

Beardslees familjeintervention – en preventiv metod

Beardslees familjeintervention är en preventiv metod utvecklad av professor William Beardslee i Boston i USA. Metoden finns med i ett register över evidensbaserade metoder inom psykiatrin (mental health) i USA. Familjeinterventionen är den enda metod som riktar sig på prevention i familjer med en förälder med psykisk ohälsa. Den har nationell spridning i Finland genom dr Tytti Solantaus och STAKES (nationell center för forskning och utveckling inom hälso- och sjukvården i Finland). Metoden är utvecklad för att öppna upp samtal om föräldrarnas sjukdom inom familjen. Syftet är att minska barnens risk att insjukna själva genom att stärka skyddande faktorer – öka barnens förståelse för föräldrarnas sjukdom, öka öppenheten inom familjen om sjukdomen, främja föräldrarnas medvetenhet om andra skyddande faktorer, såsom fungerande skola, kompisrelationer, intressen.

Metoden har även kortsiktiga vinster. Barnet som anhörig blir hörd, många gånger kan man effektivt lindra barnets oro. Föräldrarnas oro kan minska och som psykiatripersonal kan man känna, att man uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens krav på att uppmärksamma barnen till våra patienter.

Ursprungligen användes metoden i familjer med en deprimerad förälder, men användningen har spridit sig till andra psykiatriska diagnoser. I Finland har användningsområdena vidgat sig till den somatiska vården, tex barn till cancerpatienter.

Beskrivning av Beardslees familjeintervention

Struktur

Metoden innebär sex samtal i olika konstellationer, med 1-2 veckors mellanrum.

Samtal 1: Man träffar båda föräldrarna eller en ensamstående förälder. Man går igenom den sjuka föräldrarnas historia, vad sjukdomen har inneburit för partnern, för barnen, vad barnen kan ha sett och upplevt av sjukdomen. Föräldrarnas oro för barnen tas upp, föräldrarna formulerar målsättningen för interventionen. Vid behov informerar man föräldrarna om sjukdomen, om symtom, behandling och orsaker. Psykisk ohälsa eller sjukdom förklaras enligt stress-sårbarhetsmodell i syfte att minska skuld och skam.

Samtal 2: Enbart föräldrarna är med även denna gång. Nu är det fokus på den andra föräldrarnas historia med sjukdomen i familjen, vad det har inneburit för henne/honom, för barnen. Varje barns situation går igenom, varje barn för sig; styrkor, problem, oro, hur det går i skolan, med kompisar etc. Föräldrarna kan skicka frågor som de vill att intervjuarna ska ställa till barnen. Man får föräldrarnas tillåtelse till barnintervjuerna och man ber föräldrarna att förbereda barnen inför barnintervjuerna. Man hör om föräldrarna har oro inför att barn ska intervjuas. Psykoedukativ del finns med. Man informerar också om skyddande faktorer för barnen.

Samtal 3: Varje barn intervjuas individuellt, oftast hemma. Barnets förståelse om föräldrarnas sjukdom, barnets oro och föräldrarnas frågor tas upp. Man frågar om barnet har frågor till föräldern/föräldrarna och vad barnet vill ta upp i familjesamtalet. Intervjuaren får en bild av hur barnet mår och fungerar. Man ska vara noga med att inte ta en expertroll, att inte vara den som ska förklara föräldrarnas sjukdom – den uppgiften ska man spara till föräldern. Intervjuaren är som en budbärare, förmedlare eller brobyggare. Om barnet skulle ha akuta frågor, måste man naturligtvis agera efter det. Samma gäller, om det skulle framgå, att barnet är tex suicidal – då måste akuta åtgärder vidtas.

Samtal 4: Det fjärde samtalet är ett planeringssamtal enbart med föräldrarna. De får feedback från barnintervjuerna, vad barnet sagt, vilket intryck man fått av barnet och hans/hennes fungerande. Man planerar för familjesamtalet utifrån det föräldrarna vill och kan berätta, vad barnet har sagt och frågat efter. Intervjuare kan dock rekommendera, att det är alltid bra att berätta för barnet, att föräldrarnas sjukdom inte är barnets ansvar eller fel, att föräldern går på behandling, att det kan vara bra att beröra t.ex. självmordsproblematik, om barnet är medveten om sådant (barnens största oro handlar ofta om att föräldern ska göra självmord eller att föräldrarna ska skiljas). Familjesamtalet planeras så detaljerat som möjligt, med utgångspunkt att det är föräldern/föräldrarna själva som berättar med sina egna ord om sjukdomen, vilket underlättar för en fortsatt process och samtal inom familjen efter avslutad intervention.

Om det har väckts oro för något av barnen, erbjuder man föräldrarna hjälp med att komma vidare, ofta i en form av en nätverksträff, dit man bjuder in t.ex. representant från barnpsykiatri och/eller socialtjänsten. Om oron inte är akut, kan man först genomföra interventionen som planerat och gå vidare med nätverksträff efteråt. Vid akut situation, om t.ex. familjevåld har uppdragats, gäller anmälningsplikt till socialtjänsten i första hand.

Samtal 5: Alla familjemedlemmar är med, oftast är man hemma hos familjen. Teman som har planerats diskuteras. Föräldrarna uppmuntras att berätta själva. Behandlare håller sig i bakgrunden om möjligt, men hjälper till, ställer frågor, berättar om t.ex. depression på en mer allmän plan, om man har kommit överens om det med föräldrarna. Familjesamtalet kan ses som en början till en fortsatt dialog inom familjen.

Samtal 6: Ofta är det enbart föräldrarna, som är med, men de kan även ha barnen med. Detta är ett uppföljande samtal efter ca en månad. Uppföljning efter ett halvår rekommenderas också. Det idealiska är, att intervjuaren finns tillgänglig för föräldrarna efteråt, så att de kan vid behov återkomma med sin oro och funderingar.

Principer

Det ska betonas, att detta inte är familjeterapi, inte heller behandling för föräldern. Man använder sig av en manual under samtalen, metoden är strukturerad, men flexibel. Den är inte bunden till en viss teori, utan har element från många olika teoribildningar som psykoedukativt eller kognitivt arbetssätt, men även dialogiskt – allas röst ska bli hörd, öka ömsesidig förståelse – och lösningsfokuserat arbetssätt. Utbildning i metoden består av sex teoridagar och praktiskt arbete under handledning. Psykoterapeututbildning är inte nödvändig, alla yrkeskategorier kan använda sig av metoden.

En av de viktigaste principerna i familjeintervention är respekt för föräldern, med en fördömande attityd kommer man inte någonstans, man kan tvärtom skada. Att föräldern kan brista i sitt föräldraskap beror på sjukdomen, inte på att föräldern inte vill sitt barns bästa. Behandlaren måste kunna förstå både barnets och föräldrarnas situation, vara på allas sida, även i situationer, där anmälan till socialtjänsten är aktuell. Att höra varje barn och se varje barn individuellt är en annan viktig princip. Barn i samma familj kan påverkas av föräldrarnas sjukdom på mycket olika sätt beroende på ålder, utveckling, kognitiv och social kapacitet mm.

Familjeintervention kan inte tillämpas vid akuta kriser, pågående missbruk eller familjevåld. Föräldern måste vara i en situation, där hon/han kan tänka utifrån barnets perspektiv och orkar fokusera på barnet och föräldraskapet.

Referenser:

1. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003; 112: 119-31.
2. Beardslee WR. Long-term effects of a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. Accepted for publication in *Journal of Psychology*, 2007.
3. SAMHSA. The National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP). www.samhsa.gov.
4. Beardslee WR, Swatling S, Hoke L, Rothberg PC, van de Velde, Focht L, et al. From cognitive information to shared meaning: healing principles in preventive intervention. *Psychiatry*. 1998;61:112-29.
5. Solantaus T, Toikka S. The Effective Family Program: Preventative Services for the children of Mentally Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2006;8(3):35-42.