behavior reduce blame?* Journal of Family Psychology, 5 (2), 192-203.
- Robbins, M. S., Alexander, J. F., Neswell, R. M. & Turner, C. W. (1996). *The immediate effect of reframing on client attitude in family therapy*. Journal of Family Psychology, 10 (1), 28- 34.
- Robbins, M., Alexander, J. F. & Turner, C.W. (2000). *Disrupting defensive family interactions in family therapy with delinquent adolescents*. Journal of Family Psychology, 14 (4), 688-701.
- Robbins, M. S., Mayorga, C. C., Mitrani, V. B., Szapocznik, J., Turner, C.W. & Alexander, J. (2008). *Adolescent and parent alliances with therapists in Brief Strategic Family Therapy with drug-using Hispanic adolescents*. Journal of Marital and Family Therapy, 34 (3), 316-328.
- Robbins, M.S., Turner, C. H., Alexander, J. F. & Perez, G. A. (2003). *Alliance and Dropout in Family Therapy for Adolescents With Behavior Problems: Individual and Systemic Effects*. Journal of Family Psychology, Vol. 17, No. 4, 534-544.

- Sexton, T. L. & Alexander J.F. (2005). Functional Family Therapy for externalizing disorders in adolescents. I J. L. Lebow (Red.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 164-191). Hoboken. N.J.: John Wiley, cop.
- Sexton, T. L. & Alexander, J. F. (2007). *Funktionell familjeterapi : en manual*. Lund: Palmkrons
- Sexton, T. L. & Schuster, A. R. (2008). *The Role of Positive Emotion in the Therapeutic Process of Family Therapy*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18 (2), 233-247.
- Sexton, T. & Turner, C. W. (2010) *The effectiveness of Functional Family Therapy for youth with behavioral problems in community practice setting*. *Journal of Family Psychology*, 24 (3), 339-348.
- Sexton, T. L. & van Dam, A. E. (2010). *Creativity within the structure: Clinical expertise and evidence-based treatments*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40 (3), 175-180.
- Sexton, T. L., Ridley, C. R. & Kleiner, A. J. (2004). *Beyond common factors: multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (2), 131-149.
- Westermarck Kyhle, P., Hansson, K. & Vinnerljung, B. (2007) *Foster parents in Multidimensional Treatment Foster Care: How do they deal with implementing standardized treatment components*. *Children and Youth Services Review*, 29 (4), 442-459.