



**INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE**

## **Ryms manualen i familjeterapin?**

Legitimerade familjeterapeuters upplevelser och erfarenheter  
av manualbaserat arbete i Intensiv hemmabaserad  
familjebehandling (IHF)

SW2566, Vetenskapligt arbete i  
Psykoterapeutprogrammet, med inriktning mot  
familj, 15 hp

Scientific Work in the Psychotherapy Program,  
specializing in families, 15 higher education  
credits

Höstterminen 2019

Författare Anna Jendeby och Anna Lindskog

Handledare Jessica Påfs

## Abstract

**Ryms manualen i familjeterapin?** - Legitimerade familjeterapeuters upplevelser och erfarenheter av manualbaserat arbete i IHF (Intensiv hemmabaserad familjeterapi).

Författare: Anna Jendeby och Anna Lindskog

Nyckelord: IHF, manual, evidensbaserad praktik, familjeterapi, familjeterapeutens upplevelse

Detta examensarbete har som syfte att undersöka legitimerade familjeterapeuters upplevelser och erfarenheter av att arbeta med IHF som är en manualbaserad metod. Frågeställningarna berör huruvida de som arbetar eller har arbetat med IHF som legitimerade familjeterapeuter uppfattar att metoden bygger på familjeterapeutiska teorier, deras erfarenheter kring rådande attityder gällande manual- och evidensbaserat arbete, samt hur de upplever det manualbaserade arbetet med IHF som begränsande alternativt berikande. Resultatet baseras på åtta semistrukturerade djupintervjuer med legitimerade familjeterapeuter som tidigare har eller idag arbetar med IHF. Intervjuerna analyserades tematiskt och kopplades till familjeterapeutisk teori, aktuell forskning samt till i IHF:s manual. I resultatet framkom att familjeterapeuternas upplevelser var att IHF utgår från familjeterapeutiska teorier. Flera av de intervjuade hade mött kritik gällande manualbaserat arbete, inte minst inom universitetens psykoterapiutbildningar, vilken visade sig stämma väl överens med tidigare forskning om vanligt förekommande föreställningar hos verksamma kliniker. Även familjeterapeuternas upplevelser gällande arbetet med IHF utifrån manual, teamarbete och målgrupp belystes. De intervjuade såg manualen överlag som en tillgång, en trygg utgångspunkt med stor frihet att agera inom dess ram. Teamarbetet i IHF beskrevs som en tillgång för lärande och utveckling samtidigt som det framgick att de olika behandlarrollerna kan verka hindrande i det viktiga alliansskapet. IHF som modell upplevdes också som anpassad och till hjälp i arbetet med dess specifika målgrupp.

**Does the manual fit in family therapy?** - The licensed family therapist's experience of manual-based work in IHF (Intensive home-based family therapy)

Authors: Anna Jendeby and Anna Lindskog

Keywords: IHF, manual, evidence-based practice, family therapy, family therapist's experience

The purpose of this thesis is to investigate licensed family therapists' experience of working with IHF, a manual-based method. The questions concern whether those who are working or have worked with IHF as licensed family therapists perceive that the method is based on family therapeutic theories, their experiences of current attitudes towards manual- and evidence-based work, and whether they perceive manual-based work with IHF as limiting or fortifying. The result is based on eight semi-structured in-depth interviews with licensed family therapists who are working or have worked with IHF. The interviews were analysed thematically and linked to family therapy theory, current research and to the IHF's manual. The results show that according to the family therapists' experiences, IHF is based on family therapy theories. Several of the interviewees had met criticism regarding manual-based work, not least in the university's psychotherapeutic training programs. This proved to be in good agreement with previous research on commonly occurring conceptions within groups of active therapists. The family therapists' experiences of IHF work based on manual, teamwork and target group were also highlighted. The interviewees saw the manual as an asset, a safe starting point with great freedom to act within its framework. The team work at IHF was described as an asset for learning and development, while at the same time it was shown that the different therapist roles can be an obstacle in the important alliance. As a model, IHF was also perceived as adapted and helpful in working with its specific target group.

# Innehåll

<b>Förord</b>	<b>4</b>
<b>1. Inledning</b>	<b>5</b>
<b>2. Problemformulering</b>	<b>7</b>
2:1 Syfte och frågeställningar	7
<b>3. Bakgrund</b>	<b>8</b>
3:1 Begreppen familjeterapi och familjebehandling	8
3:3 Begreppet evidensbaserad praktik (EBP)	10
3:4 Svenska intensiva familjebehandlingsprogram - en kort historik	11
3:5 Föregångare till Intensiv hemmabaserad familjebehandling (IHF)	12
3:6 IHF:s målgrupp och manual med kärnkomponenter	14
3:7 Tidigare forskning	18
3:8 Terapeutens betydelse	21
<b>4. Teori</b>	<b>22</b>
4:1 Systemisk - strukturell utgångspunkt	22
4:2 Social inlärningsteori och anknytningsteori	24
<b>5. Metod</b>	<b>25</b>
5:1 Vetenskaplig grund	25
5:2 Forskningsdesign och datainsamling	25
5:3 Litteratursökning	25
5:4 Urval	26
5:5 Analys och tolkning	26
5:6 Etiska överväganden	26
<b>6. Resultat och analys</b>	<b>28</b>
6:1 IHF vilar på familjeterapeutisk grund	28
6:2 Rådande attityder gällande evidens- och manualbaserat arbete	32
6:3 Deltagarnas upplevelser och erfarenheter av att arbeta med IHF	39
<b>7. Diskussion</b>	<b>49</b>
7:1 Familjeterapeutisk grund	49
7:2 EBP och manualbaserat arbete - attityder som påverkar	49
7:3 Upplevelser och erfarenheter av att arbeta med IHF	50
7:4 Styrkor och svagheter med denna uppsats	51
7:5 Reflektioner över resultaten	51
<b>Referenslista</b>	<b>54</b>

<b>Bilagor</b>	<b>57</b>
Bilaga 1	57
Bilaga 2	59

## **Förord**

Vi vill framförallt tacka de intervjuade som bidragit med sin tid och delgett oss sina tankar. Ett särskilt tack också till IHF:s metodgarant Liv Nilhede som inledningsvis stöttade oss med att komma i kontakt med personer som jobbar eller har jobbat med IHF och har rätt utbildningsbakgrund. Ett särskilt tack till vår handledare Jessica Påfs som stöttat oss under arbetets gång framförallt med att få ordning på struktur och disposition samt med att få arbetet att hänga ihop.

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till våra familjer som med stort tålamod och glada tillrop har hjälpt oss genom denna process.

# 1. Inledning

När vi hösten 2017 började vår utbildning vid Göteborgs universitet, Psykoterapeutprogrammet med inriktning familj, arbetade vi båda med manualbaserat arbete, bland annat med Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF) i privat öppenvårdsverksamhet. Målgruppen för arbetet har varit familjer med olika dysfunktionella problem som fått insatsen beviljad via socialtjänsten. I vårt arbete med IHF upplevde vi inledningsvis att vi faktiskt arbetade med en familjeterapeutisk metod. Under utbildningens gång har vi börjat fundera över vad som egentligen ingår i begreppet familjeterapi. Är IHF en familjeterapeutisk behandlingsmodell? Och hur ser familjeterapifältet egentligen på manualbaserat och evidensbaserat arbete?

Frågorna har uppkommit eftersom vi under ett flertal tillfällen mött skepsis inför manual- och evidensbaserat arbete. Det gäller såväl under utbildningen som i andra familjeterapeutiska sammanhang samt även i litteraturen. Vi ville titta närmare på var denna uppfattning kommer ifrån. Vi började också intressera oss för de urval av olika typer av familjeterapeutiska skolor och metoder som institutionen valt att presentera för oss under utbildningen. Vi reflekterade över att vi inte introducerats särskilt mycket för varken det manualbaserade familjeterapeutiska arbetet eller diskussionen om att arbeta utifrån evidensbaserad praktik. Tidigt i utbildningen diskuterades vid föreläsningar och i studentgruppen efterfrågan på forskning inom det familjeterapeutiska fältet, för att göra familjeterapin mer synlig som behandlingsmetod. Vi funderade över om det finns en risk att familjeterapin tappar i status som metod, då det saknas metoder att avläsa dess resultat.

Dessa frågeställningar medförde att vi ville titta närmare på hur legitimerade familjeterapeuter faktiskt upplever det familjeterapeutiska arbetet i en manualbaserad metod som IHF. Upplever de att IHF är en familjeterapeutisk metod som bygger på familjeterapeutisk teori? Ser de manualen som ett hjälpmedel eller blir den begränsande?

Vi hade också funderingar utifrån våra anställningar som familjebehandlare i IHF. Kravet för att arbeta med IHF är att vara socionom, eller ha likvärdig högskoleutbildning, gärna med grundläggande familjeterapeutisk utbildning. Detta gjorde det svårt att övertyga vår arbetsledning om nyttan av en vidareutbildning till legitimerad familjeterapeut. Vi upplevde att det hos vår arbetsgivare fanns en oro över att vi som legitimerade inte längre skulle vilja

arbete med IHF, men också att vi, med utökade kunskaper i familjeterapi inte skulle vara lika trogna modellen.

Vi funderade även över om manualbaserat arbete är speciellt lämpat för IHF:s specifika målgrupp, dysfunktionella familjer som ofta är socialt utsatta och sällan hittar till familjeterapins "finrum". Kan en strukturerad manual vara till hjälp, både för terapeuten och familjen, att lättare genomföra det gemensamma arbetet? Är det möjligen så att de mest utbildade behandlarna är de som faktiskt lämpar sig bäst för en sådan uppgift?

I denna uppsats har vi försökt att hitta svar på några av våra frågor och hoppas att vi kan bidra till diskussionen gällande det manualbaserade arbetet och evidensbaserad praktik i stort, inom ramen för det familjeterapeutiska arbetet.

## **2. Problemformulering**

Som vi beskrivit ovan finns det studier som visar att det bland verksamma kliniker finns kritiska påståenden gällande manualbaserade metoder. Det saknas dock studier som beskriver legitimerade familjeterapeuters upplevelser och erfarenheter av att arbeta manualbaserat inom systemiskt familjeterapeutiskt arbete. Att ta del av upplevelser och erfarenheter från de som dagligen arbetar med, eller har arbetat med IHF, och få deras perspektiv på manualbaserat familjeterapeutiskt arbete, kan utmana rådande föreställningar om vad manualbaserat arbete innebär.

### **2:1 Syfte och frågeställningar**

Vårt övergripande syfte är att undersöka och försöka förstå legitimerade familjeterapeuters upplevelser och erfarenhet av att bedriva familjeterapeutiskt arbete utifrån IHF-manualen.

- ❖ Hur upplever legitimerade familjeterapeuter sitt arbete med IHF:s manual i relation till familjeterapeutiska teorier?
- ❖ Vilka erfarenheter har legitimerade familjeterapeuter kring rådande attityder gällande evidens- och manualbaserat arbete?
- ❖ Hur upplever legitimerade familjeterapeuter arbetet med IHF, som begränsande eller hjälpsamt?



## 3. Bakgrund

Inledningsvis vill vi närma oss några viktiga begrepp som berör våra frågeställningar. Distinktionen mellan familjeterapi och familjebehandling samt begreppen manual och evidensbaserad praktik (EBP). Därefter har vi valt att ge en historisk överblick, presentera några föregångare till IHF samt ge en kort presentation av IHF-modellen. Slutligen beskrivs tidigare forskning inom området samt terapeutens specifika betydelse i sammanhanget.

### 3:1 Begreppen familjeterapi och familjebehandling

“Man kan tänka sig familjeterapi som ett sätt att ta itu med mänskliga problem genom att samla medlemmarna av en familj för att hjälpa dem att lösa konflikter vid källan. Men familjeterapin är också ett nytt sätt att förstå mänskligt beteende som i grunden formats av sitt sociala sammanhang.” (Minuchin & Nichols, 1995, s. 48)

Enligt Lundsbye, Sandell, Währborg, Fälth & Holmberg (2010) bör familjeterapi inte förminska till att handla om tekniker eller metoder, familjeterapi beskrivs här i stället som ett synsätt, ett sätt att se på livsproblem. Författarna framhåller att det är relationerna till närstående viktiga personer som är avgörande, och att förändringsarbetets fokus är att skapa en fungerande kommunikationsprocess och struktur i familjen som system.

Familjeterapeutens arbete är i första hand inriktat på hela systemets sätt att fungera, inte på den enskilde individen. Individens problem ses som symtom på familjens sätt att fungera som system. Vidare beskriver författarna att terapeuten i grund och botten har en pedagogisk funktion som bidrar till att lära familjen ett nytt sätt att leva (Lundsbye et al., 2010).

Hansson & Sundelin (1995) beskriver familjeterapi som ett arbete som syftar till att hjälpa familjer att söka och hitta ny kunskap om sig själva som man tidigare inte haft tillgång till. Att skriva en ny familjehistoria som kan skapa både begriplighet och ett meningsfullt sammanhang.

Ernvik (2019) beskriver familjebehandling som något som oftast utförs av socionomer som ibland har en grundutbildning i familjeterapi. Att stödet oftast ges i hemmet och att familjebehandlaren ger familjen konkreta råd och stöd gällande familjeliv och relationer. Författaren menar att föräldrarna får konkret stöd i att följa råden och i att steg för steg träna

på att relatera till varandra genom att behandlaren är närvarande, stöttar och visar. Ernvik (2019) menar vidare att familjeterapi kan ges av någon som har grundutbildning i familjeterapi, men oftast av en legitimerad familjeterapeut. Familjeterapeuten arbetar mer utforskande av familjens omedvetna upplevelser, tankar och känslor som påverkar relationerna, och arbetar mer djupgående med att förändra tankemönster och fastlåsta relationer. Familjeterapeuten arbetar med målet att familjen själva ska hitta svaren. Ernvik (2019) menar samtidigt att de flesta familjeterapeuter, familjerådgivare och familjebehandlare nog gör lite av varje.

Utifrån manualen för IHF (version 4.0, 2015) beskrivs begreppet familjebehandling som att arbeta med alla delar i ett system, där alla deltar och är behövda samt att möjligheter till förändring maximeras då arbete sker med hela systemet, både inom och utom familjen. Vi kan se att manualens definition av familjebehandling har likheter med hur Lundsbye et al., (2010) beskriver familjeterapi och att båda definitionerna utgår från ett systemiskt synsätt.

### **3:2 Begreppet manual**

Enligt Norcross, Beutler & Levant (2006) dateras manualer tillbaka till 1960-talet, men trenden att beskriva, beforska, praktisera och reglera psykoterapi i termer av den medicinska modellen började mycket tidigare. Författarna skriver att manualisering nådde sin höjdpunkt när EBP (evidensbaserad praktik) introducerades. 1993 utvecklade American Psychiatric Association de första praktiska riktlinjerna för behandling av depression och åtstörningar som sedan efterföljdes av riktlinjer för behandling av många andra diagnoser (Norcross et al., 2006). Behandlingsmanualer utvecklades enligt Norcross et al. (2006) inom kontexten för psykoterapins effektforskning. Författarna beskriver att i takt med att bevis började samlas som gav stöd för effekten hos olika psykoterapiformer började också manualer spridas inom den kliniska praktiken. Norcross et al. (2006) beskriver att manualer varierar avsevärt i sin nuvarande form, allt från att vara strukturerade i detalj kring riktlinjer gällande interventioner session för session, till att innefatta mer generella terapeutiska strategier som kan implementeras flexibelt utifrån behandlaren bedömning av klientens behov. Även om omfattningen av strukturen i manualer har en stor variation är syftet med manualer ett försök att beskriva en intervention i tillräcklig detalj så att behandlare kan implementera dess huvudsakliga kärna i behandlingen (Norcross et al., 2006).

Johnsen & Torsteinsson (2016) beskriver att manualbaserat arbete innebär att behandlaren följer en form där de viktiga delarna i en intervention är preciserade. Detta för att tillförsäkra sig om att behandlaren använder sig av samma tillvägagångssätt för samtliga individer som deltar i behandlingen. Individuella anpassningar kan givetvis förekomma, men att följa den givna strukturen är en viktig poäng, beskriver författarna. Tanken är att manualens struktur i sig ska ta till vara de verksamma delar som är tänkta att skapa förändring (Johnsen & Torsteinsson, 2016).

### **3:3 Begreppet evidensbaserad praktik (EBP)**

Vi har valt att fördjupa oss i detta begrepp eftersom det har en stor plats i den diskurs som pågår gällande synen på evidensbaserat arbete i den psykoterapeutiska världen.

Socialstyrelsens beskrivning och definition av EBP:

“EBP används som en övergripande term för evidensbaserad medicin, evidensbaserat socialt arbete, evidensbaserad omvårdnad, evidensbaserad psykoterapi med mera. Termen används istället för kunskapsbaserad praktik eftersom det senare begreppet saknar en tydlig definition. Socialstyrelsen har valt att använda begreppet evidensbaserad praktik för att betona två saker: dels att inte all kunskap ger tillräckligt säkert stöd (evidens) för att en insats är effektiv, dels för att det inte bara är vetenskaplig kunskap som har betydelse.” (Socialstyrelsen *Om evidensbaserad praktik*, 2012. s. 5).

Evidensrörelsen har enligt Bohlin & Sager (2012) sitt ursprung i den medicinska världen och tar sin utgångspunkt i läkare Archie Cochranes erfarenheter som krigsfånge under andra världskriget. Evidensbaserad medicin lanserades dock som ett begrepp först på 1990-talet av David Sackett och medarbetare. Evidensbaserad praktik har fått ett starkt fäste de senaste 20 åren (Bohlin & Sager, 2012).

Bohlin & Sager (2012) diskuterar vidare svårigheten att upprätta EBP inom socialt arbete. Detta eftersom evidens i mångt och mycket utgår från den medicinska modellen där man tydligt kopplar diagnos till åtgärd. Enligt författarna är detta något som ifrågasatts starkt inom psykosocialt och psykoterapeutiskt arbete utifrån att en lång rad studier visat att det egentligen inte finns skillnader i effekt mellan olika typer av behandlingsinterventioner (Bohlin & Sager, 2012). Detta är bl.a. knutet till Wampolds “the Dodo Bird Effects”

(Wampold, 2001) som visar att det inte går att avgöra om en behandlingseffekt orsakats av allmänna komponenter (exempelvis klient- eller terapeutfaktorer eller relationen dem emellan) eller specifika komponenter som hänger ihop med den aktuella interventionen (Bohlin & Sager, 2012). Författarna skriver vidare “inte ens de mest elaborerade och strikt genomförda studierna har ännu kunnat etablera signifikanta skillnader mellan olika psykoterapeutiska interventioner” (Bohlin & Sager, 2012, s. 178).

Bohlin & Sager (2012) beskriver två motsatta inriktningar vad gäller synen på evidens inom socialt arbete. Ena lägret förespråkar övergripande strategier och riktlinjer som ska styra evidensbaserat socialt arbete, medan man i det andra lägret utgår från *critical appraisal* som betyder att socialarbetaren själv aktivt söker sin kunskap och håller sig uppdaterad inom sitt arbetsfält. Författarna beskriver att det utöver dessa polariteter också finns ett tredje spår där man utgår från begreppet EBP som förenklat skulle innebära att man helt enkelt accepterar resultat av empirisk forskning som evidens. Frågan om vilken sorts kunskap som ska ingå i det man ser som en del av EBP kvarstår dock (Bohlin & Sager, 2012).

### **3:4 Svenska intensiva familjebehandlingsprogram - en kort historik**

Författarna Hansson & Sundelin (1995) beskriver att svenska intensiva familjebehandlingsprogram har sitt ursprung i 1970-talet, då Skå startade sina familjebehandlingar. Ett sådant familjearbete fanns även på barnpsykiatriska kliniken på Danderyds sjukhus i Stockholm som i sin tur fått sin inspiration från Statens center för barnpsykiatri i Oslo. Författarna beskriver att detta familjearbete utvecklades under 1980 och 1990-talen för att senare implementeras och övergå från slutenvård till öppenvårdsenheter. De intensiva familjebehandlingsprogrammen blev en form av intensivt omhändertagande som innefattade både miljöterapeutiska och samtalsterapeutiska insatser. Modeller för dessa program var ofta hämtade från Child Guidance Clinic i Philadelphia. Det har också influerats av holländska familjebehandlingsprogram, ofta miljöterapeutiskt orienterade (Hansson & Sundelin, 1995).

I detta nya familjearbete förändrades roller och den inre strukturen. Den övergripande kompetensen skulle vara familjeterapeutisk och man utgick från ett “närteam”, bestående av samtalsterapeuter, miljöterapeuter och ibland lärare som planerade och arbetade tillsammans med familjen. Verksamheten förändrades från att vara förlagd på vårdavdelningar till att

förläggas på familjens eget territorium eller i skolan (Hansson & Sundelin, 1995). Även synen på terapeutens roll som expert förändrades. Idén om att terapeuten hade bättre utgångspunkt i att förstå klientens problem övergavs till förmån för ett systemiskt och konstruktionistiskt perspektiv där terapeutens främsta uppgift var att hjälpa klienten att skapa förutsättningar för en optimal arbetsrelation för att på så sätt underlätta klientens arbete (Hansson & Sundelin, 1995). Författarna utgår också ifrån att terapeuten har en viktig roll i att optimera den terapeutiska miljön på familjens villkor, vilket de benämner som “ömsesidigt konsultativt” (s. 181).

Författarna funderar också kring svårigheten som det innebär att vara hjälpare i en sådan process där familjen ska få syn på det som skulle kunna vara deras problem, men också hitta lösningen. Hur kan man göra detta på ett så öppet sätt som möjligt för familjen? Och hur rustar man behandlare för att hantera familjemedlemmars olika förmåga att klara av ångest, konflikter och behov av klarhet? Författarna nämner att teamet tillsammans med klienterna får en stor betydelse genom att “fler tänker, upplever och känner tillsammans (Hansson & Sundelin, 1995, s. 180). Författarna menar att en stor styrka ligger just i att det i teamet/arbetslaget finns många olika perspektiv genom varierade erfarenheter i form av kön, kultur, familj och social tillhörighet. Teamet blir en gemensam möjlighet genom en mångfald av beskrivningar, idéer, synsätt, problemlösningar och tankar. Att klara det arbetet menar författarna kräver stöd för att inte hamna i konflikter i teamet (Hansson & Sundelin, 1995). Vi kan se flera likheter mellan de tidiga intensiva familjebehandlingsprogrammen och IHF, bland annat beträffande teamarbete, att behandlingen är förlagd på familjens territorium samt att terapeutens uppgift är att göra den terapeutiska miljön så gynnsam som möjligt för familjen.

### **3:5 Föregångare till Intensiv hemmabaserad familjebehandling (IHF)**

IHF har influerats av Funktionell familjeterapi (FFT) och Multisystemisk terapi (MST) som båda är metoder som har en bred systemteoretisk bas. Metoderna har i första hand tillämpats på ungdomar eftersom man sett att familjebehandling varit en lovande metod vad gäller behandling av asocialt beteende bland tonåringar (Hansson, 2001).

FFT beskrivs som en strukturerad modell med ursprung i USA och som startade i början av 1980-talet. Metoden utvecklades av professor Jim Alexander vid University of Utah i Salt

Lake City och skulle ha särskild god effekt på ungdomar med antisocialitet (Hansson, 2001). Arbetet syftade bland annat till att utveckla en mer "bekräftande kommunikation" fri från klander och skuldbeläggande mellan föräldrar och deras ungdomar. Kjell Hansson introducerade FFT i Sverige 2001, som blev ett manualbaserat program riktat till ungdomar med debuterande kriminalitet (Lundsbye et al., 2013). Det finns ett antal bärande hörnstenar i FFT; Kommunikation och kommunikationsträning, positiv omformulering (reframing), att metakommentera, att avbryta, sekvensera samt ett tydligt fokus på terapeutens beteende (Hansson, 2001). Terapeuten bör bland annat vara strukturerad, hålla en tydlig kommunikation, ha en god förmåga till relationsbyggande, vara varm, öppen och ha en humoristisk icke-dömande hållning. Hansson (2001) beskriver vidare att FFT bygger på fyra uppgifter; att engagera, motivera, förändra beteende och generalisera de nya kunskaperna. Utifrån dessa uppgifter byggs programmet i olika faser. Dessa faser är något som man tydligt kan se har förts vidare till IHF.

MST utvecklades i slutet av 1970-talet utifrån behovet av att behandla grupper med hög ungdomskriminalitet där man tidigare saknat framgång utifrån att gruppen var svårmotiverad till behandling samt att insatserna var kostsamma (Hansson, 2001). Programmet togs fram av Scott Henggeler med kollegor på Medical University of South Carolina, USA (Johnsen & Torsteinsson, 2016). MST riktar sig till multiproblemfamiljer där man arbetar hemma hos familjerna. Arbetet går ut på att praktiskt ta hand om situationer som kan uppstå i det dagliga livet, här och nu. Terapeuten är tillgänglig för familjen i stort sett hela dygnet och denne har i sin tur tillgång till handledning dygnet runt. Programmets höga tillgänglighet och flexibilitet ansågs som tydliga framgångsfaktorer (Lundsbye et al., 2013). Arbetet bedrivs i team om tre behandlare samt en handledare (Johnsen & Torsteinsson, 2016). Författarna beskriver att arbetet inriktar sig på föräldrastärkande insatser, sammanhållningen i familjen, att upprätta kontakter med välfungerande vänner och undvika återfall i kontakt med miljöer som har negativ påverkan. Det terapeutiska målet är att bistå föräldrarna att återupprätta sitt mandat och ansvar, inte överta det. Målet är att familjen själv, vid behandlingens slut, ska ha kunskaper om att själva lösa sina problem. Modellen har vidare fått sin inspiration från Bronfenbrenners ekologiska utvecklingsmodell. En utgångspunkt är att beteendeproblem kvarstår genom att det förekommer negativa samspelsmönster inom de sociala systemen, men också mellan systemen. Med ett socialt system menas här t.ex. skola, kompisgrupper eller familjen. De olika tekniker som används i modellen är handlingsinriktad familjeterapi, kognitiv terapi samt beteendeterapi (Johnsen & Torsteinsson, 2016). Även här kan vi se att

det finns flera influenser som senare kommit att ingå i IHF som till exempel teamarbete, behandlingspersonalens höga tillgänglighet, handledning för teamet samt att behandlingen utförs på familjens hemmaarena. Även arbete med föräldrastärkande interventioner och återupprättande av positivt nätverk är en viktig utgångspunkt i IHF-manualen (version 4.0, 2015).

### **3:6 IHF:s målgrupp och manual med kärnkomponenter**

IHF är enligt IHF-manual (version 4.0, 2015) en behandlingsmodell som utvecklades av kliniker i Sverige, den första versionen av manualen blev klar 2006. Metoden har effektutvärderats med goda resultat och kontinuerligt reviderats. Uppdateringar och förbättringar har gjorts i takt med att ny forskning tillkommer och i överensstämmelse med god klinisk praxis (IHF-manual, version 4.0, 2015).

#### *Målgrupp*

Enligt Hansson (2001) har de manualbaserade metoderna MST och FFT hämtat sin familjeterapeutiska grund från Minuchin, Satir och Haley. Dessa metoder verkar enligt Hansson (2001) vara speciellt lämpade metoder för arbete med ungdomsasocialitet och missbruk. Då IHF har hämtat inspiration från MST och FFT kan denna beskrivning av målgrupp också stämma för IHF (IHF-manual version 4.0, 2015). Enligt socialstyrelsens hemsida är definitionen för IHF:s målgrupp: "Familjer med dysfunktionella beteenden i form av konflikter i familjen, beteendeproblem, skolproblem, otillräcklig tillsyn eller låg omsorgsnivå i familjen". I manualen står att IHF riktar sig mot familjer med relationsförsvårande beteenden vilka kan visa sig på individ-, dyad-, familje- eller nätverksnivå (IHF-manual, version 4.0, 2015).

#### *Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling*

IHF står för Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling. *Intensiv* innebär att möten sker en till två gånger per vecka, däremellan förekommer ofta tät telefonkontakt. Behandlarna har hög tillgänglighet och stor flexibilitet gällande var, när och hur kontakten ska se ut.

*Hemmabaserad* innebär att träffarna sker i hemmet och arbetet utgår från barnets kända miljö. Detta kan enligt IHF-manualen bidra till att öka motivationen hos familjen, då resultatet av behandlingen ger förändringar i den miljö familjen befinner sig i, något som även ger bättre förutsättningar för en hållbar förändring över tid. Med *familjebehandling*

menas ett förändringsarbete som innefattar alla delar i familjesystemet. Detta inkluderar hela familjen och att arbetet fokuserar på multisystemiska mål såsom att stärka familjens sammanhållning och förbättra deras kontakt med omgivande sociala nätverk, d v s viktiga personer utanför familjen. Detta kan exempelvis innefatta släkt, vänner, skola och fritid (IHF-manual, version 4.0, 2015).

### *Team*

Behandlingsteamet består av samordnare, familjebehandlare och ungdoms/barnbehandlare. Samordnaren leder arbetet och ansvarar för att behandlingsarbetet strävar mot uppfyllelse mot de uppställda målen i genomförandeplanen samt rapporterar till socialtjänsten och har vid behov kontakt med omgivande aktörer som t e x skola och BUP (Barn och ungdomspsykiatri). Familjebehandlaren ansvarar och håller i föräldrasamtal och i familjesamtal med hjälp av ungdoms/barnbehandlaren. Familjebehandlaren ska liksom samordnare ha relevant högskoleutbildning såsom socionom eller psykolog och gärna en psykoterapeutisk grundutbildning, eller motsvarande relevant vidareutbildning. Ungdoms/barnbehandlaren ansvarar för samtal med barnet/ungdomen samt stödjer barnet/ungdomen i familjesamtalen att få sin röst hörd. Ungdoms/barnbehandlaren ska också ha en relevant högskoleutbildning såsom socionom eller psykolog, önskvärt är också vidareutbildning i MI, KBT, RePulse (IHF-manual, version 4.0, 2015).

### *Behandlingens faser*

Behandlingsarbetet startar med *engagemangs/undersökningsfasen* som sker under ca fyra veckor. Syftet är att skapa allians med familjemedlemmarna, lyssna på vars och ens berättelse, inge hopp samt ge möjlighet för dem att skapa egna mål för det kommande förändringsarbetet. Därefter upprättas tillsammans en genomförandeplan som innehåller socialtjänstens, föräldrarnas och barnets mål. Ungdoms/barnbehandlaren träffar barnet som får beskriva vad hen önskar att behandlingsarbetet ska leda till (IHF-manual, version 4.0, 2015). Efter den första fasen samlas teamet med familj och socialsekreterare för ett uppstartsmöte. Alla får då möjlighet att uttrycka vad de anser talar för eller emot att de uppställda målen ska kunna uppnås. Vilka hinder och vilka möjligheter finns? (IHF-manual, version 4.0, 2015).

Direkt uppstartsmötet inleds *beteendeförändringsfasen* som varar under ca 3–9 månader. Det är i denna fas som förändringar förväntas ske. Slutligen går behandlingen in i den avslutande



delen, *generaliseringsfasen* som varar ca 1–2 månader. I den avslutande fasen fokuseras arbetet på att de förändringar som gjorts ska kunna upprätthållas och verka över tid, samtidigt som intensiteten i behandlingen avtar och kontakten med behandlingsteamet glesas ut. Om det finns behov av fortsatt stöd efter avslutad insats, länkas familjen till nya professionella kontakter under denna fas (IHF-manual, version 4.0, 2015).

### *Kärnkomponenter*

IHF:s kärnkomponenter är de viktiga grundpelare som IHF bygger på, och som alla behöver finnas med över tid i behandlingen. Vi kommer nedan ge en kortare beskrivning av de tio kärnkomponenter som IHF vilar på (vi har valt att citera rubriken för varje kärnkomponent direkt från manualen).

#### *1. Familjeorienterat*

Familjen ses som en jämbördig samarbetspartner som sitter inne på egna lösningar till problemen, familjen och behandlarna jobbar sida vid sida, vilket betyder att behandlarna inte intar rollen som expert. Familjen är med på alla möten, inget hemlighålls. Arbetet med familjen och dess nätverk är det centrala, individuella insatser ska kopplas till familjearbetet.

#### *2. Multisystemiskt förhållningssätt*

Helheten är mer än summan av delarna. Teamet ska vara uppmärksamma på att alla delar i systemet påverkas och påverkar varandra, individens behov ska ses som del av hela sammanhanget. Om någon i familjen gör förändringar i sitt beteende så har detta direkt påverkan på andra i familjen. Om skolan gör förändringar, kan detta påverka ungdomens beteenden.

#### *3. Salutogent förhållningssätt*

Behandlare ska ha fokus på att identifiera och förstärka det som fungerar i familjen, resurser synliggörs och lyfts fram. Det som uppmärksammas förstärks. Det innebär inte att bortse från de svårigheter som familjen beskriver. Målet är att öka familjens känsla av sammanhang och upplevelse av situationen som begriplig, hanterbar och meningsfull.

#### *4. Alliansskapande*

Att skapa allians med familjens medlemmar är en förutsättning för IHF, detta minskar också risken för sammanbrott. Alliansen måste skapas inledningsvis för att sedan hela tiden arbetas med för att bibehållas.

### *5. Sammanhangsmarkering*

Behandlarna har ansvar att familjen känner sig bekväma och trygga i sammanhanget. Detta innebär exempelvis att vara tydlig med syftet för varje möte vilket reducerar stress och ökar förutsättningarna för allas delaktighet.

### *6. Anpassning av information och mötets form efter familjens förutsättning*

Behandlarna har i möten ansvar för att matcha kommunikation och information utifrån familjemedlemmars ålder och mognad. Det kan handla om att anpassa mötets längd, intensitet och frekvens efter behov och att komplettera med visuell information. Här kan även rollspel och liknande övningar användas.

### *7. Arbete med beteendefokus i en relationell kontext*

Allas beteenden påverkar alla i familjen. Arbetet med att tillsammans identifiera problembeteenden och arbeta med förändring av dessa, kan sänka upplevd stress i hela familjen. Detta stärker relationerna mellan familjemedlemmarna vilket i sin tur skapar förutsättningar att kunna arbeta med förändringar på ett värderings- eller känslomässigt plan relationellt.

### *8. Arbete med att optimera förutsättning för inläring och stressreducering*

Manualen utgår från modern forskning om hjärnan som visar på samband mellan stress och försämrad förmåga till inläring. Behandlarna behöver hjälpa familjen att sänka stressnivån för att förändring ska kunna bli möjlig. Detta kan göras genom tekniker och interventioner som reducerar stress. Att exempelvis fokusera på familjens styrkor, kan leda till små förändringar som blir en "ny" positiv upplevelse och därmed ger ny kraft.

### *9. Fokus på risk- och skyddsfaktorer*

Det finns idag kunskap/statistik att falla tillbaka på gällande faktorer som utgör risk och vad som utgör skydd för gynnsam utveckling hos barn. Teamets uppgift är att identifiera och undanröja riskfaktorer och identifiera och förstärka skyddsfaktorer. Metodstöd för BBIC (Barns behov i centrum) som finns på Socialstyrelsen hemsida kan med fördel användas som verktyg i det arbetet

### *10. Fokus på generalisering av färdigheter*

IHF är tidsbegränsad till ca 6–12 månader. Teamet ska inte under någon del av behandlingen överta något ansvar för saker som familjen fått att fungera. Det blir viktigt att undersöka vilka stödsystem som kan finnas kvar runt familjen, ifall behov finns. Behandlarna stöttar familjen i att länka över till personer inom det egna nätverket eller till andra professionella, innan avslut sker (IHF-manual, version 4.0, 2015).

### 3:7 Tidigare forskning

Det saknas forskning gällande familjeterapeuters erfarenheter av arbete med IHF. Vi har dock funnit såväl svensk som internationell forskning som berör klinikers attityder gällande evidens- och manualbaserat arbete i stort.

#### *Attityder bland kliniker gällande manualbaserad familjeterapi och EBP*

I artikeln *Karta eller tvångströja* (2013) granskar Johan Sundelin innehållet i fyra etablerade manualer för evidensbaserade systemiska/familjeterapeutiska metoder utifrån fyra vanligt förekommande påståenden bland verksamma kliniker om manualbaserad familjeterapi.

Påståendena som är utgångspunkten för studien är att familjeterapeutiska manualer:

- medverkar till ett "krig" mellan manualer som liknar varandra i mångt och mycket och att det finns en ekonomisk vinning i det
- utgår från en förklaringsmodell, ett specifikt tillvägagångssätt som används generellt på alla som genomgår behandling vilket gör den opersonlig och stel och kan skapa ett arbetsklimat som inte är kreativt och där terapeuten är icke-närvarande.
- kan hindra terapeutens kreativitet och kompetensutveckling, att manualtrogenhet kan medverka till en sämre utveckling av terapeutens kompetens.
- framhåller en metod och bortser från alliansen och mötet med klienterna, det kan förhindra den dialogiska processen mellan terapeuten och klienten.

Sundelin har granskat påståendena utifrån olika perspektiv. Bland annat har han tittat på hur instruktionerna till terapeuten är utformade i manualen avseende om de ger möjlighet att använda sig av olika familjeterapeutiska teorier. Vidare om manualerna är detaljstyrande eller om instruktionerna ger utrymme för terapeuten att få använda sin yrkesskicklighet och personliga stil. Han har också granskat om manualen framhåller terapeutens interaktion med klienten i det inledande behandlingsarbetet, vilket kan ge uttryck för om terapeutisk allians tillmäts betydelse.

Resultatet visar att alla metoderna hade en bred teoretisk utgångspunkt, utgick från många olika tekniker samt styrdes av mål. Instruktionerna till terapeuten var oftast utformade som en *ram* i form av rekommendationer och anvisningar och de förutsatte en grundutbildad terapeut som kan sätta direktiven i enlighet med sin profession och personliga stil. Manualerna

uttalade förväntningar på självständig yrkesskicklighet hos terapeuten och hade uttalade förväntningar på terapeuten att bygga en stark terapeutisk allians med klienterna samt en interaktion som leder mot uppställda mål (Sundelin, 2013).

Terje Tilden (2013) skriver i en kommentar till Johans Sundelins artikel, att polariseringen som rör manualbaserat arbete i grunden handlar om olika syn på vetenskap där man i lägret som är negativt inställd till manualer i själva verket tar avstånd från den s.k. medicinska modellen. Och att det hänger samman med hur man ser på professionell identitet, makt och tillgång till resurser samt territorium. Tilden (2013) hänvisar också till Wampolds "the Dodo Bird Effects" (Wampold, 2001, s. 149) samt till en intervju han hade med Wampold 2012. Wampold skiljer där på specifika faktorer och generella faktorer i psykoterapi. Han menar att det behövs både teoretiska och metodiska inslag bredvid de mer relationella kunskaperna för att kunna anpassa terapin till patientens behov. Wampold ger i intervjun ett exempel på alliansskapande som han menar består av delar som målformulering för behandlingen, överenskommelser som rör uppgifter och innehåll i terapin samt förmågan att etablera ett emotionellt band. Wampold säger vidare i intervjun (Tilden, 2013) att allt detta krävs för att det faktiskt ska bli en terapeutisk situation och att dess tillvägagångssätt ofta finns beskrivet i manualer. Tilden (2013) tar också upp att manualer kan se väldigt olika ut, allt från att vara mycket detaljstyrda till ett mer generellt tillhandahållande av terapeutiska tekniker och strukturer som kan användas flexibelt utifrån terapeutens syn på patientens behov och feedback. Författaren menar att det i själva verket är terapeutens förmåga att vara flexibel och kreativ som är avhängig om en manualbaserad behandling ska lyckas eller inte genom att manualens innehåll anpassas till terapeut, klient och kontext.

Författarna Norcross et al. (2006) menar att argument mot manualbaserad behandling ofta har förbisett just denna variation av nivåer kring detaljer och struktur. Författarna menar att manualer därför stämplat som steg-för-steg-handböcker på bekostnad av den terapeutiska relationen (Norcross et al., 2006). Tilden (2013) beskriver liknande fördomar i sin kommentar till Johan Sundelins artikel *Karta eller tvångströja*. Författaren menar att det finns en kritik mot manualer som handlar om att terapier, genom instruktioner som rör specifika behandlingar, "reducerar terapeuterna till tekniker och patienterna till diagnoser" (Tilden, 2013, s. 238). En annan kritik är att obeforskade behandlingsmetoder inte kan tävla med de som mäts, vilket medför att det finns risk att vissa behandlingstyper utestängs då de inte är lika lätta att beforska. Författaren beskriver att det från början utvecklades manualer

för att användas vid kvantitativa studier som härstammar från den medicinska världen (Tilden, 2013).

Även i socialstyrelsens folder *Om evidensbaserad praktik* (2012), beskrivs fem missförstånd om evidensbaserad praktik (EBP). Ett av missförstånden är “att EBP reducerar professionella till robotar” (s.17). I foldern adresserar man detta missförstånd genom att betona att manualbaserat arbete och mer standardiserade metoder inte är det samma som att läsa innantill som om man följde ett recept, utan den enskilde klinikerns kompetens är av största vikt.

I artikeln *A Survey of Clinical Psychologists' Attitudes Toward Treatment Manuals*, beskriver författarna (Johnson, Hoffart, Havik, & Nordgreen, 2016) att det sedan länge funnits förutfattade meningar om att det manualbaserade arbetet skulle inskränka terapeutens kreativitet och att detta antagande har stärkts i deras forskning. En annan fördom mot manualer är att manualen skulle ha en negativ effekt på relationen mellan klient och terapeut. Författarna menar här att en rigid användning av manualer i själva verket ofta är en konsekvens av dåliga terapeutiska färdigheter och avsaknad av träning i arbetet med manualer. Författarna Johnson et al. (2016) betonar vikten av samspelet mellan manuelltrogenhet och kompetens istället för att enbart fokusera på adhearence. Detta för att bättre påvisa de terapeutiska kvaliteterna som i forskningen visat sig vara en avgörande faktor för behandlingsresultaten. Johnson et al. (2016) beskriver i sin forskning att man sett ett samband som visar att personer som är mer intresserad av att söka kunskapsutbyte med kollegor också är mer positivt inställda till manualbaserat arbete. Vidare menar författarna att kliniker faktiskt måste börja använda manualer för att förstå innebörden av det arbetet. Det finns enligt Johnson et al. (2016) relativt få studier som direkt har studerat effektskillnader mellan manualbaserad terapi och icke manualbaserad behandling utifrån ett specifikt problem.

Författarna Johnson et al. (2016), diskuterar förslag på hur man kan arbeta med att förändra attityder. En viktig del, menar författarna, är det ansvar som vilar på utbildningsinstitutionerna i att faktiskt föra ut denna kunskap. Författarna föreslår att man redan tidigt på terapeututbildningar både adresserar missuppfattningar kring manualbaserat arbete samt erbjuder praktisk träning i densamma. Ett annat sätt att ändra attityderna föreslår författarna är att prata om behandlingseffekt, vilket de flesta behandlare är intresserade av.

Att visa på vikten av struktur i terapi som en bidragande orsak till positiv behandlingseffekt, vilket också är en central komponent i manualbaserat arbete, skulle kunna vara ett annat sätt att förändra attityder, menar författarna (Johnson et al., 2016).

### **3:8 Terapeutens betydelse**

Hårtveit & Jensen (2012) beskriver att forskning visar att terapieresultat varierar mer inom en viss metod än mellan metoder och de menar att den terapeuten är, är mer avgörande för hur resultatet blir, än vilken metod denne använder. De hänvisar till familjeterapeuten Scott D. Miller som hävdar att det i alla terapier finns fyra gemensamma faktorer som är verksamma: *1. Relationen till terapeuten, 2. Placeboeffekt, hopp och förväntningar 3. Terapiinriktning och 4. Utomterapeutiska faktorer* (Hårtveit & Jensen, 2012, s. 362). Terapiinriktning utgör endast 15 procent av dessa fyra. Vidare kritiserar författarna att utvecklingen har gått mot att istället för att utgå från att forska på beprövad praxis, så får idag forskningen komma först och praxis utvecklas därefter. De menar att först när forskningen slagit fast vad som är evidensbaserat verksamt så får praxis legitimitet, och därefter tillämpas metoden utifrån en detaljerad manual. Att utgå från en modell där teknik och metod är utgångspunkt i klinisk praxis, kan enligt författarna medföra att vi går miste om kvalitet som formar mellanmänsklig praxis (Hårtveit & Jensen, 2012).

Holmberg (2019) betonar i sin artikel *Familjerekonstruktion - konsten, hantverket och evidensdiskursen* att psykoterapeuten inte är sin metod i likhet med att patienten inte är sitt problem. Han utgår från begreppet "inre auktoritet" (Holmberg, 2019, s 294) och menar att teorier, metoder, tekniker och manualer används olika och att de visar sig på ett specifikt sätt utifrån vem terapeuten är, dennes erfarenheter och bakgrund. "Jag är inte emot modeller och manualer i sig men jag vill betona att det är vi som individer som fyller dem med innehåll och mening och då blir det olika." (Holmberg, 2019, s. 302).

## 4. Teori

I IHF:s manual (version 4.0, 2015), men också i våra intervjuer, framkommer att systemteori och strukturell familjeterapi utgör en stark grund. Vi utgår därför från systemteori i vårt teoriavsnitt och har valt att beskriva några utvalda delar av systemiska familjeterapeutiska tekniker och förhållningssätt som återfinns i IHF-manualen och som också beskrivs i våra intervjuer. Vi redogör också kortfattat för social inlärningsteori och anknytningsteori då IHF-manualen även hämtat inspiration från dessa utvecklingspsykologiska teorier, vilket våra informanter också nämner.

### 4:1 Systemisk - strukturell utgångspunkt

Socialekologisk systemteori utgår från att man ser individen som en del av ett system där alla delar påverkar varandra. Med hjälp av Urie Bronfenbrenners modell kan individens utveckling beskrivas utifrån sociala nätverk och dess samspel och ekologi. Modellen grundar sig på ett interaktionistiskt perspektiv där utgångspunkten är att individen utvecklas i samspel med sin omgivning på flera nivåer, alltifrån den individuella nivån till samhällsnivån (Forsberg & Wallmark, 1998). Utifrån Ludwig von Bertalanffys grund för generell systemteori så finns en hierarkisk ordning där överordnade strukturer och processer utövar en större påverkan på underordnade system (Lundsbye et al., 2010).

Enligt Johnsen & Torsteinsson (2016) så tar den strukturella familjeterapin sin utgångspunkt inom den generella systemteorin där ett problem alltid ses i relation till det sammanhang som individen befinner sig i. Författarna nämner viktiga begrepp inom den strukturella familjeterapin som hierarki, organisation, struktur, dyader och subsystem där interaktionsmönster i nuet används för att hämta information, men också för att intervensera direkt i terapin (Johnsen & Torsteinsson, 2016).

Lundsbye et al. (2010) beskriver hur systemförändringar kan ske på olika nivåer enligt första och andra ordningen. När förändringar sker enligt första ordningen förflyttas endast problemet i systemet likt en spelpjäs, från en plats till en annan, då ingen egentlig förändring av systemets struktur och process sker. Exempel på detta utifrån familjen som system kan vara att en symptombärare i familjen byts ut till en annan, eller att ett avvikande beteende ges en ny diagnostisk beteckning. En förändring av andra ordningen beskriver författarna som en

kvalitativ förändring av familjestrukturer som leder till att symptombärare inte längre behövs eller där avvikande beteenden kan förändras genom att analysera familjens kommunikationsmönster. Författarna beskriver att terapeuten kan hjälpa familjen att skapa förutsättningar för att kunna växa och utvecklas genom att se helheter, strukturer och relationer (Lundsbye et al., 2010).

Minuchin et al. (1996) menar att familjeterapi inte ska vara inriktad mot att förstå, utan mot handling. Han skiljer därmed mellan handlingsinriktad och intervjuande terapi. För att få en förändring på den struktur som finns i familjen behöver terapeuten enligt Minuchin gå in och agera i strukturen. Enligt Johnsen & Torsteinsson (2016) agerar den strukturella familjeterapeuten i terapirummet. Det kan ske genom att be familjemedlemmarna diskutera ett tema eller att iscensätta en situation.

Inom den strukturella terapin lägger terapeuten tid på att skapa allians med varje familjemedlem, Minuchin et al. (1996) kallar det för samgående. Han menar att när familjen inkluderar terapeuten i interaktionerna skapas det möjlighet till förändring i systemet. Familjemedlemmarnas upplevelse av sig själva och sin omgivning förändras vilket Minuchin benämner som en tillitsskapande process (Johnsen & Torsteinsson, 2016).

De cirkulära frågorna härstammar från Milanoskolans systemiska familjeterapi. Frågorna utforskar de olika familjemedlemmarnas uppfattning om relationerna mellan övriga familjemedlemmar. Detta engagerar familjen på ett annat sätt än när vi ställer direkta frågor. Det cirkulära frågandet kan utveckla familjemedlemmarnas mentaliseringsförmåga och öka toleransen för varandras oliktankande. De kan också ge terapeuten information om de olika roller och positioner de olika familjemedlemmarna har (Johnsen & Torsteinsson, 2016).

Positiva omformuleringar är en teknik som används av den systemiska familjeterapeuten för att sätta tankar och meningar i en ny referensram där oönskade beteenden istället kan ses som nödvändiga (Johnsen & Torsteinsson, 2016). Det som tidigare setts som problem eller som symtom får en ny ram som ger en ny betydelse (Lundsbye et al., 2010). I IHF:s manual (version 4.0, 2015) finns bland annat en bilaga som stöd för arbetet med positiva omformuleringar i salutogen anda.



Det salutogena förhållningssättet, att vidmakthålla och ha fokus på hälsobringande faktorer, utgår enligt Lundsbye et al. (2010) från Antonovskys forskning om salutogenesteori och KASAM-begreppet (Känsla Av SAMannhang) som senare lanserades i Sverige av Kjell Hansson och Marianne Cederblad. Målet är att familjen känner sig delaktig i ett sammanhang som är förståeligt och meningsfullt vilket bidrar till ett starkt KASAM och således leder till bättre hälsa (Lundsbye et al., 2010).

## **4:2 Social inlärningsteori och anknytningsteori**

Social inlärningsteori och anknytningsteori är båda en del av utvecklingspsykologin. Grundsynen i social inlärningsteori är att barns personlighet utvecklas genom imitation av andra barn och vuxna i omgivningen, så kallad modellinlärning. Belöning och omedelbar uppskattning från vuxna, när barnet visar önskat beteende, blir därmed viktigt (Broberg, Risholm Mothander, Granqvist & Ivarsson, 2013).

Grunden i anknytningsteorin utgår från att barnets utveckling i samspel med föräldern eller omvårdnadspersonen, påverkas av dennes förmåga att stödja barnets behov av tröst och trygghet men också av att utforska världen. Anknytningen resulterar i ett psykologiskt "band" mellan förälder och barn som bidrar till barnets utveckling av mentala representationer, inre arbetsmodeller, vilka blir viktiga i personlighetsutvecklingen i synnerhet gällande nära känslomässiga relationer (Broberg et al., 2013). Liksom anknytningsteorin betonar även den strukturella familjeterapin att det finns viktiga skillnader mellan barnens och de vuxnas roller i familjen (Johnsen och Torsteinsson, 2016).

## **5. Metod**

Vi har som två författare till denna uppsats genomgående haft ett delat ansvar och har båda varit delaktiga i samtliga moment i såväl utförande som författande, från början till slut. Vi redogör nedan för vårt tillvägagångssätt.

### **5:1 Vetenskaplig grund**

Enligt Hårtveit & Jensen (2012) finns två traditioner inom psykoterapiforskningen: den kvalitativa och den kvantitativa. Den kvalitativa traditionen har kommit ur fenomenologin, hermeneutik, kommunikationsteori och postmodern filosofi, med utvecklandet av kunskap och mening som centrala delar. Vi ville söka djupare kunskap och mening kring uppsatsens frågeställningar och har därför valt att utgå från den kvalitativa traditionen enligt ovan.

### **5:2 Forskningsdesign och datainsamling**

Vi har valt en kvalitativ forskningsdesign med en induktiv ansats där vi utgått från våra resultat och därefter utvecklat teori. Enligt Hårtveit och Jensen (2012) utgår det kvalitativa förhållningssättet från att utforska mening i kontrast till det kvantitativa som är upptaget av att mäta effekter. Vi började med idén om att djupintervjua fyra personer i face-to-face intervjuer, men fick sedan rekommenderat att utöka deltagarna till 8–10 personer för att få ett fylligare material. Slutligen intervjuade vi åtta personer varav sju intervjuer är gjorda face-to-face och en intervju via telefon. Vi har valt en semistrukturerad intervjuguide som omarbetats och justerats under resans gång (Braun & Clarke, 2013) (Bilaga 1). Vi har gjort våra ljudinspelningar med hjälp av mobil samt med specifik inspelningsutrustning. Intervjuerna har haft en längd på ca 45–70 minuter. Ljudfilerna har sedan transkriberats ordagrant (Ahrne & Svensson, 2015).

### **5:3 Litteratursökning**

Vi har utifrån våra sökord, som beskrivs i vårt abstract, sökt artiklar i flera av Universitetsbibliotekets tillgängliga databaser. Vi fann studier utifrån socialarbetares och terapeuters upplevelse och erfarenheter av att arbeta med EBP och manualer, men dock ingen tidigare studie som specifikt handlar om legitimerade familjeterapeuters upplevelser och erfarenheter av att arbeta med IHF.

## **5:4 Urval**

Eftersom det finns relativt få legitimerade familjeterapeuter med erfarenhet av arbete med IHF valde vi att, enligt snöbollsmetoden (Braun & Clarke, 2013), inledningsvis vända oss till metodgaranten för IHF i Sverige och Norden för att få hjälp att hitta informanter. Utifrån henne fick vi namn på några personer med rätt bakgrund. Vi har senare fått ytterligare tips på personer genom de som tillfrågats att vara med i studien.

Vi har intervjuat åtta legitimerade psykoterapeuter varav sex med familjeinriktning. Två har sin legitimationsgrundande utbildning i relationell inriktning respektive kombinerad KBT och psykodynamisk inriktning. Samtliga har arbetat eller arbetar fortfarande med IHF, fem personer i privat verksamhet och tre i kommunal verksamhet. Gruppen informanter består av både män och kvinnor. De har alla en utbildningsbakgrund som socionomer och flera har utöver detta andra akademiska utbildningar.

## **5:5 Analys och tolkning**

Vi har använt oss av en tematisk analys enligt Braun & Clarke (2013). Vi läste inledningsvis hela vårt transkriberade material på varsitt håll och kodade sedan materialet separat. Vi jämförde och diskuterade senare våra fynd och kom fram till ca 20 koder som strukturerades och identifierades som tre övergripande teman. Vart och ett av dessa övergripande teman har dessutom ett antal underteman vilka vi redovisar i avsnittet resultat och analys.

## **5:6 Etiska överväganden**

Vi har utgått från principerna om informerat samtycke, konfidentialitet samt det så kallade nyttjandekravet (Ahrne & Svensson, 2015). Informerat samtycke innebär att de som deltar i studien ska informeras om studiens syfte och utifrån detta ha möjlighet att själva bestämma om de vill delta eller inte. Konfidentialitet innebär att de uppgifter som, i forskningssyfte, samlats in om deltagarna förvaras och redovisas på ett sådant sätt att enskilda individer inte kan identifieras. Nyttjandekravet handlar om att de uppgifter som samlas in inte får användas i kommersiellt syfte eller på ett sådant sätt att det påverkar individen (Ahrne & Svensson, 2015).

Inledningsvis gjorde vi ett misstag när vi gick ut med information om att vi sökte informanter till vår uppsats. Misstaget bestod i att vi ett gruppmejl skickade ut information till flera personer på samma privata företag. Ingen av informanterna svarade dock på detta mejl utan var och en har sedan tillfrågats individuellt. Samtliga informanter har tagit del av skriftlig information gällande deltagande, samt uppsatsens syfte, innan de intervjuades (bilaga 2). Samtliga informanter har givit sitt muntliga samtycke innan vi bokat intervjuer, men sedan åter fått frågan om de tagit del av informationen och om de samtycker till deltagande innan inspelningen påbörjades.

Ett etiskt dilemma som vi har fått förhålla oss till är att vi båda har jobbat/jobbar på det företag som startade arbetet med IHF och som dessutom varit med och skapat modellen IHF. Vi är medvetna om att det kan tänkas påverka hur vi ställer frågor och hur vi också värderar de svar vi fått. Utgångspunkten har varit att nyfiket undersöka de svar vi fått med så lite egen förförståelse som möjligt, men naturligtvis har vår egen erfarenhet kring arbetet med IHF påverkat oss både i intervjusituationen och i analysen kring vårt material. Vi har båda gedigen erfarenhet av att arbeta i metoden, ca sex respektive nio år. Hur detta kan ha påverkat resultatet finns utförligare beskrivet under rubriken "styrkor och svagheter" i vår diskussionsdel.

En annan etisk fråga rör det faktum att det inom ett och samma företag bedrivs IHF, tillhandahålls utbildning och handledning till samtliga aktörer som arbetar med IHF, samt att samma företag certifierar och re-certifierar olika verksamheter för arbete med IHF. När vi sökte efter informanter vände vi oss till IHF:s metodgarant för att få hjälp att hitta personer med rätt bakgrund. Då legitimerade familjeterapeuter med erfarenhet av arbete med IHF är relativt få, har vi endast haft tillgång till ett litet urval. Samtliga intervjuade har därför alla en bakgrund i samverkan med det företag som ensamt utbildar och certifierar de som jobbar i IHF-modellen. Vi vill betona att vi personligen aldrig har arbetat direkt tillsammans med någon av de intervjuade.

Eftersom flera av våra informanter arbetar på samma företag har det framförallt varit svårt att hålla dem anonyma från varandra, inte minst genom att de har pratat med varandra om delaktighet i denna examensuppsats samt också rekommenderat varandra när vi sökt efter informanter. Vi har också funderat över hur detta kan tänkas vinkla resultaten utifrån att de vi intervjuat delvis är personer som fortfarande arbetar på företaget. Frågor vi ställt oss är bl.a.

hur fria kan informanterna vara i sina svar? Är det t.ex. svårare att vara kritisk om man arbetar inom företaget och där finns flera kollegor som känner varandra? Hur kan de vara anonyma? Vi har utifrån detta varit noga med att redovisa resultaten på ett sådant sätt att de inte ska kunna knytas till en specifik person. Detta har i sin tur lett fram till att vi valt att inte redogöra för kön eller ålder, vilket innebär att vi inte heller gjort några jämförelser i svaren som rör kön eller ålder och inte heller skillnader i svar gällande de som jobbar i privat eller kommunal regi.

## **6. Resultat och analys**

Vi har intervjuat åtta legitimerade psykoterapeuter som alla arbetar eller har arbetat med IHF. Det finns en stor variation kring hur länge de varit legitimerade familjeterapeuter och hur länge de arbetat med IHF. Intervjupersonerna har tagit sin psykoterapeutexamen mellan åren 2002–2018. Fem av de åtta tillfrågade började arbeta med IHF efter, eller i samband med sin psykoterapeutexamen. Den som arbetat längst i IHF har jobbat i 16 år och den som arbetat kortast i modellen, har jobbat i ca 4 år. De som har slutat arbeta i IHF anger bland annat som orsak; upplevelsen av att kunna göra mer nytta utanför modellen, längtan efter att utvecklas och fördjupa sina familjeterapeutiska kunskaper på egen hand samt svårigheten att arbeta med behandlingströtta familjer utan motivation.

Vi har i våra intervjuer kunnat urskilja tre huvudteman som besvarar våra forskningsfrågor. Våra huvudteman är följande; *IHF vilar på familjeterapeutisk grund, Rådande attityder gällande evidens- och manualbaserat arbete* samt *Deltagarnas upplevelser och erfarenheter av att arbeta med IHF*. Under respektive huvudtema följer sedan ett antal underteman.

### **6:1 IHF vilar på familjeterapeutisk grund**

För att undersöka om IHF är en familjeterapeutisk metod har vi utgått från intervjuerna och kopplat svaren till familjeterapeutiska teorier samt till IHF, dess kärnkomponenter och teoretiska grund för manualen. Vi har valt att nedan presentera resultat och analys av detta huvudtema utifrån fem underteman.

### *Systemiskt synsätt och strukturell familjeterapi*

Samtliga intervjupersoner har svarat att IHF är en systemisk familjeterapeutisk metod som utgår från en systemisk grund. I begreppet inbegriper de intervjuade arbete med hela familjen och dess omgivning, såsom skola och fritid och att kunna involvera viktiga personer utanför familjesfären. Detta synsätt, som intervjupersonerna beskriver, överensstämmer med den socialekologiska systemteorin (Forsberg & Wallmark, 1998). Att se familjen som ett system, menar de intervjuade, innebär att familjemedlemmarna ses som delar som alla påverkas av varandra och av sin omgivning. Intervjuperson 4 beskriver det systemiska tänket i arbetet enligt nedan.

För mig är det ju liksom ett förändringsarbete som måste ske med en hel familj, det här att gå från att det finns en syndabock och en symtombäare, till att kunna jobba med att hela familjen behöver göra förändringar för att allting ska funka bättre. Och den processen, när man får igång den, och framförallt får föräldrar att förstå att "aha det är så här det funkar" eller om man får kvitto på att "ja nu fattar jag liksom vad det handlar om" det är ju det som är häftigt med familjeterapin egentligen.

*Intervjuperson 4*

En av de intervjuade förtydligade också att kärnkomponenterna i IHF täcker det mesta av systemteorin.

Jag tänker på kärnkomponenterna, de täcker ju det mesta kan man säga inom familjeterapins område faktiskt. Jag tänker att det är ett systemiskt tänk liksom hela tiden.

*Intervjuperson 5*

I enlighet med det som intervjuperson 5 ovan beskriver så framgår det i IHF:s manual att modellen bygger på systemteori och ett multisystemiskt förhållningssätt.

Något som beskrevs i en av intervjuerna var att en fördjupad utbildning kan bidra till ett utvidgat perspektiv på vad det i praktiken innebär att arbeta systemiskt, jämfört med hur personer som inte har en fördjupad utbildning ser på systemteori:

Ja det var mer systemiskt för mig hur man jobbar med familjen och hur det systemet påverkar familjen utifrån strukturell familjeterapi, det som en del andra tänkte om systemet var att man jobbar med skolan och med föräldrar, det var en mer yttlig bild än vad jag tänker det systemiska är i min värld.

*Intervjuperson 1*

Den intervjuade nämner strukturell familjeterapi som sitt sätt att arbeta systemiskt. Detta innebär bland annat ett förändringsarbete med underliggande hierarkier och strukturer, enligt den andra ordningens förändring (Lundsbye et al., 2010). Då alla de vi intervjuat är vidareutbildade skulle detta kunna indikera på att fördjupad kunskap om systemteori och strukturell familjeterapi, kan medföra att systemteorin tolkas på ett annat sätt, och att de därmed bedriver IHF mer terapeutiskt. Flera av de intervjuade har hänvisat till att de arbetar utifrån den strukturella familjeterapiskolan och till Minuchin, som var grundare till denna inriktning.

### *Salutogent förhållningssätt*

Flera av de intervjuade nämner i någon mån att IHF utgår från ett salutogent förhållningssätt, intervjuperson 2 beskriver behandlingsarbetet som salutogent, och reflekterar samtidigt över att detta inte enbart är ett familjeterapeutiskt begrepp.

Det var väl en hel del Minuchin och FFT är ju väldigt närvarande (...) salutogent som ju inte kanske är familjeterapi enbart.

*Intervjuperson 2*

Det salutogena blir ett övergripande förhållningssätt för hela familjebehandlingsarbetet och har enligt manualen (version 4.0, 2015) som mål att öka familjens KASAM.

### *Relationellt familjearbete*

De intervjuade beskriver att IHF utgår från att individuella beteenden i familjen påverkar relationerna mellan familjemedlemmarna. Intervjuperson 3 beskriver nedan vikten av att genomförandeplanen faktiskt innehåller mål som har med alla familjemedlemmar att göra.

Familjesamtalen är ju navet i behandlingen. I genomförandeplanen måste vi göra mål som har med alla att göra, det är salutogent, det är systemteoretiskt, det är anpassat till familjens förmågor och ork och man ser familjen som en resurs (...) att arbeta med bekymmer och svårigheter i en relationell kontext.

*Intervjuperson 3*

Liknande beskrivningar återkommer bland flera av de intervjuade när de beskriver hur de arbetar med beteendeförändringar i en relationell kontext samt hur arbetet anpassas efter familjens förmågor, där familjen ses som en resurs. På detta sätt bidrar behandlingen till att relationerna mellan familjemedlemmarna stärks. När relationerna stärks minskar stressen i

familjen, vilket skapar förutsättningar för arbete med känslor och värderingar som finns inom familjen.

### *Familjeterapeutiska tekniker*

De intervjuade benämner familjeterapeutiska tekniker som de använder i IHF, däribland positiva omformuleringar och cirkulära frågor. Dessa sätt att arbeta omnämns även i IHF-manualen (version 4.0, 2015). De intervjuade gav exempel på att de använder cirkulära frågor i arbetet med relationerna i familjen. Det kan ske genom att fråga en av familjemedlemmarna om dennes uppfattning av förhållandet mellan två andra familjemedlemmar, vilket beskrivs nedan av intervjuperson 2.

När man tittade på alla individernas mående och la ihop det i familjesamtal kunde det tydliggöras. Hur påverkar det här att pappa mår så dåligt och är så deprimerad, hur tar det sitt uttryck. Har du märkt av det Lisa? så kunde man ju använda det.

*Intervjuperson 2*

De cirkulära frågorna väcker och engagerar familjemedlemmarna samt utvecklar deras förmåga att sätta sig in varandras perspektiv. Frågorna medför även att terapeuten får en bild av hur familjens struktur och mönster ser ut (Johnsen & Torsteinsson, 2016).

### *Inspiration från social inlärningsteori och anknytningsteori*

I manualen benämns att IHF förutom systemteori även bygger på social inlärningsteori (IHF-manual, version 4.0, 2015). I intervjuerna framgår det att IHF hämtat inspiration från fler terapeutiska inriktningar, såsom Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Dialektisk beteendeterapi (DBT) som bygger på social inlärningsteori. Flera av de intervjuade beskriver, liksom intervjuperson 1 nedan, att IHF innehåller inslag av KBT.

Jag har ju gått en KBT-utbildning för legitimerade psykoterapeuter och psykologer. När jag gick den då kom jag på åh IHF är ju jättemycket KBT.

*Intervjuperson 1*

Det framstår som att det blir mer tydligt för de intervjuade som har utbildning inom KBT vilka inslag i IHF som härrör från denna terapeutiska inriktning. Intervjuperson 3 beskriver nedan sin uppfattning av IHF-manualen och hur den inspirerats av KBT.



Den är gedigen, den omfattar familjer och individer på ett väldigt tillgängligt, vad ska man säga, kompetensbaserat, erfarenhetsbaserat, multisystemiskt sätt med också KBT-inslag. Ja den gifter sig KBT och systemteori, det tycker jag om. *Intervjuperson 3*

Här framgår också att de intervjuade upplever att KBT fungerar bra tillsammans med det systemiska synsättet och att det uppskattas.

Det framgår både i intervjuer och i IHF-manualen (version 4.0, 2015) att även anknytningsteori finns som bas i IHF.

Jag har mer anknytningsteori med mig i arbetet också men det tycker jag liksom ryms i IHF att kunna göra. *Intervjuperson 6*

Vi tolkar ovanstående citat som att intervjupersonen har anknytningsteori med sig i arbetet och då kan se att detta ryms inom modellen. Personen förefaller dock inte känna till att IHF:s teoretiska bas, enligt manualen, faktiskt har inspirerats av anknytningsteorin. Det blir här tydligt att utförandet av IHF kan komma att påverkas av vilken utbildningsbakgrund och erfarenhet som behandlaren har med sig in i arbetet.

## **6:2 Rådande attityder gällande evidens- och manualbaserat arbete**

Under detta huvudtema har vi utgått från deltagarnas erfarenheter av rådande attityder gällande evidens- och manualbaserat arbete. Vi avser här framför allt det familjeterapeutiska arbetsfältets attityder och dess kritik mot evidens- och manualbaserat arbete. Nedan presenteras resultat och analys utifrån tre valda underteman.

### *Attityder kring manualbaserat arbete*

Det framkommer tydligt i intervjuerna en upplevelse av att den familjeterapeutiska världen i allmänhet förhåller sig skeptiskt inställd till manualbaserat arbete. Några intervjuade betonade att det i terapeutfären generellt är "fult" att jobba manualbaserat. Den fördomsfulla bilden av manualer som beskrivs av respondenterna handlar ofta om att manualer ses som strikta och att arbetet är detaljstyrt vad gäller kommunikation och faser som behandlaren slaviskt tvingas följa. Denna struktur skulle i sin tur innebära att behandlaren blir begränsad i sin kreativitet och i sina möjligheter att använda egna erfarenheter och verktyg. Detta kan jämföras med Johnson et al. (2016) som menar att en rigid användning av manualer ofta är en

konsekvens av dåliga terapeutiska färdigheter och avsaknad av träning i arbetet med manualer. En respondent beskriver att det också finns fördomar som utgår från bilden av att en manual är en form som man ska försöka pressa in människor i, vilket inte är den bild de intervjuade vill ha av sitt arbete och sin relation till sina klienter. De fördomar som riktas mot manualer utifrån att de genom sina instruktioner “reducerar terapeuter till tekniker och patienterna till diagnoser” beskrivs i Tildens forskning (2013, s. 238). Den nämns också i artikeln *Karta eller tvångströja* där Sundelin (2013) beskriver kritik riktad mot att manualer skulle kunna hämma kreativiteten hos terapeuten. Om dessa fördomar finns även att läsa i Socialstyrelsens skrift *Om evidensbaserad praktik*, (2012). Flera av de intervjuade uppger att de utifrån denna kritik har fått försvara sitt arbete och även försökt nyansera bilden av manualbaserat arbete.

Det finns ju i en del familjeterapikretsar en föreställning om manualbaserat som jag känner att jag fått försvara, särskilt när jag var legitimerad. Då fick jag hela tiden inför mig själv och inför andra säga, nej men de är verkligen bara en karta, det är ingen tvångströja. Det är inte att göra si eller så och det tycker jag inte IHF är.

*Intervjuperson 1*

Några av de intervjuade instämmer med kritiken kring att det finns manualer som också kan vara begränsande utifrån hur de är utformade och att det därför är viktigt att inte generalisera alla typer av evidensbaserad praktik eller manualbaserat arbete. Detta kan jämföras med Norcross et al. (2006) som menar att argument mot manualbaserad behandling ofta förbiser att det i olika manualer finns en stor variation kring detaljer och struktur. Flera av de intervjuade betonar att man behöver titta på varje enskild manualbaserad metod och lära sig metoden för att bedöma om den blir begränsande eller inte. Detta stärker tidigare nämnd forskning av Johnson et al. (2016) kring vikten av att faktiskt använda och lära sig manualer för att öka förståelsen kring hur de fungerar. Våra respondenter påtalar också i detta sammanhang, att de som är kritiska mot manualbaserat arbete i själva verket ofta är de som vet minst om den sortens arbete. Intervjuperson 6 beskriver det så här:

Jag upplever, om jag ska generalisera, att när man ska kritisera så är det ofta de som inte är utbildade i de här metoderna och som inte har jobbat manualbaserat som kanske har en idé om att det är väldigt styrt och att man inte kan möta liksom familjerna där familjerna är, för att en manual är väldigt begränsande, och det upplever ju inte jag alls att IHF är, men det kan säkert vara det beroende på manual.

*Intervjuperson 6*

Som ovan intervjuperson beskriver kan kritiken handla om hur man tolkar en manual. Flera av de intervjuade uppger att det saknas förståelse för att IHF-manualen är en ram som ger stor frihet där man kan använda sig själv och de kunskaper och erfarenheter man har inom denna ram. Att själva ramen blir ett hållande av behandlingsarbetet mer än en detaljerad styrning. Kanske finns det en rädsla för att det är mer fokus på struktur än på process, menar en respondent och betonar att "processen är ett grannliga hantverk". En av de andra intervjuade beskriver det så här:

När det gäller manualer så tycker jag att det finns en allmän missuppfattning om hur en manual funkar som jag tycker att man behöver förklara i olika sammanhang. Oftast är det det där strikta liksom att man följer nånting. De kan inte förstå att det finns en manual som är en ram som också ger oerhörd frihet att göra och använda sig själv och den kunskapen och erfarenheten man har. Det är inte så att manualen styr en utan manualen är ju mer till hjälp att hålla ramen. Och framför allt när man jobbar i team är det oerhört viktigt att hålla den ramen, det är ju det som bär på nått sätt. Vi vet ju vad vi gör och ska göra.

*Intervjuperson 4*

Kanske är det just detta allt handlar om gällande kritik mot manualer, att kritikerna inte förstår att man som behandlare kan gå ut och in i ramen, och att det saknas kunskap om vad som faktiskt ryms inom manualen, menar någon av de intervjuade. Utöver den struktur som en manual kan utgöra måste det även finnas en kompetens och följsamhet som är grundläggande för hela det psykoterapeutiska arbetet, menar flertalet av de intervjuade. Detta är något som stärks av Tilden (2013) där forskning visar på vikten av terapeutens förmåga att anpassa manualens innehåll till klient och kontext. Denna förmåga till flexibilitet och kreativitet är enligt Tilden avhängig om en manualbaserad behandling ska lyckas eller inte. En av de intervjuade beskriver vikten av att ha rätt handlag.

Det här med manualbaserade metoder, många fastnar i att jag ska göra rätt exakt och jag ska titta och man måste ha en bok framme och det blir lite konstgjort, det märker familjen så att det liksom har man inte handlaget då kan det vara jättesvårt med manualbaserade saker.

*Intervjuperson 8*

Samtliga intervjuade är överens om att det terapeutiska arbetet innebär ett stort hantverk som är omöjligt att utföra utan terapeutens fingertoppskänsla, vilket också beskrivs av Holmberg (2019) som betonar att det är terapeuten som individ som fyller modeller och manualer med innehåll och mening och att modeller då automatiskt blir olika.

Flera respondenter återkommer till att familjeterapeuter med erfarenhet av manualbaserat arbete har ett ansvar att föra fram denna kunskap till den övriga familjeterapeutiska världen. De menar att familjeterapeuter behöver både informera och beskriva IHF:s arbete för att på sikt förändra de fördomar som finns om manualbaserat arbete. Här lyfts också tankar om att det råder en strid inom den familjeterapeutiska världen som handlar om polariseringar för och emot manualbaserat och evidensbaserat arbete. En av våra respondenter reflekterade över varför det är på detta sätt och om detta behöver vara en motsättning. Flera av de intervjuade uppger att familjeterapin måste öppna dörren även för evidens- och manualbaserade metoder som IHF och problematisera kring hur det blir om familjeterapin helt ställer sig utanför.

I övriga familjebehandlarvärlden så är det inte helt givet att man har en dörr öppen. Vi måste stå på socionomdagar, vi måste stå på familjeterapiföreningen, vi kan inte, inte vara med. Vi ska ju göra metoder Socialstyrelsen vill att man gör med familjer. Det är ett problem att vi inte med stolthet beskriver, som familjebehandlare, vad det är. För jag tror att det finns så mycket förutfattade meningar.

*Intervjuperson 3*

Som ovan intervjuperson nämner så finns det en oro bland de intervjuade kring att det saknas evidensbaserade familjeterapeutiska interventioner som både säkrar upp det arbete man gör genom insyn och utvärdering, men som också kan mätas mot andra interventioner som är beforskade. Detta är inte minst viktigt utifrån det önskemål Socialstyrelsen har kring att utveckla behandlingsmetoder riktade mot familjer, säger en av de intervjuade. Detta är också något som problematiseras av Tilden (2013).

En av våra respondenter tar upp en intressant vinkling kring upplevelsen av hur ovana många behandlare verkar vara att bli granskade. Hen menar att manualer också ställer krav på certifiering och re-certifiering, där både den enskilde och teamet i sin tur ska uppfylla vissa krav. I IHF-modellen finns det inbyggt att t.ex. visa film från sitt arbete för att någon annan ska kunna bedöma om man gör rätt saker. Hela certifieringsprocessen innebär också ett granskningsarbete som säkerhetsställer att arbetet går rätt till och följer det metoden säger. Att dialogen som uppstår kring det egna och teamets arbete också utmanar och utvecklar behandlaren och teamet i sitt arbete, upplevs av flera som positivt och något som håller teamet på tå.

### *Attityder kring evidensbaserat arbete*

I våra intervjuer framkommer lite olika syn på evidensbaserat arbete och hur man definierar vad evidensbaserat arbete är. Detta återför till debatten om svårigheterna att förankra EBP i psykoterapeutiskt arbete när man utgår från den medicinska modellen och där diagnos tydligt kopplas till åtgärd (Bohlin & Sager, 2012). För de allra flesta vi intervjuat framstår det som självklart att de vill arbeta utifrån evidens, vilket uttrycks enligt följande:

För mig är det självklart att arbeta så. Jag tror inte det är många som skulle vilja gå till en läkare som inte jobbade evidensbaserat. Alltså det är en skyldighet vi har gentemot dom vi möter. Om man har cancer så vill dom allra flesta ha en läkare som är specialist på det området och som använder dom effektivaste metoderna för att behandla. Jag tycker att dom människor vi möter i socialt arbete har samma rättigheter så för mig är det självklart av den anledningen, men också tycker jag att manualbaserat arbete innebär liksom en struktur och en ram som på nått sätt blir trygg både för mig och för dem jag möter i samtal.

*Intervjuperson 6*

Kortfattat kan man sammanfatta att det bland de tillfrågade övervägande finns ett intresse för att veta vad man gör och i vilket syfte, vilket blir tydligare genom ett evidensbaserat arbete. Detta kopplas också till klientsäkerhet där man genom kunskap om modellers effekt också kan ge rätt behandling till rätt person. Några betonar vikten av att metoder blir beforskade eftersom det i sin tur leder till en kunskap om varför man väljer en viss behandlingsmetod eller väljer bort den. Det visar också tydligt att det inte finns en metod för alla. Terapi kan vara skadligt om man gör fel saker, menar en av de intervjuade.

Sen är det väl jätteviktigt med evidens för jag menar att det är väl bra att saker har blivit beforskade, att det finns en stabil grund till varför man väljer en viss behandlingsmetod. Det finns ju inte en metod för alla, är man rätt säker i det man gör, så kan man ju också se vad man inte ska göra.

*Intervjuperson 4*

De respondenter som har en mer kritisk hållning till evidensbaserat arbete lyfter problem kring att forskning kan bli missvisande om grundmaterialet är felaktigt, vilket kan få allvarliga konsekvenser. Det finns också funderingar kring om resultaten faktiskt blir felaktiga då man ställer forskningsbaserad behandling mot treatment as usual genom att resultaten automatiskt blir bättre i den behandling som ska beforskas eftersom det där finns ett annat engagemang. En återkommande fråga är också vad evidensbaserat egentligen är? Räcker det att man ställer upp mål för en behandling och utvärderar dem för att det ska räknas som evidensbaserat? En respondent ger också exempel på andra faktorer som inte är

mätbara s.k. klient- och terapeutfaktorer vilket också beskrivs i tidigare forskning bl.a. Holmberg (2019) och Wampold (2001).

Jag tycker det mesta går att evidensbasera. Det beror på vad man mäter och hur man mäter. Jag tänker så här, att få goda resultat det innebär mer att man satt upp mål som man kan mäta, det är evidensbaserat. Men så finns det nånting annat också som inte är mätbart på det sättet och det är väl mycket det här med känslan för familjen, familjens känsla för mig, att det vi gör betyder nånting. Ibland kan det vara beroende på hur duktig du är på att hantera saker, det beror kanske inte på metoden utan på vem du är. Man måste tro på det man gör och man måste få dom man träffar att tro på att jag vet vad jag gör.

*Intervjuperson 8*

De tillfrågade har också funderat kring vikten av modelltrogenhet där de allra flesta har svarat att det är avgörande att vara modelltrogen utifrån möjligheten att faktiskt kunna utvärdera modellen.

Säger vi att vi jobbar i en metod som är evidensbaserad så måste vi liksom säkerhetsställa att vi gör det som metoden säger för annars hamnar vi utanför det evidensbaserade så det tycker jag är jätteviktigt.

*Intervjuperson 6*

Återigen betonas svårigheten med evidens utifrån att det finns andra faktorer som faktiskt får betydelse för resultaten och att endast 15 % av behandlingseffekten kan knytas till själva terapiinriktningen (Hårtveit & Jensen, 2012). Författarna Johnson et al. (2016) betonar också vikten av samspelet mellan manualtrogenhet och kompetens istället för att enbart fokusera på adherence. Detta för att bättre påvisa de terapeutiska kvaliteterna som i forskningen visar sig vara en avgörande faktor för behandlingsresultaten.

En av de intervjuade säger att det överlag är svårt att evidensbasera då det bygger på att hålla sig väldigt strikt för att vara säker på vad som utvärderas. Ingen av de intervjuade kan egentligen beskriva ett exempel där de faktiskt gått utanför ramen genom ett tydligt avsteg, däremot kan det konstateras att allt inte i detalj finns beskrivet i manualen, vilket gör att behandlaren frågar sig om hen gör avsteg. Några uppger också att de genom att behandla ofrivilliga i ett frivilligt program också hamnar i en gråzon vad gäller avstegen från manualen. Det kan uppfattas som en svårighet bland några av våra informanter att veta var gränsen för friheten inom manualen börjar och slutar vilket i sin tur har en effekt på synen kring evidens och forskning av modellen.

### *Universitetens intresse för manualbaserat familjeterapeutiskt arbete*

Genomgående beskriver de intervjuade att det finns ett relativt svagt intresse för manualbaserat familjeterapeutiskt arbete på de legitimerande psykoterapeututbildningarna. Flera beskriver att det funnits en okunskap på utbildningarna och att de, ofta inledningsvis, blivit ifrågasatta av lärare, elever och handledare kring sitt arbete med IHF.

Några har presenterats för manualbaserat arbete som anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT), mentaliseringsbaserad familjeterapi (MBF) och funktionell familjeterapi (FFT) under sin utbildning. Vid de universitet där man valt att lyfta in undervisning gällande manualbaserat arbete är upplevelsen att den allmänna nyfikenheten hos studenterna också varit större, beskriver flera respondenter. Några av de intervjuade beskriver också att handledare som inledningsvis varit skeptiska till IHF har ändrat sin inställning då de, i utbildningshandledning, fått ta del av det familjeterapeutiska arbete studenterna bedrivit i IHF. Våra respondenter beskriver att intresset för manualbaserat familjeterapeutiskt arbete skiljer sig över Sverige och på de olika universiteten där Lund framstår som det mest evidens- och manualvänliga lärosätet där också Kjell Hansson varit en föregångare, men även Ersta Sköndal beskrivs som aktiva i att presentera olika manualbaserade familjeterapeutiska modeller. En av de intervjuade beskriver svårigheten med att lärare på utbildningen saknade kunskap om manualbaserat arbete.

Där jag gick fick jag nog liksom inget support i manualbaserat. Det hade ju varit skillnad tänker jag om man hade gått i Lund och gått när Kjell Hansson, men de där lärarna där var inte utbildade i manualbaserad familjeterapi.

*Intervjuperson 1*

Detta stärker Johnsons et al. (2016), forskning där författarna menar att utbildningsinstitutionerna har ett viktigt ansvar i att förändra attityder kring manualbaserat arbete genom att aktivt föra ut kunskap om detta arbete samt träna studenter i att arbeta manualbaserat. Det framkommer i våra intervjuer att där man arbetat aktivt med detta har fördomar ändrats hos både studenter och handledare.

### **6:3 Deltagarnas upplevelser och erfarenheter av att arbeta med IHF**

Vårt huvudsakliga syfte med denna uppsats har varit, att utifrån den diskurs som råder undersöka hur legitimerade familjeterapeuter ser på arbetet med IHF, som begränsande eller hjälpsamt. Nedan presenteras resultat och analys utifrån detta huvudtema i fem underteman.

#### *Manualen som ram*

De intervjuades inställning till manualbaserat arbete i IHF är övervägande positivt även om det finns de som också tycker sämre om att arbeta manualbaserat. De som känt sig skeptiska innan de lärt känna IHF kan konstatera att de till viss del ändrat inställning då de väl börjat arbeta i modellen. De betonar vikten av att lära sig modellen och att det är först då man förstår att manualen är mycket vidare och mer flexibel. Detta stärker återigen tidigare forskning som påvisar att okunskap ökar fördomar mot manualbaserat arbete och att det därför är viktigt att kliniker får möjlighet att bekanta sig med olika manualbaserade metoder och modeller för att faktiskt förstå innebörden av arbetet (Johnson et al., 2016). En av de intervjuade beskriver denna insikt.

Jag tänker så här, att innan man börjar göra nånting för att man tycker att det här är fel så ska man lära sig modellen och när man kan den då kommer man oftast och upptäcka att modellen är inte så snäv.

*Intervjuperson 8*

Liksom ovan respondent beskriver är upplevelsen, av IHF-manualen som vid, ett återkommande tema bland våra respondenter. Samtliga tillfrågade enas även om att IHF-manualen är en ram eller plattform som håller en viss struktur kring både hur teamet ska arbeta, de viktiga kärnkomponenterna och de olika faserna som behandlingen vilar på. Detta ramverk beskrivs som en bas att återgå till för att checka av var man befinner sig i arbetet med familjen. Det flesta tycker inte att manualen styr utan är till hjälp i att hålla strukturen i arbetet så att man vet vad man ska göra. Manualens struktur kring faser, familjesamtal, teamträffar och reflektioner skapar en karta för arbetet, beskriver de intervjuade. Kärnkomponenterna ger också rekommendationer om terapeutiskt förhållningssätt som grundar sig i den viktiga systemteoretiska teorin. Behandlingsarbetet följs sedan upp i handledning och filmning där teamets arbete och följsamhet granskas i förhållande till manualen. Manualens ramverk gör också behandlingsarbetet tydligt och förutsägbart för familjerna, beskriver en av de intervjuade.



Det finns en återkommande tydlig modell för vad som ska ingå, kärnkomponenterna, att man har nånting att luta sig mot, att det finns en ram. Sen kan man leka inom den. Det finns en ram och det blir tydligt för familjen.

*Intervjuperson 3*

Precis som i citatet ovan beskriver flera av de intervjuade ett stort tolkningsutrymme i IHF-manualen där man kan välja att använda den som en plattform eller mer strikt. Det finns en beskrivning från en respondent där olika enheter arbetat olika utifrån just den tolkningen, men trots det har båda enheterna blivit certifierade och re-certifierade. Flera betonar också att friheten inom manualen upplevs som större i takt med att man utbildar sig. Detta kan även jämföras med Sundelins (2013) forskning gällande fördomar rörande att manualtrogenhet skulle medverka till en sämre utveckling av terapeutens kompetens. I samma forskning beskrivs manualer där instruktionen till terapeuten är utformad som en ram med rekommendationer som också förutsätter terapeutens självständiga yrkesskicklighet (Sundelin, 2013).

Kravet på vem som får arbeta som familjebehandlare i IHF har ändrats över tid. Vi intervjuade pionjärer på området, som började arbeta med IHF innan manualen var skapad i sin helhet. På den tiden var det ett krav att familjebehandlaren skulle vara legitimerad familjeterapeut. Kravet har senare ändrats till att man bör ha Steg 1 utbildning i familjeterapi för att arbeta som familjebehandlare, beskriver flera respondenter. Enligt IHF-manualen (version 4.0, 2015) rekommenderas grundutbildning i familjeterapi för familjebehandlaren.

Varför har detta betydelse? Jo det som framkommer i våra intervjuer är att med fördjupad utbildning och erfarenhet handskas behandlaren med manualen på ett annat sätt. De flesta som vi intervjuat menar att innehållet inom ramen blir större, mer varierat och kreativt eftersom den utbildade har en större verktygslåda. Vi kan konstatera att de intervjuades syn är att en vidareutbildning till legitimerad familjeterapeut endast berikar arbetet, de ser alltså ingen motsättning i att det på något sätt skulle försvåra arbetet.

En av våra intervjuade ifrågasätter dock behovet av en manual då kunskapen ökar.

Om jag hade varit yngre, mindre erfaren då hade IHF erbjudit mig, tror jag, en trygghet. Jag behövde inte den, jag var tillräckligt trygg och kände mig kompetent ändå.

*Intervjuperson 2*

Liksom ramen verkar växa med kunskap beskriver de intervjuade, liksom respondenten ovan, en idé om att det skulle vara lättare att följa manualen när man är ny och att den då erbjuder en stor trygghet. Den underlättar för behandlaren att komma in i arbetet och behandlingstänket eftersom man pratar om samma saker, menar flera av de intervjuade.

Intervjuperson 4 sa till exempel så här:

Jag har många yngre kollegor. Det är också kul hur de anammar manual. Jag märker ju också att det skapar trygghet för dem att va i det, att det är mycket, mycket lättare att komma in i arbetet och ett sätt att tänka genom en manual. Vi pratar ju liksom om samma saker.

*Intervjuperson 4*

Att prata om samma saker är viktigt betonar flera av de intervjuade och nämner att det är hjälpsamt att reflektioner kring behandlingsarbetet är inbyggt i själva manualen. Detta skapar ett utrymme för teamet att faktiskt diskutera det behandlingsarbete man gemensamt utför och hålla fokus på viktiga teman, säger en av de intervjuade.

Det hjälper mig att hålla fokus, att inte glömma bort vissa frågor eller teman i det manualbaserade. Det finns ju vissa tekniker, om vi nu pratar om IHF, som jag tycker är hjälpsamt som det också är mer strukturerat runt hur man ska jobba som team. Både FFT och IHF har den här regelbundna reflektionen som jag tänker faktiskt är mer uppstyrd och man har tillåtelse för att det ingår i modellen.

*Intervjuperson 1*

Utifrån frågan om vad som är inbyggt i manualen kommer vi fram till diskussionen som handlar om avsteg från manualen. Som tidigare nämnts så upplever ingen av våra intervjuade att de faktiskt gjort verkliga avsteg från manualen eftersom så mycket ryms inom den. Detta hänger samman med det nära samarbetet med metodhandledare och metodgarant som lett teamen förbi de flesta svårigheter, vilket medfört att de inte behövt göra avsteg från manualen, menar flera respondenter. Det nära samarbetet med handledare kring frågor om vad som ryms i manualen leder också till ett ständigt utvecklingsarbete där manualen förtydligas och ändras allt eftersom. En av våra intervjuade benämner manualens utveckling som ett samskapande:

Nu när vi sitter och pratar om utvecklingen av manualen. Det har varit väldigt generöst av dom som skapade den. Man pratat om samskapande med familjer. Vi har verkligen haft ett samskapande kring manualen också

*Intervjuperson 5*

Att manualen är i ständig rörelse och måste förnyas för att följa både samhällets utveckling och familjernas förändrade behov är något som flera av de intervjuade återkommer till. Detta återknyter till Tildens (2013) forskning kring vikten av att manualens innehåll anpassas till klient och kontext.

### *Teamarbete*

Flera av de intervjuade beskriver specifikt teamet som en stor tillgång. Här finns ständigt support, även om alla har sin egen speciella roll och sitt unika perspektiv som måste beaktas. Teamarbetet ses som en platt hierarki där allas röst blir viktig utifrån var och ens perspektiv. Genom dessa olika perspektiv minskar konkurrensen i teamet och allas vetande tas till vara. Teamets betydelse för känslan av att aldrig vara ensam är också ett genomgående tema hos våra intervjupersoner. Detta stärker Hansson & Sundelins (1995) resonemang om teamets betydelse utifrån den bredd som teamets olika perspektiv och erfarenheter erbjuder både som kunskapsbank och ökad förmåga till problemlösning. Att klara det gemensamma teamarbetet menar författarna kräver stöd för att inte hamna i konflikter. Ett stöd som, enligt våra respondenter, ges utifrån IHF-manualen, samordnare och handledning. IHF upplevs även som en platt hierarki utifrån behandlingsarbetet med familjerna där de också ses som samarbetspartners. En av de intervjuade beskriver teamarbetet så här:

Det som jag tyckte var berikande det var att det var så himla roligt att jobba i team, det gav energi. Det som var skillnad med IHF var att du har såna renodlade roller. Risken när du jobbar är att du konkurrerar om perspektiv. Här blev det väldigt tydligt att ungdomsbehandlaren hade ungdomens perspektiv och ungdomens ögon och skulle vara ungdomens förlängda arm och det betyder att vi konkurrerade inte om perspektiv.

*Intervjuperson 7*

De flesta av våra respondenter beskriver som ovan stora fördelar med teamarbetet. Johnson et al. (2016) pekar i sin forskning på sambandet som visar att personer som är intresserade av att söka kunskapsutbyte med sina kollegor också är mer positivt inställda till manualbaserat arbetet. I teamet finns en stor möjlighet till lärandemiljö där man kan få ta del av varandras kunskap och erfarenheter. Detta var, som tidigare nämnts, historiskt sett en av anledningarna till att man började arbeta mer i team, för att få tillgång till fler perspektiv vad gäller erfarenheter, kultur och kunskap (Hansson & Sundelin, 1995). Flera av de intervjuade funderar kring betydelsen som det stora kunskapsutbytet i teamet kan ha för den yngre ungdomsbehandlaren som en miljö för utveckling och lärande.

Ungdomsterapeuterna var ju också betydligt yngre i sitt yrke och jag var mer erfaren så jag har ju också förstått att jag haft betydelse i att utveckla sin behandlarroll. *Intervjuperson 7*

Men utbytet är lika givande åt andra hållet, beskriver flera av de intervjuade som menar att alla bidrar med sin kunskap och sitt perspektiv.

De olika utbildningsbakgrunderna och teamets olikheter blir, samtidigt som det berikar, också den stora utmaningen i IHF:s manualbaserade arbete, beskriver flera av de intervjuade. Det ställer krav på samarbete trots de olika utbildningsnivåerna. Flera av informanterna beskriver att det är i förhållandet mellan familjebehandlare och ungdomsbehandlare som det kan bli bekymmersamt. Där kan utbildningsnivå ha betydelse för känslan av att man inte spelar på samma planhalva och har samma förförståelse, att det kan vara svårt att sitta i samtal när man är på olika nivåer. Detta bekymmer beskrivs så här:

Jag tyckte det var jättebra när man jobbade ihop ungdomsbehandlare och familjebehandlare, eller familjeterapeut då, men ibland tyckte jag att det var svårt när man ska sitta i ett samtal och den andre inte har samma utbildning. Det tror jag var en orsak till att jag inte ville fortsätta att jobba i det manualbaserade, ju längre tiden gick efter min utbildning. *Intervjuperson 1*

Svårigheten med de olika utbildningsnivåerna uppges också, som ovan, vara en anledning till att någon valt att sluta arbeta med IHF.

### *Alliansskapande*

En annan aspekt är svårigheten att som familjeterapeut inte få tillgång till hela systemet från början, något som är en grund i familjeterapeutiskt arbete. I flera av intervjuerna framgår det att IHF-modellen kan göra det svårt för familjebehandlaren att skapa allians med ungdomen då ungdomsbehandlaren har i uppgift att föra ungdomen till familjesamtalen och är den som inledningsvis bygger allians med ungdomen. Familjebehandlaren har till att börja med fokus på att bygga allians med föräldrarna. Detta uppges flera av de intervjuade som problematiskt eftersom familjebehandlaren är den som, längre fram i behandlingen, ska hålla i hela den familjeterapeutiska processen med familjen i familjesamtalen. Skapande av allians som Minuchin även kallar samgående med familjemedlemmarna, är en viktig del inom den strukturella familjeterapin (Johnsen & Torsteinsson, 2016). Detta framhålls även i IHF:s manual. Där betonas att ansvaret för att bygga allians bärs av behandlarna, att familjen ska

ses som jämbördig samarbetspartner och att behandlarna behöver ha allians med de olika familjemedlemmarna, men även med familjen som helhet. (IHF-manual, version 4.0, 2015). En av de intervjuade framhåller att familjebehandlaren inledande brist i alliansen med ungdomen inte bara försvårar arbetet utan också är en viktig del som krockar med familjeterapeutiska teorier.

Det som skulle kunna krocka är väl att man som familjeterapeut inte har samma tillgång till barnet som egentligen är föremål, det är ungdomsbehandlaren som skapar den alliansen i början i kartläggning och behåller den lite för länge tror jag

*Intervjuperson 3*

Denna avsaknad av allians kan, som ovan beskrivits, avspeglar sig senare i familjesamtalen där familjebehandlaren kan få en sämre ingång till ungdomen. Ett annat bekymmer kring detta tema är då ungdomsbehandlaren blir kvar för länge, vilket utgör en risk i att ungdomen fortsatt vänder sig till sin ungdomsbehandlare istället för att börja kommunicera med sin familj, vilket är ett övergripande mål med behandlingen. Detta kan, som i reflektionen nedan, hänga ihop med manualen och risken som finns att man fastnar i hur formen för behandlingen beskrivs.

Nackdelen med manual är att man lätt fastnar i formen, alltså hur man ska jobba. I takt med förändringar i systemet så kanske man t.ex. ska backa ut en ungdomsbehandlare. Jag tror det finns en tendens att man väntar för länge att göra det, för det gör ju också att, att familjeterapiarbetet blir annorlunda.

*Intervjuperson 4*

Liksom ovan, är reflektionen kring att manualen inte ska utläsas som detaljstyrande utan som en återkommande rekommendation. Följsamheten med familjen utgör den röda tråden, beskriver flera av de vi har intervjuat.

Det har enligt våra informanter varit lättare när ungdomsbehandlare och familjebehandlare haft liknande utbildningsbakgrund. Arbetet har då tenderat att bli mer co-terapeutiskt och man har lättare kunnat reflektera tillsammans i de gemensamma samtalen.

### *Målgruppen*

De intervjuade upplever målgruppen för IHF som specifik men ändå mångfacetterad. De beskriver att familjerna många gånger har dålig ekonomi, att det råder arbetslöshet och psykisk ohälsa. Ofta handlar det om tonårsbarn som har utagerande beteenden och problem

med droger och kriminalitet där de intervjuade betonar att IHF definitivt har en lugnande effekt. Våra respondenter beskriver också att en del familjer tidigare har fått behandling, men som misslyckats, andra har aldrig fått familjeterapi.

Jag tänker på Minuchin, han jobbade ju med väldigt, väldigt svåra familjer och också hemma periodvis med dom han inte fick iväg till barnpsykiatri, eller var mer uppsökande och alltså fattiga familjer, och vi har mer och mer av de familjerna.

*Intervjuperson 4*

Den intervjuade hänvisar till Minuchin och hans arbete mot de "svåra familjerna" och pekar på att det finns likheter med dagens arbete i IHF. Detta indikerar att de intervjuade ser likheten i IHF med den strukturella familjeterapin som särskilt användbar mot IHF:s specifika målgrupp. Det underlättar också för familjerna, enligt de intervjuade, att ha den höga flexibilitet som finns i IHF beträffande tillgänglighet och möjlighet att anpassa möten efter familjens specifika behov. Det de intervjuade berättar stämmer väl överens med Hansson & Sundelins (1995) beskrivning om att det i de tidigare familjebehandlingsprogrammen var viktigt att terapeuten anpassade den terapeutiska miljön efter familjens villkor för att underlätta behandlingsarbetet för familjen. Det handlar också om hur kommunikationen anpassas efter familjens behov.

Den tydligheten och att man lugnar ner, vi tar inte upp allt på en gång. I multiproblemfamiljer tycker jag att det är väldigt lugnande med ett fokus i taget, också som behandlare, att jag ska överleva i detta, jag ska inte vara för belastad, också att känna hoppet, vi måste ju ändå bära hoppet om förändring

*Intervjuperson 2*

Att följa en struktur och vara tydlig med denna underlättar enligt de intervjuade både för familjerna och behandlarna. Det är många bollar i luften samtidigt, det händer ofta omvälvande saker i familjerna från vecka till vecka. Strukturen hjälper behandlingsteamet att hålla fokus och inte "springa med" på allt. Detta hjälper i sin tur familjen att hålla fokus på arbetet mot målen.

Men återigen jag ser inget hinder utan mer hjälp med manualen för skulle jag jobba själv eller i team utan en manual, med de här familjerna, så tror jag lätt att jag hade sprungit på en massa andra grejor som jag inte ska springa på. Nej det blir lättare att hålla fast vid något

*Intervjuperson 4*

De intervjuade reflekterar också över huruvida de som legitimerade familjeterapeuter är mer eller mindre lämpade att arbeta med IHF:s målgrupp. Flera uttrycker att just den specifika målgruppen är något som de gjort ett aktivt val att fortsätta arbeta med, trots att det tidvis upplevs som tungt och därmed belastande.

För så är det ju, när jag jobbade på behandlingshem att det är de med lägst utbildning som jobbar där för de som är psykologer och legitimerade dom vill inte jobba med de här svåra målgrupperna så det blir på något sätt etiskt svårt egentligen.

*Intervjuperson 1*

Det framkom också, som ovanstående intervjuperson beskriver, att IHF:s målgrupp behöver ha välutbildade behandlare och att det är oetiskt att de med lägst utbildning ska hjälpa de med störst behov. Att ha en gedigen teoretisk familjeterapeutisk kunskap blir därför viktigt.

Vi fick även beskrivningar, framförallt från de intervjuade som idag inte jobbar med IHF, om att de upplevt svårigheter i de uppdrag där familjer tackat ja till behandling enbart för att undgå mer drastiska åtgärder, vilket då ofta inneburit brist på motivation till förändring hos familjemedlemmarna. Nedanstående citat beskriver hur familjeterapeuten upplevde det svårt att faktiskt arbeta med förändring i dessa familjer.

Jag uppfattade att vi fick fel typ av ärenden och det innebar att min insats gjorde ingen skillnad och då var jag ostimulerad för dom var på nåt sätt behandlingsresistent. Alltså man säger liksom så här; psykoterapi eller behandling för alla, nej det funkar inte för människor måste ju vilja ha en förändring och den kan man ju försöka motivera till men när man får människor som bara känner så här, att nämen vi sätter dig i fängelse eller så får du den här behandlingen det är klart dom väljer behandlingen

*Intervjuperson 7*

När motivationen inte finns med som drivkraft blir detta det primära att arbeta med, i annat fall riskerar behandlingen att endast bli ett skådespel för myndigheten för att familjen ska slippa mer drastiska åtgärder. Enligt IHF:s manual (version 4.0, 2015) är ett av inkluderingskriterierna att familjemedlemmarna är villiga att delta i behandlingen. Trots detta inkluderingskriterie har både vi själva och våra respondenter erfarenheter av att familjer “knuffats” in i behandling för att undgå mer ingripande insatser.

### *Familjebehandling eller familjeterapi*

I nästan samtliga intervjuer fann vi indikationer på att de intervjuade delvis skilde mellan familjebehandling och familjeterapeutiskt arbete. Familjebehandling beskrivs ofta som mer praktiskt pedagogiskt arbete där fokus exempelvis ligger på att hjälpa familjerna med rutiner i hemmet. Familjeterapeutiskt arbete beskrivs som processinriktat där en förändring av underliggande faktorer blir det väsentliga. Det vill säga en mer kvalitativ förändring av andra ordningen (Lundsbye et al., 2010). Intervjupersonen nedan beskriver dock att avgränsningen är svår, att arbetet med rutiner i vardagen även ligger inom familjeterapins fält.

Det är ju en familjebehandlingsmetod, sen familjeterapeutisk metod. Vissa familjer behöver "hands on" från början, man jobbar mycket med rutiner, strukturer, men det ligger också inom familjeterapins fält ju, så att det är svårt att säga, alltså avgränsningen.

*Intervjuperson 5*

De intervjuade upplevde i mångt och mycket IHF som en fri metod där utrymmet för ett kreativt terapeutiskt arbete ofta blir möjligt på båda sätt. Nedan följer en dialog mellan intervjuare och intervjuperson 6 där den intervjuade beskriver en önskan om att få arbeta mer processinriktat, men att det inte alltid är möjligt då arbetet är mer inriktat på beteendenivå.

*Intervjuperson 6:* IHF är ju en fri metod på så sätt att jag kan liksom arbeta i olika konstellationer och det gör ju att jag kan arbeta med dyaden pappa dotter och då kanske vi kan få till ett terapeutiskt arbete där men i helfamilj, när vi sitter i familjesamtal, kanske det inte är på samma sätt. Jag tycker att det ganska ofta går att få till men inte alltid.

*Intervjuare:* Då skiljer du också lite på terapeutiskt arbete och praktiskt pedagogiskt arbete eller, har jag fattat dig rätt?

*Intervjuperson 6:* ja ibland är man väldigt mycket i görandet, på beteendenivå liksom beteendeförändringar, där vi inte kan koppla process i den utsträckningen som jag skulle vilja.

Den intervjuade beskriver även att mycket av behandlingsarbetet sker i "görandet" med beteendeförändringar, som skulle kunna jämföras med hur terapeuten, enligt Johnsen och Torsteinsson (2016), kan använda interaktionsmönster i nuet både för att inhämta information, men också för att kunna intervensera direkt.

Vi kunde urskilja att det hos flera av de intervjuade fanns en önskan om att arbeta mer processinriktat och att arbetet med IHF ibland kunde upplevas begränsande, eller inte tillräckligt utmanande på grund av allt för mycket praktiskt pedagogiskt arbete.



Några av de intervjuade beskrev dock att det inledningsvis kan vara nödvändigt att arbeta mer praktiskt för att därefter kunna komma vidare och arbeta med processer. Fenomenet kopplades också till att det praktiska arbetet delvis är specifikt för IHF:s målgrupp. Nedanstående citat beskriver svårigheter att arbeta med familjeterapeutiska processer i familjer där det återkommande sker akuta situationer som behöver tas om hand.

Ibland kanske man måste vara mer i det praktiska. Det är inte bara så att man bara kan tugga på när man jobbar liksom, och det är också svårt att jobba i process med många av de här familjerna, eftersom det dyker upp saker som man behöver ta i hela tiden. *Intervjuperson 4*

En viktig slutsats blir enligt vår mening att familjearbete "hands-on" och av mer praktiskt pedagogisk karaktär, inte behöver utesluta ett terapeutiskt arbete. Det kan vara funktionellt att arbeta med det direkta, första ordningens förändring och att som terapeut parallellt ha fokus på underliggande strukturer, andra ordningens förändring (Lundsbye et al., 2010). IHF är enligt definitionen en metod för familjebehandling men det framgår i intervjuerna att det ofta går att arbeta terapeutiskt i IHF som legitimerad familjeterapeut. IHF sker också oftast i samtalsform med ett mycket tydligt familjesystemiskt fokus. Vi kan därmed se IHF som ett sätt att arbeta med familjebehandling, i likhet med de tidiga intensiva familjebehandlingsprogrammen (Hansson & Sundelin, 1995), med utgångspunkt från ett familjeterapeutiskt synsätt (Lundsbye et al., 2010).

Slutligen bör nämnas att det finns beskrivningar från några respondenter som trots allt indikerar att man som legitimerad familjeterapeut kan känna sig begränsad i IHF. Några beskriver att de i takt med egen utveckling och utbildning haft en längtan efter att få pröva sina verktyg på egen hand, och att det är olika hur man ser på möjligheterna att faktiskt göra det inom ramen för IHF. Vi uppfattar att detta framför allt handlar om två saker; synen på vad familjeterapeutiskt arbete är, som vi just berört, utifrån diskussionen om familjeterapeutiskt arbete kontra mer praktiskt pedagogiskt arbete, samt viljan till att ensam arbeta med hela systemet och att i det arbetet få möjlighet att testa sina kunskaper. Detta nämner några av de intervjuade som anledningar till att de sökt sig bort eller funderat på att sluta arbeta med IHF.

## **7. Diskussion**

### **7:1 Familjeterapeutisk grund**

Resultatet visar tydligt att IHF bygger på en familjeterapeutisk teoretisk grund. Tongivande är systemteori och strukturell familjeterapi. De intervjuade framhåller överlag att arbetet utifrån manualen ger ett stort utrymme för att använda sig av flera olika terapeutiska metoder och tekniker som även bygger på social inlärningsteori och anknytningsteori. Det blir dock tydligt att det är det systemiska synsättet som dominerar.

### **7:2 EBP och manualbaserat arbete - attityder som påverkar**

Inledningsvis vill vi återge ett citat av författarna Norcross et al. (2006, s. 131) på temat som beskriver den debatt som sedan länge funnits kring manualbaserade arbetet.

“Debates over value of psychotherapy manuals for research and clinical practice have now continued for over a decade. In some respects, it is remarkable that something as straightforward as a book describing the components of psychotherapy could generate such heated controversy. It does not take an expert psychotherapist, however, to intuit that these debates invite much more than treatment manuals alone. Manuals themselves, and the treatments they describe, are only the manifest point of debate. At stake are much deeper conflicts over professional identity, territory, decision-making power, and access to resources in the increasingly embattled field of clinical practice.”

I intervjuerna framträder denna diskurs och det framkommer att det finns en stark kritisk hållning inom det familjeterapeutiska fältet gällande evidensbaserad praktik och därtill mot manualbaserat familjeterapeutiskt arbete. Flera av de intervjuade upplever att de har fått stå till svars, inte minst i utbildningssammanhang, gällande det manualbaserade arbete de utför. Kritiken har ofta kommit från personer som inte själva har erfarenhet av att arbeta manualbaserat och som därmed saknar praktisk grund till sina påståenden. Även hos de intervjuade finns delade meningar, men i huvudsak är de överens om att det behöver bli tydligt vad som är verksamt i familjeterapi.

Det framkommer att det blir viktigt att skilja på manualbaserat arbete och arbete som bygger på evidens, att detta inte nödvändigtvis behöver höra ihop. En manual kan vara ett bra redskap utan att den är evidensbaserad, den fyller en viktig funktion endast utifrån dess

tydliga struktur och innehåll. Om vi förbiser föreställningen om att manualbaserat arbete enbart finns för att ge metoden evidens, med mål att mäta effekter, kan vi istället lägga fokus på att studera fördelar och nackdelar med att som terapeut använda sig av manualer. Hur kliniker ser på manualbaserat arbete verkar, förutom vilken kultur som råder, hänga ihop med vilken erfarenhet de har av manualbaserat arbete, både generellt och specifikt med IHF. Det framkommer i resultatet att endast en liten del av de familjeterapeutiska utbildningarna ägnar sig åt att föra ut kunskap om evidens- och manualbaserat arbete. Utifrån forskningsläget som beskrivs i uppsatsen är det angeläget att de legitimationsgrundande familjeterapiutbildningarna också presenterar olika former av manualbaserat familjeterapeutiskt arbete för att bidra till en mer nyanserad debatt.

Något som vore intressant att titta närmare på är i vilken utsträckning utbildningarna faktiskt presenterar både evidens- och manualbaserade familjeterapeutiska metoder och om detta, likt våra respondenter beskriver, påtagligt skiljer sig mellan landets universitet. Vidare frågar vi oss om detta i så fall gör en skillnad för blivande familjeterapeuters attityder och intresse för det evidens- och manualbaserade arbetet.

### **7:3 Upplevelser och erfarenheter av att arbeta med IHF**

Resultaten visa att IHF-manualen upplevs som en vid ram att utgå ifrån. Ramen ger teamet stöd i att hålla struktur i arbetet och tillhandahåller även en regelbunden reflektion.

Manualen beskrivs som en tillgång då den är trygg och hjälpsam särskilt då ny personal ska introduceras i arbetet. I motsats till vad manualkritiker allmänt påstår, ger manualen också utrymme för kreativitet och variation utifrån terapeuternas fördjupade utbildningsnivå.

Teamarbetet i IHF upplevs fritt från hierarki, detta medför att teamet tar del av varandras olika kompetenser, vilket bidrar till utökad kunskap och gemensam problemlösning.

Rollfördelningen, där ungdomsbehandlaren har tät kontakt med ungdomen, kan dock begränsa familjeterapeuternas alliansskapande med ungdomen som behövs i familjesamtalen.

Det framgår att IHF som modell upplevs som anpassad och därmed hjälpsam i arbetet med dess specifika målgrupp. Det krävs en stor flexibilitet och anpassning hos teamet till olika förhållanden. I detta fungerar manualen som en trygg utgångspunkt. Familjernas stora behov påverkar också behandlingens karaktär då den växlar mellan praktiskt pedagogiskt förändringsarbete och ett mer terapeutiskt processinriktat arbete, vilket också ges utrymme

för i arbetet utifrån manualen. IHF, tillsammans med flera andra manualer, riktar sig mot en specifik målgrupp där komplexiteten i problemen är stor och mångsidig. Detta kan göra att IHF och även andra liknande modeller är speciellt lämpade för att åstadkomma förändring, men även utgöra stöd till familjeterapeuten, att orka stå kvar och hålla ut, även i arbetet med familjer med multiproblematik.

Något som framkommer är att behandlingen i IHF kan ske på olika nivåer, dels mer praktiskt pedagogiskt men samtidigt på en mer processinriktad terapeutisk nivå. Begreppen familjebehandling och familjeterapi blir belysta men de intervjuade ser ingen egentlig motsättning mellan att arbeta på det ena eller andra sättet då båda har en familjeterapeutisk utgångspunkt. Det framkommer dock att växlingarna mellan praktiskt pedagogiskt arbete och mer familjeterapeutiskt arbete ibland kan upplevas begränsande, då det hos några av de legitimerade familjeterapeuterna finns en längtan att arbeta mer processinriktat.

#### **7:4 Styrkor och svagheter med denna uppsats**

Det finns fördelar och nackdelar med att vi själva har arbetat med IHF. Det har sannolikt medfört att vi vinklat resultatet eftersom vi har en positiv syn på IHF och dess effekter utifrån de erfarenheter vi själva har av arbetet med modellen. Men det finns också fördelar kring att ha en förförståelse genom att vi lättare kunnat "se" och sätta oss in i det praktiska arbetet som de intervjuade berättar om. En svaghet är den förförståelse vi har specifikt för IHF, men som vi saknar för andra typer av familjeterapeutiskt arbete. Samtidigt ska sägas att vårt examensarbete faktiskt syftat till att belysa manualbaserat familjeterapeutiskt arbete. En annan svaghet med uppsatsen är också att de personer som deltagit till så stor del härrör från samma företag. Det hade varit intressant att se om utfallet blivit något annat om det funnits en annan bredd bland de legitimerade familjeterapeuter som jobbar/har jobbat med IHF. Vi skulle också ha kunnat gjort en större jämförelse mellan grupperna som arbetat med IHF i kommunal regi alternativt i privat regi. Detta har vi undvikit på grund av etiska överväganden.

#### **7:5 Reflektioner över resultaten**

Enligt Tilden (2013) finns det kritik som hävdar att obeforskade behandlingsmetoder inte kan tävla med de metoder som kan mätas, vilket innebär att behandlingsmetoder som är svårare att beforska riskerar att stängas ute. Mätbara manualbaserade metoder som bygger på

familjeterapeutisk grund, likt IHF, borde rimligtvis därmed vara viktiga för familjeterapins roll och överlevnad som inriktning i psykoterapi. Men flera av de som vi har intervjuat har tvärtom beskrivit att de upplevt att de i olika familjeterapeutiska sammanhang behövt försvara sitt arbete med IHF, just utifrån att det är manualbaserat.

Samtidigt kan man fundera över om det är möjligt att hålla isär arbetet med en manualbaserad metod som IHF från att manualbaserade metoder nödvändigtvis är, eller strävar mot att vara, evidensbaserade samt med automatik då något som ska beforskas med fokus på effekt?

Det finns en stor debatt som gäller begreppet evidens. Vi har i denna uppsats snuddat vid en liten del av denna problematiska fråga som gäller hur och om man kan evidensbasera psykoterapeutiskt och socialt arbete, vilket är knutet till den större debatten som rör huruvida man inom detta fält kan evidensbasera utifrån den medicinska modellen. Med denna debatt i åtanke tycker vi oss se att det blir viktigt att familjeterapin är med och för fram olika modeller gällande familjeterapeutiska behandlingsmetoder. Gör vi inte det är risken att Socialstyrelsen kommer välja andra metoder som är mer individinriktade framför det familjeterapeutiska arbetet. Vi vill tro och utgå från att det finns olika sätt och metoder och att dessa bör anpassas utifrån den målgrupp man möter. De människor som aldrig kommer kunna besöka familjeterapins "finrum" kommer behöva metoder som IHF, för att även de ska kunna ta del av familjeterapins arbete.

Vi upplever att det finns en stark opinion, inom det familjeterapeutiska fältet, mot att familjeterapi skulle kunna förvandlas till en manual, ett recept, som ska visa sig ha bäst effekt. I det avseendet kan manualer utgöra ett hot mot en familjeterapeutisk hållning uppbyggd utifrån "common factors", d v s faktorer som inte är specifika, men ändå avgörande för effekten, t e x relationen mellan terapeut och klient, behandlingsstruktur, terapeutens tilltro till sitt arbete och klientens tilltro till terapeuten. Genom att Socialstyrelsen kan "välja bort" och därmed förminska familjeterapi som inte är effektutvärderad, kan man fundera över om myndigheten bidrar till att en polarisering sker. Om vi inkluderar familjeterapeuters erfarenheter, förmåga att ta till sig ny kunskap, skapa allians, använda sig av "common factors" men även förmåga att arbeta med manualer, kan vi nå fram till en öppenhet där istället olika sätt att bedriva familjeterapi kan bli uppmärksammade och få utrymme att komplettera varandra.

En viktig slutsats i denna uppsats handlar om hur manualen uppfattas och hur den är utformad. IHF-manualen beskrivs som vid, vilket medför att avsteg från den blir svåra att beskriva. Det framkommer att det råder en stor flexibilitet inom ramen för manualen och att den är utformad på ett sådant sätt att den blir följsam för familjerna som ingår i behandlingen. Detta knyter an till att IHF vilar på en stabil systemteoretisk grund, som blir ledande i arbetet. Man kan fundera över om en alltför vid ram skulle kunna innebära att manualen inte alls behövs, eftersom man kan utföra det mesta av familjeterapeutiskt arbete inom dess ram. Här uppstår frågan gällande en manuals främsta funktion? För att besvara den frågan vill vi återgå till beskrivningar från både manulkritiker samt våra egna respondenter kring att processen i familjeterapeutiskt arbete “är ett grannlaga hantverk” som varken kan beskrivas eller tecknas ned i en manual. Upplevelsen av att en manual blir styrande på innehållsnivå istället för ett stöd i den familjeterapeutiska processen kan därmed bli avgörande för hur man stämplar manualbaserat arbete som hämmande. Hur manualer är utformade utifrån detta perspektiv är också unikt för varje manual. Det finns kanske manualer som styr varje session på innehållsnivå, som kritikerna påstår, men det är inget som framkommer gällande IHF. Kan manualen istället få betraktas som en karta, där strukturen istället för att styra, återför behandlingsarbetet till dess faser, roller och den familjeterapeutiska grund som den vilar på? Storheten hos en manual ligger kanske i betraktelsen av den som just en ram, utan behovet av att styra den terapeutiska processen, men som möjliggör och underlättar själva utförandet av det unika terapeutiska arbetet som utspelar sig mellan varje familj och varje enskild terapeut.

## Referenslista

Ahrne, G. & Svensson, P. (red.) (2015) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Författarna och Liber AB

Bergmark, A., Bergmark, Å, Lundström T. (2011) *Evidensbaserat socialt arbete. Teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bohlin, I. & Sager, M. (red.) (2012) *Evidensens många ansikten - Evidensbaserad praktik i praktiken*. Riga: Författarna /Arkiv förlag.

Braun, V. & Clarke, V. (2013) *Successful qualitative research - a practical guide for beginners*. Croydon: SAGE publications Ltd.

Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granquist, P. & Ivarsson, T. (2013). *Anknytning i praktiken. Tillämpningar av anknytningsteorin*. Lettland: Natur och Kultur.

Ernvik, U. (2019) *Familjeterapi. En utforskande och samskapande lek som förvandlar relationer*. Lund: Studentlitteratur AB

Familjeforum (2015). *Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF) manual, version 4.0*

Fransson, N., Balldin, T., Hansson, K. & Schüller, P. (2009) Gör behandling någon skillnad? – en utvärdering av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF). *Socionomen*, (1), 26–36.

Forsberg, G. & Wallmark, J. (1998). *Nätverksboken - om mötets möjligheter*. Stockholm: Liber AB

Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Växjö: Centrum för utvärdering av socialt arbete och Förlagshuset Gothia AB

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

Holmberg, B. (2019) Familjerekonstruktion. Konsten, hantverket och evidensdiskursen. *Fokus på familjen*, (4), 290-309.

Hårtveit, H. & Jensen, P. (2012) *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Lund: Studentlitteratur

Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2016). *Lärobok i familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Johnson, S. U., Havik, O.E., Hoffart, A. & Nordgreen, T. (2016) A Survey of Clinical Psychologists' Attitudes Toward Treatment Manuals. *Professional Psychology: Research and practice Vol. (47), No. (5)*, 340–346.

Lundsbye, M., Sandell, G., Währborg, P., Fälth, T & Holmberg, B. (2010) och (2013), *Familjeterapins Grunder - Ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process-, och kommunikationsteori*. Falkenberg: Natur och Kultur.

Minuchin, S., Lee, W. & Simon, G. (1996), *Om konsten att bedriva familjeterapi - resor mot växande och förändring*. Stockholm: Wahlström & Widstrand

Minuchin, S. & Nichols, M. P. (1995) *Hela familjen - hopp och förnyelse genom strukturell familjeterapi*. Falun: ScandBook

Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (2006) *Evidence-based practices in mental health*. Washington: American Psychological Association

Socialstyrelsens metodguide för socialt arbete/ IHF:

[IHF \(Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling\)](#)

Socialstyrelsens metodstöd för BBIC (Barns behov i centrum):

[Metodstöd för BBIC](#)

Socialstyrelsens folder *Om evidensbaserad praktik*. (2012). Västerås: Tryck Edita Västra Aros.

Sundelin J. (2013) Karta eller tvångströja. *Fokus på familjen*, (3), 216–235.



Tilden, T. (2013) Kommentar til artikkelen Karta eller tvångströja. *Fokus på familien*, (3), 236-240.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

White, M. & Epston, D. (2000), *Narrativ terapi - en introduktion*. Smedjebacken: Mareld

# Bilagor

## Bilaga 1

### Intervjuguide - semistrukturerad

#### *Kan du kortfattat beskriva din utbildningsbakgrund?*

- Hur kom det sig att du valde att utbilda dig till leg familjeterapeut?
- När studerade du till leg familjeterapeut? När blev du färdig? var läste du?

#### *När arbetade du med IHF?*

- Arbetade du med IHF innan, under eller efter din utbildning?

#### *Vad är familjeterapeutiskt arbete för dig? Vad är det första du kommer att tänka på?*

- Vad måste finnas med i ditt arbete för att du ska kalla det för familjeterapi?

#### *Hur ser du på evidens och manualbaserat arbete?*

- Hur såg du på manualbaserat arbete innan du började att jobba i IHF?
- Hur såg du på manualbaserat arbete innan du läste till leg psykoterapeut?
- Har detta synsätt ändrat sig genom arbetet med IHF eller genom att du utbildat dig till psykoterapeut?
- Vilka andra erfarenheter har du från annat manualbaserat arbete?
- Hur tänker du om modelltrogenhet?

#### *Jag skulle vilja veta hur det är att arbeta som psykoterapeut med IHF*

- Hur kom det sig att du började arbeta med IHF ?
- På vilket sätt kan det vara berikande att jobba som psykoterapeut i IHF?
- Kan du berätta om några utmaningar som du upplevt som leg psykoterapeut i arbetet med IHF?
- Finns det några specifika tillfällen när du valt att göra avsteg från manualen och hur ser du på det?
- Har din syn på arbetet med IHF förändrats på något sätt efter att du utbildade dig till leg psykoterapeut? I så fall hur? Om inte, vad beror det på?

- Arbetar du på ett annat sätt med IHF än du gjorde innan du utbildade dig till leg psykoterapeut? I så fall hur? Om inte, vad beror det på?
- Har du fått en annan ”roll” i IHF teamet efter din utbildning? I så fall på vilket sätt? Om inte, vad tänker du om det?

***Jag skulle vilja veta mer om ditt beslut att fortsätta/sluta att arbeta med IHF efter din legitimation***

- Vad fick dig att fortsätta med arbetet i IHF efter leg?
- Vad fick dig att sluta arbeta med IHF efter leg?

***Hur ser du på ditt familjeterapeutiska arbete i förhållande till IHFs specifika målgrupp ”familjer med dysfunktionella beteenden i form av konflikter, beteendeproblem, skolproblem, otillräcklig tillsyn eller låg omsorgsnivå” (Socialstyrelsen)***

- Hur är det att arbeta som leg psykoterapeut i arbetet med IHFs specifika målgrupp?
- Beskriv hur manualen kan vara hjälpsam alt. begränsande i förhållande till den specifika målgruppen?

***Har du funderat över i vilka avseenden IHF kan vara en familjeterapeutisk metod?***

## Bilaga 2



### **Informationsblad kring en intervjustudie om familjeterapeutens upplevelse av att bedriva psykoterapeutiskt arbete utifrån IHF-manualen**

Vi vill fråga dig om du vill delta i vår studie som är ett examensarbete på psykoterapeutprogrammet på Göteborgs Universitet. Studien utförs under ht 2019. Du deltar genom att svara på ett antal frågor som berör IHF och familjeterapi. I det här dokumentet får du information om studien och om vad det innebär att delta.

#### **Hur går studien till?**

Vi kommer att göra intervjuer som tar ca 60-90 minuter. Dessa kommer att spelas in och därefter transkriberas.

#### **Vad händer med mina uppgifter?**

Ditt deltagande är anonymt och ingen obehörig kommer att få ta del av dina svar. Alla uppgifter som samlas in hanteras enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Resultatet av studien kommer att presenteras i ett examensarbete på Göteborgs universitet, Psykoterapeutprogrammet. Detta görs på ett sätt så att ingen av deltagarna kan identifieras. Ingen enskild person kommer således att kunna kännas igen. Du har rätt att få veta vilka uppgifter om dig som behandlas inom studien. Efter studiens slut kommer insamlat datamaterial att raderas.

#### **Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför. Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta den ansvariga för studien (se nedan).

#### **Ansvariga för studien**

**Anna Jendeby**

**Student psykoterapeutprogrammet, GU**

[gusjendan@student.gu.se](mailto:gusjendan@student.gu.se)

**Anna Lindskog**

**Student psykoterapeutprogrammet, GU**

[guslinanfvy@student.gu.se](mailto:guslinanfvy@student.gu.se)