



Beardslees familjeintervention

– en hälsofrämjande och förebyggande intervention för barn i risk

Family talk preventive intervention

Anita Cederström

Beardslees familjeintervention – en hälsofrämjande och förebyggande intervention för barn i risk. Family talk preventive intervention

© 2022 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga

FÖRFATTARE Anita Cederström

FOTO Pixabay.com

ISBN 978-91-87731-78-5

TRYCKERI

Innehåll

Förord	4
Sammanfattning.....	5
Inledning.....	6
Syfte med interventionen och teoretiska utgångspunkter	9
Tillvägagångssätt	12
Utbildning i interventionen	14
Forskning om Beardslees familjeintervention.....	16
Exempel på en familjs väg genom interventionen	23
Kommentar till fallbeskrivningen.....	26
Diskussion och slutord.....	27
Referenser	29

Förord

Föräldrars sjukdom påverkar hela familjen men särskilt barnens hälsa och välmående. Att vara barn som anhörig kan ge negativa konsekvenser med stress, oro, otrygghet och ökad skolfrånvaro, vilket i ett längre perspektiv kan leda till socialt utanförskap, minskade möjligheter för vidare utbildning och arbete. Implementering av metoder inom vård och omsorg som beaktar barns behov av information, råd och stöd kan påverka barnens livssituation så att de negativa konsekvenserna som är en följd av anhörigskapet helt eller delvis kan undvikas.

Denna rapport beskriver Beardslee familjeintervention, en beforskad metod för riskprevention som utvecklades för familjer där en förälder har depression eller bipolär sjukdom, men den har också använts vid andra psykiatriska diagnoser, beroendeproblematik, fysisk sjukdom och när en förälder avlidit.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har i uppdrag av Socialstyrelsen att i samverkan med Linnéuniversitetet ta fram och sprida kunskap inom området Barn som anhöriga, att bygga upp en bas för kunskapsproduktion och att stimulera och stödja utvecklingen inom området.

Rapporten ingår i en serie inom området Barn som anhöriga och är framtagen av Anita Cederström, psykolog och filosofie doktor som arbetat kliniskt med barn och deras familjer men också inom Stockholms läns landsting med folkhälsofrågor och psykisk ohälsa. Som lektor har Anita arbetat vid Stockholms, Linköpings och Örebro universitet, vid Ersta Sköndal högskola, och avslutningsvis vid Linnéuniversitetet med kursen barn som anhöriga. Sedan tidigt 90-tal har Anita representerat kunskap om barn och familj i Socialstyrelsens rådgivande etiska råd, och under flera år deltagit i implementeringen av Beardslee familjeintervention. Rapporten har lästs och kommenterats av undertecknad. Med en förhoppning om att rapporten skall komma till nytta för dig och vid utvecklandet av stöd till Barn som anhöriga.

Pauline Johansson
Universitetslektor, projektledare
Linnéuniversitetet och Nationellt kompetenscentrum anhöriga

Sammanfattning

Beardslees familjeintervention, med ursprungsnamnet Family Talk Preventiv Intervention, är en intervention som används när det gäller riskprevention och där det gäller att förebygga barns psykiska hälsa, när en förälder har psykisk ohälsa, beroendeproblematik inklusive spelberoende, allvarlig fysisk sjukdom eller när en förälder avlidit. Föreliggande skrift handlar om interventionens syfte och mål, dess teoretiska utgångspunkter, hur interventionen och utbildningen i interventionen går till samt en redovisning av forskning om interventionen. Dessutom beskrivs hur en intervention kan te sig för en enskild familj.

Befintlig forskning visar att man uppnår de mål som sätts upp för interventionen, det vill säga föräldrarna känner sig stärkta i sin roll som föräldrar, kommunikationen och öppenheten i familjen ökar och de skyddande faktorerna stärks för barnen, samtidigt som forskningen också visar att interventionen inte på något sätt gör någon skada. De professionella som arbetar med metoden rapporterar ökat fokus på barns psykiska hälsa och att de ser en stor förbättring både när det gäller föräldrarnas och barnens psykiska hälsa samt att de känner stor tillfredsställelse med att arbeta med interventionen.

Inledning

Det finns tre typer av prevention, allmän-, risk- och indikerad prevention. Sverige har sedan lång tid varit känt för att ha en utvecklad allmänprevention när det gäller barn, framförallt när det gäller spädbarn och förskolebarn. Det är dock först under de senaste 10-15 åren som också riskprevention har börjat implementeras i Sverige, när det gäller barn och ungas psykisk hälsa, medan den indikerade preventionen fortfarande kan sägas vara relativt utvecklad för barn och unga. Allmänpreventionen riktar sig till hela populationen medan riskprevention, också benämnd selekterad prevention, riktar sig till en grupp som är i risk för att utveckla ohälsa. Den indikerade preventionen riktar sig till enskilda som har vissa symtom som man vet kan leda till en mer allvarlig utveckling av den psykiska ohälsan. Exempel på indikerad prevention är när interventioner görs med barn som är mycket utagerande, vilket man vet kan vara en risk för asocial utveckling eller med ungdomar som uppvisar tidiga tecken på möjlig utveckling till en psykos. Interventionen har då till syfte att direkt minska dessa symtom.

Beardslees familjeintervention är en metod för riskprevention. När det gäller riskprevention sätter WHO upp följande krav: gruppen som interventionen vänder sig till ska vara en välkänd och avgränsad riskgrupp,

- interventionen bör riktas mot specifika faktorer eller dimensioner,
- interventionen ska antas ha långvariga effekter,
- resultatet ska kunna mätas med vetenskapliga metoder, och
- interventionen ska inte vara till skada.

Beardslees familjeintervention uppfyller WHO:s kriterier, men det beror samtidigt på hur *långvariga effekter* definieras. Det finns flera uppföljningsstudier av interventionen, som visar goda resultat (se avsnittet om forskning), men effekterna av riskprevention är svåra att studera åtminstone om vi talar om utveckling under hela barndomen eller om vi till och med syftar till ett livsperspektiv.

I denna rapport beskrivs inte den litteratur och forskning som behandlar de olika riskgrupper som interventionen riktar sig till. Dessa grupper är väl avgränsade och omfattas i Sverige av den paragraf i hälso- och sjukvårdslagen som tillkom år 2010 (HSL 2017:30, kap. 5 § 7) och som omfattar barn som har en förälder med psykisk ohälsa, beroendeproblematik inklusive spelberoende, allvarlig fysisk sjukdom, eller där en förälder avlidit. År 2021 (HSL 2017:30, kap. 5 § 7) tillkom en ytterligare grupp av barn, de som har en förälder som utsätter barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp. Beardlees familjeintervention är en lämplig intervention för alla de grupper som ingår i den ovan nämnda lagstiftningen utom för den senast tillkomna gruppen, det vill säga de barn som erfarit våld i familjen. I dessa familjer är inte interventionen självklar. Det kan vara möjligt i de fall där våld

inte längre förekommer och där de juridiska åtgärderna är vidtagna. Barn som utsatts för våld eller som sett närstående utsättas för våld kan i de flesta fall behöva mer behandlingsinriktade åtgärder.

Beardslees familjeintervention utvecklades av den i Boston baserade professorn William Beardslee och hans medarbetare (Beardslee & Podorefsky, 1988; Beardslee, 1998; Beardslee 2002). Interventionen utvecklades för att arbeta förebyggande och främjande för barn i familjer där en förälder har depression eller bipolär sjukdom. Huvuddelen av den forskning som finns rör familjer där minst en förälder har denna problematik. Det finns också forskning där den psykiska ohälsan är av annan art än just depression och bipolaritet, till exempel två svenska studier, en där undersökningsgruppen har helt skiftande psykiska diagnoser (Pihkala, Cederström & Sandlund, 2010; Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012a; Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012b) och en där föräldern har en psykos (Strand & Rudolfsson, 2017; Strand & Meyersson, 2020). Beardslee själv menar också att interventionen kan användas i andra typer av riskgrupper. Författaren till denna skrift har egna goda erfarenheter av genomförda interventioner och av mångtaliga handledningar när det gäller familjer där föräldrarna har skiftande problem med psykisk ohälsa, beroendeproblematik, allvarlig fysisk ohälsa samt med familjer där en förälder nyligen avlidit. Under senare år har det kommit en del forskning som visar att interventionen fungerar väl även när den används i familjer där föräldrarnas problematik är en annan än psykisk ohälsa, såsom inom beroendevård (Pihkala, Bränström och Sandlund, 2017), cancervård (Niemelä, Väisänen, Mashall, Hakko & Räsänen, 2010; Niemelä, Repo, Wahlberg, Hakko & Räsänen, 2012), och palliativ vård (Eklund, Kreicbergs, Alvariza & Lövgren, 2018; Eklund, Kreicbergs, Alvariza & Lövgren, 2020; Eklund, Alvariza, Kreicbergs, Jamsell & Lövgren, 2020). Det är bara den psykoedukativa delen som relaterar till föräldrarnas aktuella problematik som behöver ändras. De studier som nämnts ovan redovisas mer utvecklat under rubriken forskning.

Beardslees familjeintervention hade implementerats i mindre omfattning i norra Sverige när den med start år 2006 implementerades nationellt, bland annat i två projekt med statliga medel. I dessa två statliga utbildningssatsningar, som avslutades år 2011, prioriterades de som arbetade inom vuxenpsykiatrin men personer från andra verksamhetsområden utbildades också i dessa projekt. Dessutom utbildades lärare i metoden, företrädesvis verksamma inom psykiatrin. Dessa lärare har i sin tur utbildat och utbildar i metoden fortsatt, både när det gäller grundutbildning och utbildarutbildning runt om i Sverige. Familjeinterventionen hade, när det svenska projektet startade, sedan flera år implementerats i Finland, också med statligt stöd, och hur implementeringen genomfördes där inspirerade i hög grad hur denna process genomfördes i Sverige. Beardslees familjeintervention används förutom i USA, Finland och Sverige även i Holland, Norge, Island, Irland, Grekland, Chile, Costa Rica, Colombia och Australien. Under de senaste åren har metoden också implementerats inom vuxenpsykiatrin i Danmark men än så länge i mindre skala. Fler kommer dock att utbildas där med start år 2023 då ytterligare anslag för detta samt för forskning beviljats.

Förvirrande kan vara att Beardslees familjeintervention, som interventionen kommit att heta i Sverige, förekommer under flera namn i den engelskspråkiga litteraturen, antingen Family Talk Preventive Intervention eller det långa besvärliga namnet Clinical-Based Cognitive Psychoeducational Intervention for Families. Allt oftare ser man numera i litteraturen det förkortade namnet Family Talk. I de nordiska länderna förekommer metoden också under olika namn vilket kan försvåra när man söker forskning och information om metoden.

Syfte med interventionen och teoretiska utgångspunkter

Beardslees familjeintervention syftar till riskprevention som ovan påpekats, det vill säga att de barn som man vill nå med metoden kanske inte har utvecklat några symtom eller har några uttalade problem, när man inleder interventionen. Dock är det självklart att en del barn, de tillhör ju en riskgrupp, redan utvecklat symtom när interventionen inleds (se t.ex. Axberg, Priebe, Afzelius & Wirehag Nordh, 2019). Det som motiverar interventionen är just att barnen befinner sig i en riskgrupp, vilket innebär att de själva riskerar att utveckla psykisk ohälsa eller att få andra svårigheter, eftersom de växer upp med föräldrar som har en allvarlig sjukdom eller som avlidit.

Interventionen syftar till att främja barnens utveckling genom att *öppna upp kommunikationen* inom familjen kring föräldrarnas psykiska ohälsa eller annat huvudsakligt problem, *stödja föräldrarna i deras föräldrafunktion* och *uppmärksamma föräldrarna på skyddande faktorer* (skyddande faktorer, se Werner & Smith, 1992; 2003; Beardslee, Avery, Ayoub, Watts & Lester, 2010) och *hur de kan stödja dessa i relation till sina barn*. De mest centrala skyddande faktorerna är goda relationer till föräldrar och andra närstående, till kamrater, lärare eller andra människor som barnen möter i sin vardag. Det handlar även om positiva fritidsintressen, välfungerande förskola och skola, en hoppfull framtid och känsla av mening. Metoden är med andra ord företrädesvis hälsofrämjande (promotion). För att främja de skyddande faktorerna, vill man med interventionen, *starta en process* som bygger upp *resilience*. Resilience är ett svåröversatt ord som oftast översätts till svenska med ordet motståndskraft. De skyddande/hälsofrämjande faktorerna är just de faktorer man genom forskning funnit ge motståndskraft till de negativa faktorer som en uppväxt i en riskmiljö innebär. Det är barnens utveckling som är i fokus men resilience för hela familjen åsyftas också. När föräldrarna känner sig stärkta i sin föräldrafunktion, blivit mer medvetna om hur de kan stödja sina barn (Beardslee, Versage, Wright, Salt, Rothberg, Drezner & Gladstone, 1997; Solantaus, Toikka, Alasuutari, Beardslee & Paavonen, 2009), och att de kan vara ”en tillräckligt bra förälder” trots sin psykiska ohälsa eller andra allvarliga problem, har det oftast en påverkan även på föräldrarnas eget välbefinnande (Pihkala, Cederström & Sandlund, 2010; Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012a). Det finns också resultat som visar på ett mycket starkt samband mellan föräldrarnas förbättrade mående och barnens (Giannakopoulos, Solantaus, Tzavara & Kolaitis, 2021). Det är med andra ord viktigt att ge stöd till att föräldrarnas styrkor lyfts och ges utrymme att utvecklas då föräldrarnas bättre mående gynnsamt påverkar barnens mående. Den process som åsyftas när det gäller föräldrarna kan också beskrivas som en *Empowermentprocess*, det vill säga att i interventionen ta fasta på styrkor och i en ömsesidig process med föräldrarna arbeta för att utveckla dessa styrkor. Flera forskare (se t.ex. Campell, Hanlon, Weng Cheong Poon, Paulini, Stone, Galletly, Stain & Cohen, 2012; Jones, Pietilä, Joronen, Simpson, Gray & Kaunonen, 2016) har beskrivit det som kan tyckas självklart men ändå inte alltid uppmärksammas, det vill

säga hur viktig uppfattningen om den egna föräldrarollen är för hur enskilda föräldrar uppfattar sin identitet. Att uppleva sig som en "dålig" förälder påverkar identiteten och måendet negativt och att uppleva sig som en "tillräckligt god" förälder påverkar givetvis i positiv riktning. *Den kommunikation om den psykiska ohälsan* som åsyftas skall vara samtal som sker utifrån barnens utvecklingsnivå, behov och frågor. En allmänt ökad positiv kommunikation i familjen är också i sig en skyddande faktor. Att berätta om sin sjukdom känns mycket svårt för de flesta föräldrar och de behöver stöd för att våga göra det och i hur de ska göra det. Familjeinterventionen är med andra ord en hälsofrämjande pedagogisk metod med fokus på barnen, den har en eklektisk teoretisk bas (är tänkt att kunna användas av personer med olika teoretiska inriktningar), och är tidsbegränsad och manualbaserad. Metoden har en mycket tydlig struktur och den så kallade loggbok som följs, kan visas öppet för föräldrar och barn. I den teoretiska basen finns ett psykoedukativt, narrativt, kognitivt och dialogiskt arbetssätt. De *psykoedukativa* inslagen innebär framförallt att man lär ut om de skyddande faktorerna och ger information när det finns okunskap i familjen, kring föräldrarnas psykiska ohälsa eller annan problematik. De *narrativa* inslagen handlar om att familjemedlemmarnas egna berättelser är en central utgångspunkt i interventionen. Det handlar om att möta medlemmarna i just denna familj och deras berättelser. Det *dialogiska* arbetssättet handlar om att bryta tystnaden om det som är svårt och problematiskt, att i dialog med familjemedlemmarna starta en positiv process i familjen, att *göra barnens röst hörd och dela erfarenheter och se familjemedlemmarnas olika perspektiv*. Detta, att upptäcka att familjemedlemmar kan se så olika på händelser i familjen, är en viktig upptäckt för de flesta familjer. Denna upptäckt främjar också en ökad kommunikation i familjerna.

Andra viktiga beståndsdelar är att ha *fokus på styrkor och lösningar och att vara framtidsinriktad och att inge hopp*. Den som håller i träffarna strävar efter ett subjekt-subjekt-förhållande och närmar sig respektfullt, och inte i första hand som en expert utan mer som en samtalsledare. Ett fullständigt jämlikt förhållande är naturligtvis inte möjligt. Samtalsledaren befinner sig trots allt i en viss maktposition. Denna maktposition, rör framförallt anmälningsplikten, det vill säga plikten att rapportera till socialtjänsten om samtalsledaren finner att barnen far illa eller har stor oro för barnet. Anmälningsplikten tas upp i inledningen av interventionen och när man talar om tystnadsplikten. Dessa aspekter tas upp med både föräldrarna och barnen. Det är viktigt att deltagarna i familjeinterventionen redan från början är medvetna om under vilka villkor tystnadsplikten kan brytas. De som är under utbildning i metoden skyggar ibland för att tala om anmälningsplikten. De är rädda att det skall rubba en förtroendefull relation till föräldrarna. Erfarenheterna visar att det finns fog att påstå motsatsen. Många föräldrar som blir aktuella för en intervention av detta slag bär på en oro att barnen skall tas ifrån dem (se t.ex. Pihkala & Johansson, 2008) och det är därför viktigt att lyfta upp och åtminstone indirekt beröra denna oro redan inledningsvis. Erfarenheterna visar vidare, att när denna fråga lyfts upp, kan föräldrarna börja se personer från sociala myndigheter som några de kan få hjälp och stöd från och inte bara som representanter för en represiv myndighet. Många föräldrar som är aktuella för en intervention, bär på negativa

erfarenheter från socialtjänsten och ibland också från hälso- och sjukvården, både som barn och som vuxna.

Beardslees familjeintervention skall inte användas vid akuta kriser, till exempel när föräldrars skilsmässa just inletts eller vid psykotiska skov, när föräldern inte har sjukdoms- eller ”probleminsikt” eller inte förstår att en vårdnadshavares allvarliga ohälsa eller eventuellt missbruk kan ha en negativ påverkan på barns utveckling.

Tillvägagångssätt

När en förälder tillfrågas om att delta i intervention får denne en informationsskrift om interventionen. Deltagandet i interventionen är alltid frivilligt och den tillfrågade förälder får diskutera med den andre föräldern, sammanboende eller fränskild, om man vill delta. Skriften om interventionen ska förutom den muntliga interventionen göra att föräldrarna är förberedda på vad det innebär att delta. När det blir barnens tur att medverka är det föräldrarnas uppgift att fråga barnen och förbereda dem på vad det kommer att innebära att delta. Barn i alla åldrar, där barnen har ett språk, kan delta i interventionen. I forskningen har det varit vanligt att de barn som deltar har uppnått 8 år, den ålder då de förväntas kunna medverka aktivt också i en forskningsstudie.

Interventionen innehåller fem möten och normalt två uppföljningsträffar (Beardslee, 2002). Först är det två träffar med bara föräldrarna, sedan en träff enskilt med varje barn, därefter ett planeringsmöte och till sist ett familjemöte. Föräldrarna får välja om mötena ska ske hemma eller på den plats där de har sin behandlingskontakt. Träffarna utökas då speciella behov uppträder som att båda föräldrarna har en egen problematik eller att barnen eller familjen som helhet har problem som genast måste åtgärdas för att interventionen ska fortsätta. Det kan också vara så att tiden mellan planeringsmötet och familjemötet blir för lång, till exempel för att familjemötet måste ställas in för att någon i familjen är akut sjuk. Finns det många barn i familjen kan det också behövas flera träffar. Ibland hinner man inte heller bli klar med vad som ska hinnas med vid en enskild träff. Det finns inte heller några hinder att utöka antalet uppföljningsträffar om behov finns. Beardslee och medarbetare talar nu om moduler snarare än om enskilda möten just för att markera att det är viktigt att varje möte/del av interventionen ska bli klar innan man fortsätter till nästa möte/modul.

På de två första träffarna är bara föräldrarna med. Föräldrarna kan vara skilda, men det som eftersträvas är att båda föräldrarna är med för att gynna ett samarbete dem emellan gällande barnen. Ibland är det inte möjligt att bägge föräldrarna deltar och då har man interventionen bara med den ena föräldern. Är den andre föräldern i livet och har delad vårdnad, måste denne ge tillåtelse till att barnen deltar. Syftet med interventionen är given men föräldrarna får också formulera en målsättning för vad just de vill uppnå med interventionen inom de ramar som ges av själva interventionen. Vid första träffen fokuseras på föräldern med psykisk ohälsa (eller annan aktuell problematik) och vid den andra träffen på den andre föräldern. Den förälder som är i fokus får berätta om hur den ser på sin situation och den andre får mest lyssna. Utifrån föräldrarnas berättelser får den som genomför interventionen också en bild av vad barnen kan ha varit med om. Här börjar den narrativa delen och föräldrarnas olika perspektiv får träda fram. Mot slutet av de två första träffarna får föräldrarna också berätta om sitt/sina barn, om de har oro för dem och vilka styrkor och svagheter som de ser hos dem. Om de har någon fråga som de vill att de som genomför interventionen ska ställa till barnen noteras den. Det andra mötet avslutas med att föräldrarna uppmanas att förbereda

barnen på att det är deras tur nästa gång. Ibland behöver föräldrarna hjälp med hur de ska formulera sig och förbereda barnen. I de första två mötena är det viktigt att inte "fastna" i hur det har varit, utan samtalsledaren ska redan då börja rikta uppmärksamheten framåt och vara lösningsinriktad. Många föräldrar klandrar sig själva och uttrycker att de upplever sig som "dåliga" föräldrar. Den som genomför interventionen får ibland hålla med och säga ungefär: *"ja, jag förstår att det inte alltid har varit så bra för barnen men nu har ni ju bestämt er för att genomföra den här interventionen och den syftar till att förändra så att det blir så bra som möjligt för barnen. Interventionen har ju till syfte att hitta lösningar, som kan göra situationen bättre för barnen"*.

Vid tredje träffen intervjuas barnen var för sig. Genom att föräldrarna förberett barnen på detta möte känner de flesta barn att de är fria att berätta hur de har det. De kan berätta utan att känna sig låsta av lojaliteten till föräldrarna, vilket annars är så vanligt. Inledningsvis beskrivs tysnadsplikten och anmälningsplikten på ett sätt som anpassas till barnets ålder. Intervjun med barnen är i huvudsak en slags kartläggning av vilka risk- och skyddsfaktorer som man kan se hos dem. Denna kartläggning sker genom att frågor ställs om barnens situation i förhållande till föräldrar och syskon, om andra betydelsefulla personer, om kamrater, om skola/förskola, om intressen och fritid, om de gör vissa hemsysslor, om de uppfattar att det finns glädjeämnen i familjen och om det är saker de vill förändra. Om föräldrarna har skickat med en fråga så ställs den till det enskilda barnet. Samtalsledaren undersöker också om barnen har några frågor som de vill att föräldrarna skall få. Efter intervjun frågar samtalsledaren om det går bra att de berättar för föräldrarna om det barnet berättat, och om barnet säger att det inte vill att man berättar om vissa saker, gör man inte det. Undantag görs givetvis om ett barn gett information som aktualiserar anmälningsplikten. Det är mycket sällsynt att barnen säger att de inte vill att samtalsledaren berättar om vissa saker för föräldrarna. Det kan gälla enstaka tonåringar.

Vid fjärde träffen, kallad planeringsträffen, deltar enbart föräldrarna igen och de får till att börja med återkoppling på träffen med barnen. Här sammanförs de olika perspektiven och familjemötet planeras ganska i detalj. På detta möte diskuteras familjesituationen sett ur barnens perspektiv, barnens frågor till föräldrarna och hur föräldrarna skall kunna tala om sin psykiska ohälsa eller annan aktuell problematik. Viktigt är också att hitta lösningar till olika problem som har blivit tydliga under interventionen. Skyddande faktorer och riskfaktorer som blivit tydliga under träffen med barnen diskuteras och hur de kan vidmakthållas respektive motverkas samt hur detta kan tas upp under familjeträffen. Centralt är också att diskutera hur familjen ska kunna genomföra sådant som väcker glädje. Det kan ofta vara mycket enkla saker som kommit som förslag från barnen, som att ha utflykt med matsäck eller spela spel tillsammans. Mötet handlar också mycket om att hitta ord och formuleringar i samtalet med barnen. Som ovan påpekats är det något som de flesta föräldrar tycker är mycket svårt. Föräldrarna uppmuntras att göra anteckningar om de olika punkterna som de planerar att ta upp, och de påminns om att det är de som ska vara aktiva och drivande vid familjemötet. De bör också vara överens om vad som ska tas upp på mötet. Känner föräldrarna sig inte klara med planeringen,

gör man upp om ytterligare ett möte. De behöver också ha kunskap om hur de kan stödja sina barn fortsättningsvis, när de lämnar mötet.

Familjemötet sker på den femte träffen. Det är barnen och barnens behov som ska vara i fokus på mötet. Här har föräldrarna möjlighet att sätta ord på hur den psykiska ohälsan – eller de problem som är i fokus för den aktuella familjen - har påverkat familjen. Familjemedlemmarna får möjlighet att dela varandras perspektiv och ibland se hur olika man kan uppfatta olika situationer. Det ger också en möjlighet att upptäcka att detta är något man kan sätta ord på, tala om och som kan skapa ömsesidig förståelse. Man följer sedan den planering som finns för att ta upp hur olika problem som finns i familjen, och som påverkar barnen, kan lösas, och inte minst viktigt, detta med *glädjeämnen i familjen* och hur man i familjen ska få mer av dessa.

En månad efter familjemötet sker en första uppföljningsträff och efter ytterligare sex månader ytterligare en. Vid den första återträffen är barnen oftast inte med. Undantag görs för tonåringar eller om familjen vill att barnen ska vara med. Tanken med att de små barnen inte är med vid denna träff, är att undvika ”att tala över huvudet” på barnen och att kunna tala om sådant som man anser inte är lämpligt att diskutera inför barnen. Man diskuterar också huruvida föräldrarna uppfattar att målen med interventionen har uppnåtts, hur de olika familjemedlemmarna har det och om det behövs något extra stöd för barnen eller för föräldrarna i sin föräldroll. Vid den andra återträffen, efter cirka ett halvår, diskuteras hur familjen uppnått har kunnat vidmakthållas och utvecklats eller om ytterligare stöd krävs för barnen eller familjen i sin helhet.

Utbildning i interventionen

En tid efter att de statligt finansierade implementeringsprocesserna av Beardslees familjeintervention var avslutade bildades år 2015 en förening, Svenska föreningen för Beardslees familjeintervention (se www.sfbi.se), med syfte att vara en fortsatt garant för kvalitet i utbildningen och användningen av metoden. Modellen för hur utbildningen i interventionen sker har utvecklats från den modell som använts i Finland och i den statliga satsningen där. Utbildningen i metoden i Sverige sker vid 10-12 tillfällen under två terminer och är både teoretisk och praktisk. Det finns en kursplan, som utvecklades när en kurs i Beardslees familjeintervention gavs vid Örebro universitet under höstterminen 2008 till och med vårterminen 2009 med medel från Socialstyrelsen. En kursplan finns också för utbildning till lärare i metoden. Dessa kursplaner uppdateras ständigt med relevant litteratur och forskning. De som utbildats till lärare i metoden är verksamma företrädesvis inom psykiatrisk vård eller ger kurser som pensionärer. Det är dock inte bara personer från lärarnas verksamheter som deltar i de utbildningar som ges. Kursplaner och aktuell information om interventionen finns också på föreningens hemsida för de som är intresserade.

De teoretiska avsnitten i utbildningen behandlar flera olika områden och anpassas i viss mån till den grupp som utbildas, till exempel behöver inte de som arbetar inom psykiatrin information om psykiatrins patienter medan personal från socialtjänsten ibland kan behöva det och så vidare. De teoretiska avsnitten behandlar de idéer och teorier som interventionen bygger på, forskning om metoden och inom angränsande områden, men också kunskap om vad det innebär att som barn befinna sig i en riskgrupp. Vidare ingår grundläggande kunskap om samtalsmetodik med barn, kunskap om utvecklingspsykologi i barns olika åldrar, om implementering av metoder i en organisation samt diskussion kring frågor om evidens och metodtrohet. Den praktiska delen innebär att deltagarna ska genomföra två interventioner under handledning. Handledningen har ett fokus på metodtrohet men givetvis behandlas också allehanda frågor som kan uppstå i arbetet. För att få intyg på genomförd utbildning skall den studerande också skriva en processbeskrivning från en genomförd familjeintervention.

Ingen speciell examen eller utbildning krävs för att delta i en utbildning. Det är därför personer med många olika utbildningsbakgrunder deltagit. Det krävs dock att den som deltar har erfarenhet av att arbeta med psykosocialt utsatta människor, för trots att interventionen är manualbaserad finns många "frihetsgrader" i det praktiska utövandet av den, som till exempel i anpassningen till den aktuella familjen, och då är det nödvändigt att ha erfarenhet av att ha arbetat med människor i utsatta situationer. De flesta som hittills utbildats i metoden i Sverige är i nämnd ordning socionomer/kuratorer, psykiatrisjuksköterskor eller skötare. Fritidspedagoger, lärare, läkare och psykologer är andra professioner som utbildats och under senare år har allt fler som arbetar inom somatisk vård också utbildats.

Metoden är inte ekonomiskt eller juridiskt skyddad vare sig när det gäller utbildning i metoden eller i användningen av den. Det betyder i sin tur att upphovsmännen, Beardslee och medarbetare, inte har någon ekonomisk ersättning, när metoden implementeras, såsom är vanligt med flera andra metoder. Det är dock en fördel genom att användningen av metoden inte blir så kostsam. Nackdelen är givetvis att det kan hända att personer använder metoden utan att ha adekvat utbildning och därför på ett sätt som inte är metodtroget. Ytligt sett är metoden mycket enkel. Trots det är vår erfarenhet som utbildar i metoden att utbildningen behöver sträckas ut över två terminer, såsom nu är fallet, för att metoden skall bli integrerad i sättet att arbeta och användas på ett metodtroget sätt.

I Sverige delar vi inte ut manual och loggbok till andra än de som utbildas i interventionen. Skälet till det är att försöka undvika att personer, som inte har utbildning i interventionen ändå använder den och därför använder den på ett icke metodtroget sätt, och att man då inte kan vara säker på att användningen inte är skadlig för de familjer som deltar. Kanske är brister i utbildningen i interventionen också skälet till att det i några länder förekommer mycket avhopp från pågående interventioner. Det problemet har vi inte sett i Sverige.

Forskning om Beardslees familjeintervention

Beardslees familjeintervention är den intervention som har mest forskningsstöd av de i Sverige använda interventionerna som syftar till att främja och förebygga barns utveckling och psykiska hälsa när en förälder har psykisk ohälsa eller annan problematik. Forskning om metoden har gjorts och pågår i USA, Finland, Sverige, Chile, Irland, Grekland och Danmark.

Beardslee och medarbetare har genomfört en RCT-studie, där resultaten upp till 4,5-års uppföljning har publicerats (Beardslee, Hoke, Wheelock, Rothberg, van de Velde & Swatling, 1992; Beardslee, Salt, Porterfield, Clarke Rothberg, van de Velde, Swatling, Hoke, Moilanen & Wheelock, 1993; Beardslee, Versage, Wright, Salt, Rothberg, Drezner & Gladstone, 1997; Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper, 2003; Beardslee, Wright, Gladstone, & Forbes, 2007). Kontrollgrupp i denna studie bestod av familjer som i grupp fick två föreläsningar. Föräldrarnas diagnos var affektivt syndrom, oftast depression, och familjerna tillhörde vit medelklass. Fokus för studien var föräldrarnas kommunikation och förhållningssätt gentemot barnen angående föräldrarnas sjukdom, barnens förståelse av föräldrarnas sjukdom, barnens internaliserade symtom samt hur familjen fungerade. Man fann signifikant skillnad mellan grupperna i de två förstnämnda studerade områdena till familjeinterventionens fördel. I de två sistnämnda fann man positiva förändringar i båda grupperna, men ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gäller symtomskattningar på barnen. Beardslees forskargrupp har även publicerat ett antal artiklar med en kvalitativ ansats. Vad som förefaller vara direkt verksamt i metoden, som dessa forskare tar upp, är till exempel att informationen om föräldrarnas sjukdom ger möjlighet till en djupare ömsesidig förståelse inom familjen (Beardslee, Swatling, Hoke, Rothberg, van de Velde, Focht & Podorefsky, 1998) och att dialogen inom familjen kan öppnas efter år av tystnad, och att barnens ibland svåra känslor och upplevelser får komma till uttryck och mötas av föräldrarna (Focht & Beardslee 1996; Focht-Birkerts & Beardslee, 2000). Metoden har anpassats av Beardslee och medarbetare för grupper med sämre socioekonomisk ställning och med annan etnicitet än vit medelklass (Podorefsky, McDonald, Dewell & Beardslee, 2001; D'Angelo, Llerena-Quinn, Shapiro, Colon, Rodriguez, Gallagher & Beardslee, 2009). I allmänhet får då träffarna utökas. Det blir också mer fokus på hur olika sociala problem ska kunna lösas i dessa grupper.

En RCT-studie har också genomförts i Finland av Solantaus och medarbetare (2006; 2009; 2010). Föräldrarnas diagnos var i denna studie endast depression. Som kontrollgrupp hade man familjer där föräldrarna deltog i en kortversion av interventionen, konstruerad av Solantaus och medarbetare, kallad "Föra barnen på tal". Föra barnen på tal är en föräldrastödjande intervention och man har minst ett möte om föräldraskapet och om familjens barn men man träffar alltså aldrig barnen. Enligt resultaten minskade symtomnivån signifikant, av emotionella symtom och ångest, hos barnen i 1,5-års uppföljningen i båda grupperna. Vid fyramånadersuppföljningen fanns en signifikant skillnad till familjeinterventionens fördel, medan symtomen, rapporterade av föräldrarna, minskade mer i kontrollgruppen

mellan fyra och tio månader. Barnens sociala färdigheter ökade i båda grupperna. Förändringarna i barnens hyperaktivitet, beteende- och syskonproblem var marginella. Denna studie tyder på att båda interventionerna hindrar en ökning av barnens symtom, när föräldern har depression. I Beardslee och medarbetares studie kunde man, som ovan påpekats, inte visa att barnens symtom minskade. Solantaus och medarbetare kontrollerade effekterna av föräldrarnas grad av depression, vilket inte gjordes i Beardslees studie. I Solantaus och medarbetares studie fann man att de positiva effekterna för barnen inte hörde ihop med allvaret i föräldrarnas symtom. Dock var det så, att de som bröt sitt deltagande i studien oftare hade en allvarigare problematik. Vidare undersökte man i det finska forskningsprojektet (Solantaus, Toikka, Alasuutari, Beardslee & Paavonen, 2009) hur familjemedlemmarna uppfattade interventionen. De fick via en enkät besvara frågor om detta en kort tid efter att interventionen genomförts. Resultaten visade att familjeinterventionen inte kunde tillskrivas några negativa effekter. Både föräldrar och barn rapporterade positiva upplevda effekter såsom bättre förståelse för varandra inom familjen, bättre kommunikation om föräldrarnas sjukdom och bättre mående efteråt. Även i denna studie hade man en kontrollgrupp där föräldrarna deltog i Föra barnen på tal. När det gäller de flesta positivt upplevda effekterna, fanns det en signifikant fördel för familjeinterventionen. Metodtrogenheten hos utförarna visade sig vara god, den undersöktes genom att behandlarna skickade in sina loggböcker. Författarnas slutsatser är att familjeinterventionen är en säker och genomförbar metod och att den upplevs positivt av familjerna samt att en barnfokuserad preventiv intervention kan implementeras inom den finska vuxenpsykiatri. Solantaus och medarbetares studier var först med att visa att familjeinterventionen är säker och tillämpbar i annan kulturell kontext än i USA (Solantaus, Toikka, Alasuutari, Beardslee & Paavonen, 2009). Senare har fler studier även visat detta (se t.ex. den svenska studien Pihkala, Cederström & Sandlund 2011). I det finska forskningsprojektet (Toikka & Solantaus, 2006) genomfördes också en enkätstudie om hur personal uppfattade att använda Beardslees familjeintervention och om användningen av metoden på något sätt påverkade övrigt arbete. Ett tydligt resultat var att utbildningen i metoden och användningen av den totalt sett hade gett ett alltmer fokuserat arbete med att se till barnens perspektiv.

Det finns alltid en risk för bias, när forskare undersöker sin egen metod men en sammanfattning och bedömning av Beardslees familjeintervention och Beardslees och medarbetares forskning registrerades redan år 2006 på en webbsida: National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), en databas av preventiva interventioner och behandlingar inom psykiatri och missbruksvård, upprättad av SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) i USA. Beardslee och medarbetares forskning bedömdes då ha hög kvalitet. Denna publicering finns dock inte kvar på webbsidan när detta skrivs. År 2009 publicerades två skrifter från National Research Council and Institute of Medicine (2009a; 2009b) där Beardslees familjeintervention ansågs ha en god potential för evidens. Därefter har flera "reviews" gjorts som också menar att Beardslees familjeintervention hade en god potential för evidens redan år 2012 (Siegenthaler, Munder & Egger, 2012; Reupert, Cuff, Drost, Foster, van Doesum & van Sandvoort, 2012;

Loechner, Starman, Galuschka, Tamm, Schulte-Körne, Rubel & Platt, 2018). I olika forskningsgenomgångar om preventiva metoder, bedöms med andra ord interventionen ha ett gott forskningsstöd. I Sverige gjorde SBU år 2010 en motsvarande genomgång och då bedömdes metoden sakna evidens (SBU, 2010). Metoden klassificerades där felaktigt som indikerad prevention. Då Beardslees och medarbetares forskning inte visade förbättring i barnens symtom, vilket är viktigt när det gäller indikerad prevention, ansågs den inte fungera. I denna forskningsgenomgång bortsågs helt enkelt från att interventionen handlar om riskprevention och inte syftar till att behandla symtom hos barnen. Många barn har inte ens utvecklat symtom, som kan mätas med etablerade skalor, som tidigare påpekats, när interventionen startar. Det är deras föräldrar som är ”symtombärare” och anledningen till att en intervention startar, inte barnen själva som i indikerad prevention. Interventionen syftar till att starta en positiv process för barnen, det vill säga när interventionen avslutas är inte processen avslutad, som efter en behandling, utan startad och i sin början. Interventionen ger dock möjlighet att upptäcka allvarliga svårigheter som barnen har, där extra stöd och hjälp behöver sättas in. SBU har en pågående genomgång som ska publiceras under 2022. Tyvärr kommer flera pågående RCT-studier inte att vara publicerade till dess.

Efter SBU:s genomgång 2010 har en rad studier om Beardslees familjeintervention publicerats. Den forskning som hittills publicerats från Sverige har studerat familjer där föräldrarna haft kontakt med psykiatrin och haft varierande psykisk problematik (avhandling av Heljä Pihkala, 2011), haft ett missbruk (Pihkala, Dinova-Bränström & Sandlund, 2019) befunnit sig i palliativ vård (avhandling av Rakel Eklundh, 2020), men också om hur professionella inom psykiatrin upplevt av att ha arbetat med intervention (magisteruppsats av Demetriades, 2010). Samtliga dessa studier visar på goda resultat av Beardslees familjeintervention, när det gäller de mål som interventionen syftar till. En studie där Beardslees familjeintervention genomförts inom psykosvården har också genomförts (Strand & Meyersson, 2020). Vidare när det gäller svensk forskning har, på initiativ från Socialstyrelsen, en kvasiexperimentell studie genomförts som gäller familjer där en förälder har depression, ångestproblematik och bipolär sjukdom. I denna studie jämförs Beardslees familjeintervention med Föra barnen på tal och med den psykiatriska praktik där ingen av de jämförda interventionerna förekommer. En artikel med resultat från denna studie har publicerats (Wirehag Nordh, Grip, Thorvaldsson, Priebe, Afzelius & Axberg, 2022).

I de svenska studier som samlats i Heljä Pihkals avhandling (2011) uttrycker samtliga parter i familjen en stor tillfredsställelse med metoden (Pihkala, Cederström & Sandlund 2011; Pihkala, Sandlund & Cederström 2012a; Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012b). Data till denna forskning samlades in i samband med den första statligt finansierade implementeringen av Beardslees familjeintervention runt om i Sverige. Dessa studier genomfördes med familjer, där minst en av föräldrarna har haft kontakt med psykiatrin, ibland under många år, och när en intervention inletts har ingen hänsyn tagits till vilken diagnos eller problematik föräldern haft. Den första av dessa studier (Pihkala, Cederström & Sandlund, 2010) är en enkätstudie riktad till föräldrar och barn som varit med om Beardslees

familjeintervention. Enkäterna besvarades av föräldrar och barn var för sig från 70 familjer. De två andra studierna baseras på semistrukturerade intervjuer med föräldrar respektive barn, som varit med om interventionen. Det var 14 barn och 14 föräldrar från nio familjer som deltog i intervjuerna. Det genomgående temat i barnens beskrivning är lättnad, och exempel på ett uttryck från en åttaårig flicka som deltagit är att: *"Det stora tunga försvann!"* (Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012b). Barnen uttrycker också att de har mer kunskap om föräldrarnas sjukdom och att de bättre förstår sina föräldrar. Barnen beskriver också större öppenhet i sina respektive familjer genom att man talar mer med varandra. Flera av barnen beskriver också att de känner mer närhet i sin familj. Som en åttaårig pojke uttrycker det: *"Jag förstår bättre hur de andra tänker, när vi nu sitter ner och talar med varandra."* Föräldrarna uttrycker också en stor tillfredsställelse med interventionen (Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012 a) och de beskriver att de snabbt känt en trygghet i förhållande till dem som genomfört interventionen. Det som de beskriver i förhållande till dem som genomfört interventionen kan betecknas som att det redan tidigt under de första mötena bildades vad som kan kallas en "terapeutisk allians". Föräldrarna beskriver dem som genomfört interventionen som "mycket professionella" och att de var nöjda med att interventionen hade så tydlig struktur. De berättade om sina svårigheter att tala med barnen om sin sjukdom men upplevde att de fått bra hjälp med att formulera sig och hitta ord när de skulle tala med barnen. Tillfredsställelse med metoden gäller även den personal, som arbetar med familjeinterventionen (Demetriades, 2010). Demetriades menar att resultatet av hennes intervjustudie visar att metoden inte bara är hälsofrämjande för familjerna utan upplevs så också för de som arbetar med interventionen.

De studier av Beardslees familjeintervention i palliativ vård som samlats i Raket Eklunds avhandling (Eklund, Kreicbergs, Alvaizas & Lövgren, 2018; Eklund, Kreicbergs, Alvaizas & Lövgren, 2020; Eklund, Alvaizas, Kreicbergs, Jamsell & Lövgren, 2020) visar att familjeinterventionen fungerar också i detta sammanhang. Barnen säger att de kände sig sedda och hörda i interventionen och att de fick en känsla av tillit och trygghet. Barnen skulle rekommendera andra i deras situation att också få vara med om en sådan intervention. Det som framkommer är dock att fem av de 23 deltagande barnen upplevde att mötena var för få, så interventionen var inte tillräcklig för deras behov. Det är egentligen ganska självklart att några barn kan uppleva det så, att ha en förälder som är döende eller som kanske också dör under interventionens förlopp är en mycket skakande och livsavgörande händelse. När en förälder inte mer finns, kan det behövas mer stöd för att etablera framtidstro och hopp. Möjligheter finns i att interventionen kan utökas med fler uppföljningar, vilket kan vara tillräckligt för vissa barn, men många barn kan behöva mer än så (Eklund, 2020). Samhället i övrigt har ofta begränsade resurser när det gäller att möta barn som har sorg efter att ha förlorat en förälder. Idag finns med andra ord inte alltid verksamheter där dessa barns särskilda behov kan mötas. Ibland erbjuds dock sorgegrupper, det vill säga en gruppverksamhet där barn får möta andra barn som förlorat en förälder. Att detta är ett område som behöver utvecklas och utforskas mer nämns också i en review av vilket forskningsstöd som finns till olika stödprogram när en förälder avlidit (Bergman, Axberg & Hansson, 2017).

En annan studie av användning av Beardslees familjeintervention i somatiken, i detta fall i Finland, finns i Mika Niemeläs avhandling, som handlar om föräldrar som behandlas för cancer. Personal som arbetat både med Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal uppger att de uppfattar att både föräldrar och barn mår så mycket bättre efter genomgången intervention (Niemelä, Väisenen, Marshall, Hakko & Räsänen, 2012). Studien av föräldrarna själva visade på ett klart förbättrat psykologiskt mående efter interventionen och att detta delvis kunde tillskrivas en upplevelse av att barnen fick bättre hjälp att hantera sin situation och att det blev enklare att tala om sjukdomen och farhågor kring den (Niemelä, Repo, Wahlberg, Hakko & Räsänen, 2012). Ytterligare två svenska studier finns där föräldrarnas problematik varit en annan än depression. En studie handlar om användning av Beardslees familjeintervention när en förälder har ett drogmissbruk (Pihkala, Dimova-Brännström & Sandlund, 2017). Åtta familjer ingår i studien, 14 föräldrar och 10 barn intervjuades sex månader efter att interventionen genomförts. Barnens symtom mättes med SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) före interventionen och sex månader efter att interventionen slutförts. Det visade sig att barnen enligt SDQ hade förhållandevis mycket allvarliga symtom, när interventionen inleddes, men enligt mätningen med SDQ sex månader senare hade symptomen påtagligt minskat. Både föräldrarna och barnen beskrev själva att de mådde mycket bättre. De relaterade detta till den öppenhet som nu fanns kring föräldrarnas sjukdom. Barnen beskrev en lättnad över att de nu kunde ställa frågor till föräldrarna som de inte kunde tidigare. Några barn beskrev också hur de nu bättre kunde stå upp för sina egna behov. Föräldrarna beskrev också de personer som genomfört interventionen i mycket positiva ordalag, som kompetenta, skickliga, engagerade och som goda lyssnare. Föräldrarna uppfattade vidare, att samtalsledarna mötte barnen på ett mycket bra sätt och att barnen gillade dem. Det var svårt att tala om det egna missbruket men den sammantagna upplevelsen var att det gjorde gott för barnen. Några föräldrar kommenterade också hur bra det varit att lyssna till varandras berättelser under de första två mötena och att detta lett fram till att föräldrarna nu förstod varandra bättre.

En kvalitativ svensk studie har också genomförts som ovan påpekats, där en förälder har en psykosjukdom. I Strand och Meyersons studie (2020) beskrivs resultatet av intervjuer med åtta föräldrar som har psykosjukdom och sju barn som tidigare deltagit i en intervention. Föräldrarna uppfattade att interventionen lett till ökad kunskap om deras sjukdom, till bättre kommunikation och förståelse i familjen. De tyckte att de hade fått bra hjälp att förklara sin sjukdom för barnen på ett åldersadekvat sätt. Alla barn som intervjuades höll dock inte med om att de fått en bra förklaring på föräldrarnas sjukdom, medan några var mycket nöjda med den förklaring de fått. Det kan vara svårt att förklara vad en psykos innebär, särskilt för lite yngre barn. Det blir då i det sammanhanget särskilt viktigt att i planeringsmötet hitta bra sätt som på ett bra sätt förklarar hur sjukdomen ser ut för den enskilde föräldern. Forskarna rapporterar också att en del barn hade svårt att komma ihåg interventionen. Personal i psykosvården som arbetar med Beardslees familjeintervention intervjuades också (Strand & Rudolfsson, 2017). De var också mycket

positiva till att arbeta med interventionen där en förälder har en psykossjukdom och att det kändes mycket viktigt att uppmärksamma dessa barn.

Resultaten från den senast publicerade artikeln från svensk forskning om metoden (Wirehag Nordh, Grip, Thorvaldsson, Priebe, Afzelius & Axberg, 2022) visar att både Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal visar mer förbättringar i barnens psykiska mående (mätt både med SDQ-P och med instrumentet CORE-ON) i förhållande till jämförelsegruppen. Föräldrarna som deltagit i Familjeinterventionen och i Föra barnen på tal upplevde också förbättringar i sin föräldrafunktion. Mätningar gjordes både efter 6 månader och efter 12 månader. Bäst var resultatet i familjeinterventionsgruppen men även Föra barnen på tal visade på ett gott resultat efter interventionen. Tyvärr har studien ett stort bortfall av familjer och barn – det är bara cirka hälften av barnen kvar i de tre grupperna vid sista mätningen.

I ett flertal andra länder har studier av Beardslees familjeintervention startats under senare år. I Chile har en randomiserad kontrollerad studie planerats (de Angel, Prieto, Gladstone, Beardslee & Irarrázaval, 2016) där Beardslees familjeintervention jämförs med ”practice as usual” men hittills har det inte publicerat något resultat. I Danmark pågår en liknande randomiserad kontrollerad studie men pandemin nedstängning i samhället, just när studien startade 2020, har försenat projektet så därifrån finns inte heller något publicerat när denna rapport skrivs. Från ett forskningsprojekt i Grekland har dock resultat publicerats (Giannakopoulos, Solantaus, Tzavara & Kolaitis, 2021). Den studien är en randomiserad kontrollerad studie av familjer där en förälder har en depression och som har en fyramånaders och en 1,5 årsuppföljning. I denna studie jämförs Beardslees familjeintervention med Föra barnen på tal, såsom i de studier Solantaus tidigare medverkat i och varit forskningsledare för (se ovan). I studien var det 30 respektive 32 familjer i vardera gruppen. Forskarna rapporterar signifikanta förbättringar i båda grupperna kring föräldrarnas depression, ångest, upplevt socialt stöd, i föräldraskapet och familjens sätt att fungera men också när det gäller barnens symtom på depression, ångest och beteendeproblem. Hälsorelaterade problem förbättrades också i båda grupperna. Förbättringarna visar fördel för Beardslees familjeintervention men skillnaderna mellan interventionernas resultat över tid beskrivs som mindre än förväntat. En möjlig förklaring till att skillnaderna inte är så stora, menar forskarna, kan vara att Beardslees familjeintervention är mer fokuserad på att uppnå öppen kommunikation och ömsesidig förståelse och Föra barnen på tal mer fokuserad på hur föräldrar kan förhålla sig till barnen i vardagslivet. Det är ett lite märkligt påpekande med tanke på att Beardslees familjeintervention har en så stark inriktning på att uppnå *resilience*, vilket i hög grad handlar om att stödja och utveckla skyddande faktorer i barnens vardag. Beardslee och medarbetare har också i högre grad fokuserat på detta med kommunikation och ömsesidig förståelse i sin forskning.

På Irland pågår också en randomiserad kontrollerad studie (Furlong, McGilloway, Mulligan, McGuinness & Whelan, 2021). Från denna studie har två artiklar publicerats, en som handlar om implementeringen av Beardslees familjeintervention (Furlong, Mulligan, McGarr, O’Connor & McGalloway, 2021), och en kvalitativ studie

som handlar om familjemedlemmars erfarenheter av att ha deltagit i interventionen (Mulligan, Furlong, McGarr, O'Connor & Gilloway, 2021). I den senare studien valde man ut (purposive sample) en mindre grupp med 23 föräldrar som hade psykisk ohälsa, sju partners och 15 barn, från det totala urvalet och genomförde semistrukturerade intervjuer. Det som lyfts upp i resultatet är att känslan av stigma hos föräldrarna har reducerats, det har blivit bättre kommunikation och relationer i familjen, samt att familjemedlemmarnas olika perspektiv lyfts fram och blivit tydligare. Vikten av att ha mött en icke dömande professionell poängteras också av föräldrarna. Forskarna jämför sina resultat med den svenska forskningen, som också är kvalitativ (Pihkala & Johansson, 2008; Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012a; Pihkala, Sandlund & Cederström, 2012b; Pihkala, Dinova-Bränström & Sandlund, 2017; Strand & Rudolfsson, 2017) och menar att deras resultat är helt i linje med den forskningen och att deltagandet i Beardslees familjeintervention var mycket betydelsefullt och positivt för familjemedlemmarna. En skillnad, mot vad som rapporterats i de svenska studierna, var problemet att i den irländska studien förekom en del avhopp från pågående interventioner. Precis som i Strand och Meyerssons (2020) studie, var det flera barn som inte kom ihåg så mycket från interventionen, när de blev intervjuade.

Den samlade forskningen kring användningen av metoden visar sammanfattningsvis att man uppnår de uppställda syftena med interventionen när det gäller ökad kommunikation och ömsesidig förståelse kring sjukdomen och hur den påverkar barnens vardag. Men också när det gäller föräldrarnas upplevelse av att vara stärkt i föräldrarollen, att flera skyddande faktorer har stärkts hos barnen samt att föräldrarna och barnen beskriver en hög grad av tillfredsställelse med metoden. Det finns inga rapporterade negativa effekter av interventionen för barnen. Den sammantagna forskningen visar med andra ord att de hälsofrämjande aspekterna av interventionen ger resultat och att de skyddande faktorerna utvecklas. Olika intervjuer med personal som arbetar med metoden visar också på att de anser att interventionen bidrar till en god utveckling för de familjer som deltar i interventionen och att de själva känner stor tillfredsställelse i arbetet med Beardslees familjeintervention.

Exempel på en familjs väg genom interventionen

Valet av fallbeskrivning har skett genom att en ”typisk” familj valts ut. ”Typisk” familj i den mening att den process som familjen genomgår liknar den process som de flesta familjer går igenom i Beardslees familjeintervention. På så sätt visar fallbeskrivningen att det finns flera familjer som varit med om interventionen och som på flera sätt liknar den valda familjen. Syftet här är också att gestalta hur interventionen kan te sig i familjer, där föräldrarna har en annan huvudsaklig problematik än psykisk ohälsa. Några mindre detaljer och namnen på familjemedlemmarna som beskrivs nedan är ändrade. Processerna som beskrivs i familjen är i övrigt autentiska.

Lena och Per, 33 respektive 40 år, är separerade sedan fem år tillbaka. Båda har varit blandmissbrukare sedan tidig tonår. De har barnen Filip 12 år och Julie 14 år. Lena bor med barnen i en sliten förort i en större stad. Hon har sedan separationen från Per arbetat med att bli fri från sitt missbruk och har när interventionen genomförs varit helt fri från missbruk i drygt ett år. Lena får en förfrågan om att delta i en familjeintervention från sin socialsekreterare och accepterar att delta, då hon alltmer förstått att barnen farit illa av hennes och Pers missbruk. Lena tror inte att Per vill delta även om han just vid tillfället ”inte är varken på behandlingshem eller i fängelse”. ”För Per är drogerna viktigast”, säger hon.

Per kommer till första mötet till allas förvåning. Han har utmålats som en tuff buse men uppträder vänligt och artigt. Per säger att han beundrar Lena för att hon lyckats förändra sin situation. Själv är han trött på det liv han lever men kan inte se att han kan förändra det. Han har försökt flera gånger men inte lyckats. Lena är ganska reserverad vid båda de möten som följer, ler aldrig och uttrycker sig ganska fåordigt även när intervjufrågorna är fokuserade på henne och hur hon har haft det och uppfattar sin nuvarande situation. Ingen av föräldrarna kan komma på något som skulle kunna vara roligt för hela familjen. Lena säger dock att hon uppskattar när hon och barnen ser på TV tillsammans. De frågor som föräldrarna vill att samtalsledaren ska ställa till barnen när hon träffar dem, handlar om hur barnen tänker om sina föräldrar och den uppväxt de har haft. Föräldrarna uttrycker också oro över Julie, som de vet har skolkat många gånger från skolan och de tror att hon är tillsammans med en betydligt äldre kille som de inte träffat. Båda föräldrarna tycker att Filip verkar ha det ganska bra.

Julie är först reserverad och svarar lite nonchalant på frågorna men när hon förstår att föräldrarna också undrar över hur hon har det och hur hon upplevt deras missbruk, mjukas hennes ansikte upp och hon berättar länge om de missförhållanden hon upplevt i sin familj. Hur de periodvis inte haft mat hemma, hur hon varit orolig för sina föräldrar som ibland ”varit extremt uppåt” och ibland helt utslagna, så att hon själv fått ta hand om ”allt”. ”Nu har i alla fall mamma skärpt till sig”, så allt är mycket bättre. Hon säger, att föräldrarna varit bra på två saker. ”De har aldrig slagit oss barn eller tagit hem sina fylle- eller knarkarkompisar”, som hon vet kompisars föräldrar har gjort. Hon tycker inte att hennes pappa verkar bry sig så mycket om familjen och upprepar mammans ord om att knarket går före allting

annat. I skolan är det tråkigt, säger Julie. De är så barnsliga hennes kamrater och det är alldeles för rörigt hela tiden. Matte är favoritämnet men nu på sista tiden har hon inte brytt sig så mycket om matten heller. När det gäller fritiden är hon mycket hemma hos sin kille. Det visar sig att han är betydligt äldre, är 19 år, och bor hos sin mamma. De går inte ut mycket utan ser på filmer och spelar spel. ”Han är så trygg! Jag känner mig lugn med honom”, säger Julie. ”Jag kan bli lite stirrig annars”. När det gäller om hon har en fråga till föräldrarna, så vill hon höra hur hennes pappa egentligen tänker. Bryr han sig inte om någonting? Julie säger att hon inte har någon vuxen utanför familjen att prata med, ”behöver inte det, har sin kille som är bra att prata med”. Hans mamma är också ”juste”. Julie säger att hon inte brukar prata med någon av sina föräldrar om det känns jobbigt. ”De har nog med sitt.” Julie uttrycker ingen önskan om att umgås mer med föräldrarna eller att de ska hitta på mer roliga saker tillsammans.

Filip säger att han inte bryr sig särskilt mycket om skolan men ”det går ändå”. Han vill hellre sitta hemma och spela dataspel. Filip säger att han har många kompisar men slingrar sig lite kring denna fråga. Många av kompisarna träffar han inte längre, för han har slutat spela fotboll. Det var ett bra gäng och de gjorde mycket annat också tillsammans. Varför slutade han då med fotbollen? ”Tror du att man vill spela fotboll i utslitna skor och töntiga och trasiga kläder!!!” Filip är enig med att denna fråga kan tas upp på familjemötet och att han egentligen vill kunna spela fotboll igen. Filip säger att han har en bra lärare i idrott, som han ibland pratar med om allt möjligt men att båda föräldrarna är bra att prata med också. Idrott är det roligaste ämnet i skolan. Filip säger att han skulle vilja göra mer saker med föräldrarna, som att spela spel eller att göra utflykt med matsäck.

När det blir dags för planeringsmöte kommer inte Per och Lena blir mycket arg och far ut i okvädningsord mot honom. Lena ringer honom och skäller. Det visar sig att han tagit fel på dag och han säger att han genast ska ta sig till mötet. Tjugo minuter för sent kommer han med andan i halsen. Känns viktigt det här, säger han. Föräldrarna är vid de tidigare mötena informerade om skyddande faktorer och får nu information om mötena med barnen, där samtalsledaren också sammanfattar hur man kan se på de skyddande faktorerna respektive riskfaktorerna när det gäller Julie och Filip. Föräldrarna är eniga om att ta upp frågor om barnens skolgång, fritidsintressen och kamrater på familjemötet. Per vill inleda med att tala om sitt missbruk och att han förstår att barnen farit illa av det. Lena säger, att hon ”har ju inte precis varit Guds bästa barn hon heller” och allt är ju inte hans fel. När hon säger det, byter föräldrarna blickar och för första gången ser samspelet dem emellan positivt ut. Som alltid i interventionen uppmanas föräldrarna att vara aktiva på det kommande familjemötet. Det är de som huvudsakligen ska hålla i mötet.

Familjemötet hålls hemma hos Lena. Lägenheten ser mycket välstädad ut och det bjuds på kaffe, saft till Filip och bullar vilka Lena bakat ihop med Filip. Det syns att Lena ansträngt sig för att det ska se trevligt och inbjudande ut. Denna gång kommer Per exakt på utsatt tid. Han inleder mötet med att berätta lite om hur det varit under barnens uppväxt, hur mycket han och deras mamma älskar sina barn. Han berättar om de planer de hade för ett bra liv och som han känner att han har

saboterat. Sakta börjar tårarna rinna nerför hans kinder och han säger igen, att han hoppas att barnen ändå ska få ett fortsatt bra liv och att han tycker att de är så fina båda två. För första gången under interventionen ler Lena och hon säger att hon håller med om allt och att de nu gör de här mötena, för att de hoppas att det ska bli så bra som möjligt för barnen. Då börjar även Julie att gråta och gråten bryter igenom den ganska avvisande attityd som hon visat när mötet började. Julie gråter hulkande och föräldrarna närmar sig henne och Per lägger försiktigt armen om henne och kramar henne. Hon lutar sig mot honom och gråten upphör men hon fortsätter att sitta lutad mot hans axel. Filip sitter stilla och storögt och ser på sin familj men säger ingenting. Lena serverar påtår och bjuder på mer bullar. Tårar torkas och familjemedlemmarna pratar ivrigt om de punkter man beslutat ta upp. Lena säger, att hon ska ta kontakt med barnens skolor och kolla upp hur Filip har det i skolan och om det går att ordna så att Julie får hålla på med matten i lugn och ro. Hon ska också undersöka om hon kan få bidrag till Filips fotbollsutrustning och andra kostnader som har med fotbollen att göra. Kanske kan hon också få hjälp av en kamrats pappa med skjuts till vissa matcher. Hon verkar upplyft av de uppgifter som hon ser framför sig. Föräldrarna, mest Lena, talar också med Julie om oron hon känner kring Julies kille. Julie lovar att Lena ska få träffa honom. Lena undrar också om tjejkompisar. Hon träffar inte någon av dem heller. ”Jag har egentligen inga. De är så barnsliga i min klass.” Kunde hon kanske göra något annat kul på fritiden, där hon kunde träffa lite äldre flickor? Julie vill fundera på saken. När mötet avslutas är stämningen god och man utbyter leenden. Alla verkar dock trötta.

Vid uppföljningen en månad senare är bara föräldrarna med. De berättar att de båda kommer bättre överens nu och att Per har gjort olika saker med Filip. De har varit och fiskat och de har varit och tittat på fotboll. Filip har fått bidrag till fotbollen och ska börja spela igen. De uppfattar att det känns mycket bättre nu, även om viss oro för Julie finns kvar. Ingen av dem har fått träffa hennes kille. Lärarna har lovat att försöka stödja Julies intresse för matte och önskan om lugn och ro i skolan men det verkar fortfarande vara lite så och så med den saken. Julie började också på jazzdans men slutade redan efter första gången. Lena har fått ett fast jobb i ett bageri och ser fram emot att ha egna intjänade pengar och en fast inkomst. Per väntar på rättegång för narkotikalangning. ”En gammal grej.” Han säger, att han sedan ”de där mötena” (syftar på interventionen) har varit fri från narkotika. Kompisar vill bjuda men han säger att han är trött på ”det där”. Föräldrarna tycker att de har uppnått de mål de hade med interventionen. ”Vi vill att barnen ska få det bättre och det känns som de har det nu.” ”Vi är alla på gång!”

Vid sexmånadersuppföljningen är Per inte med men båda barnen. Per har fått tre månaders fängelse. Lena, Julie och Filip har dock varit och besökt honom och de säger att det har känts bra och att ”pappa varit så glad” för att de kommit och hälsat på honom. Lena trivs på sitt arbete och hon ler ofta när hon pratar. Filip spelar fotboll och har återknutit kontakterna med sina tidigare kamrater. Och han spelar mycket fotboll! Han hinner inte med så mycket dataspel längre och så har han ju mycket med skolan. Julie tycker det är lite bättre i skolan och har inte skolkat som tidigare. Julie har börjat dansa folkdans, vilket var något samtalsledaren inte alls hade föreställt sig att hon skulle gilla. Hon har också börjat träffa några ungdomar

därifrån. Det är också en kille där som hon är väldigt förtjust i men hon håller fortfarande ihop med den tidigare pojkvännen, även om de inte har tid att ses lika mycket längre. Julie säger att de har det mycket roligare hemma hos mamma numera och att det också är roligt att träffa pappa. ”Vi pratar mycket mer nu! Det var så dött här förut!” Filip instämmer.

Kommentar till fallbeskrivningen

Syftet med interventionen uppfylls i denna familj genom att barnens utveckling främjas. Kommunikationen i familjen ökar på ett för barnen positivt sätt och relationerna till föräldrarna förbättras, till exempel genom mer och positiv kommunikation. Barnen vet nu att föräldrarna älskar dem och bryr sig mycket om dem. Föräldrarna deltar i gemensamma fritidsaktiviteter och att det blir mer i vardagen att se fram emot. Relationen mellan föräldrarna har också förbättras, vilket även gynnar barnen. I denna familj har dock föräldrarnas missbruk inte varit någon hemlighet såsom det kan vara i vissa familjer, det vill säga hemlighet i den meningen att man låtsas som om missbruket eller den psykiska ohälsan inte finns. En process har startat som gör att andra så kallade skyddande faktorer utvecklas, såsom positiva kamratkontakter och fritidsaktiviteter, som i sin tur minskar barnens isolering och känsla av ensamhet. Skolarbetet har också tagit en mer positiv riktning för båda barnen. Föräldrarna känner sig stärkta i sin föräldraroll genom att de känner till ”de skyddande faktorerna” och att de på så sätt vet vad de kan göra för att stödja sina barn.

Diskussion och slutord

Den huvudsakliga forskningen om Beardslees familjeintervention har haft ett relativt stort fokus på barnens symtom och om de minskar eller inte, som om man studerade en behandling. Nu är ju interventionen inte fokuserad på att bota symtom utan på att förebygga och på sikt minska symtom, om de redan uppstått, genom att stärka resilience i familjen. Dock visar flera befintliga forskningsresultat att det redan på relativt kort sikt efter interventionen går att se en förbättring i barnens situation och mående. Att barnen mår bättre får naturligtvis tillskrivas förbättringar när det gäller de mål som interventionen har, det vill säga att stödja föräldrarollen, att stödja kommunikationen i familjen och att generellt förbättra de skyddande faktorerna. Kanske utgör de skyddande faktorerna, som handlar om förbättrad relation till föräldrarna och till förbättrad kommunikation i familjen, de faktorer som ganska snabbt ger utslag i barnens mående? Dessa faktorer bidrar ju till att barnen har lättare att uttrycka sina behov. Det finns därför anledning att rekommendera att forskningens fokus när det gäller barnen än mer skulle vara fokuserad på just de skyddande faktorerna och om de har förbättrats efter interventionen. En analys av vad som är verksamt i riskprevention, när det gäller barn som har föräldrar med psykisk ohälsa, lyfter upp just de faktorer som Beardslees familjeintervention innehåller och syftar till: psykoedukation, uppmuntran till kommunikation mellan familjemedlemmarna, om att dela enskilda familjemedlemmars upplevelse av att en förälder har psykisk ohälsa, stöd till föräldrarollen och att öka faktorer som leder till resilience hos barnen (Marston, Stavnes, Van Loon, Drost, Mayberry, Mosek, Nicholson, Solantaus & Reupert, 2016).

Detta fokus på barnens mående som ett mått på om interventionen leder till ett gott resultat eller inte kan dock ses som problematisk, såsom ovan påpekats ett par gånger, just därför att interventionen inte direkt inriktar sig på att bota symtom. Teoretiskt sett, det beror ju på i vilket skede interventionen startar, kan det vara så att barnen inte utvecklat några symtom eller har farit särskilt illa, när interventionen startar. Då blir det inte relevant att studera hur symtomen minskar utan då gäller det att studera att barnen inte utvecklar symtom på sikt. När forskning har genomförts om Beardslees familjeintervention har man ofta använt olika symtomlistor som till exempel SDQ, en symtomlista som fritt kan hämtas på nätet (Beardslee, Gladstone, Wright & Forbes, 2007; Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki, 2010; Cederström, 2012; Wirehag Nordh, Grip, Thorvaldsson, Priebe, Afzelius & Axberg, 2022). SDQ fungerar som ett instrument som ganska grovt skannar efter problematik hos barn. Det finns minst två problem med att använda SDQ och andra liknande skalor när det gäller forskning om Beardslees familjeintervention. Det första problemet har redan nämnts, just detta att interventionen inte syftar till att behandla symtom hos barnen, utan till att starta en process där barnens utveckling på sikt gynnas. När det upptäcks, genom att interventionen genomförs, att barnen har allvarliga symtom är det samtalsledarens uppgift att se till att föräldrarna ombesörjer att barnen får adekvat hjälp. På så sätt kan ändå interventionen medverka till att allvarliga symtom hos barnen tidigare än annars blir upptäckta och avhjälpna. Interventionen tjänar då till att upptäcka problem, som

kanske annars inte skulle upptäckas. Ett annat problem med symtomlistor är, att när föräldrar skattar barnens symtom kan de av olika skäl extremt underskatta eller överskatta barnens problem. Likaså att barnen, när det är de som gör skattningen, kan göra detsamma. Det är vanligt att barn som har föräldrar med en psykisk problematik håller inne med egna behov och egen ledsenhet för att inte belasta sin förälder. I en intervention kan det då uppenbaras att barnet har mer problem än vad både barn och föräldrar velat kännas vid. Symtomskattningen kan följaktligen då bli mer allvarlig *efter interventionen*. Det händer också att föräldrarna har så dåligt samvete kopplat till sina problem, att de tror att barnen mår så mycket sämre än de faktiskt gör och då kan interventionen bidra till att föräldrarna upptäcker att barnen av olika anledningar inte tagit så stor skada som de trott. Den förstnämnda situationen ser naturligtvis inte bra ut i forskningen. Det kan ju tolkas som om barnet fått mer symtom efter interventionen. Men i själva verket kan det handla om att barnets svårigheter blivit mer synliga, vilket går att se om man jämför resultatet på andra frågor eller variabler. När det blir så att barnens svårigheter blir synliga är det i själva verket positivt för barnen, som då har möjlighet att hävda sina behov, bli sedda och få adekvat hjälp och stöd. Barnen blir helt enkelt mer sedda av föräldrarna och barnens perspektiv blir då mer tydliga efter en genomförd familjeintervention.

Att riskprevention ”lönar sig” när det gäller barns psykiska hälsa och utveckling har under flera år tagits för givet i flera länder, särskilt Australien, Nya Zeeland, Holland, Finland och Norge har varit föregångsländer. Det har också publicerats ett flertal artiklar i vetenskapliga tidskrifter som visar att det är viktigt att satsa på riskprevention. Också svenska hälsoekonomer har argumenterat för att prevention är lönsamt ur flera aspekter (Några exempel: Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut 2004; Nilsson & Wadeskog 2008, Hovstadius, Ericson & Magnusson, 2015). Att utveckla metoder och arbetssätt blir i detta sammanhang mycket viktigt, liksom forskningen om dessa sätt att arbeta. I synnerhet gäller det den riskprevention, där avsikten är att gynna barns utveckling. Det blir särskilt betydelsefullt, eftersom interventioner då kan komma att ske med barn och deras familjer där barnen befinner sig i en riskgrupp för att utveckla psykisk ohälsa men där barnen ännu inte tagit allvarlig skada. Det är då självklart nödvändigt att undersöka att de arbetsmetoder som används inte riskerar att ställa till skada!

När en implementering av en metod sker är det viktigt att det sker på ett sätt så man uppnår metodtrohet och att denna metodtrohet sedan vidmakthålls (Gullbrandsen, 2007). Om metodtroheten inte upprätthålls är det inte möjligt att tala om att metoden har evidens eller att den inte skadar. För det första är det då viktigt hur utbildningen i metoden sker. En utmaning för närvarande är att lyckas med att vidmakthålla metodtroheten när det gäller Beardslees familjeintervention. Svenska föreningen för Beardslees familjeintervention syftar till att vara en fortsatt garant för kvaliteten i utbildningen och användningen av metoden, när utbildningen och handledningen ges av utbildare godkända och anslutna till föreningen. Denna förening är dock helt beroende av ideella krafter. Det är heller inte helt tillfredsställande med att få tillgång till fortsatt handledning vid alla verksamheter efter genomgången utbildning, vilket också är viktigt för att behålla metodtroheten.

Referenser

Axberg, U., Priebe, G., Afzelius, M., & Wirehag Nord, L. (2020). Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har de det? Rapport från nationell studie. Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Beardslee, W.R. (1998). Prevention and the clinical encounter. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 521-533. DOI: 10.1037/h0080361

Beardslee, W.R. (2002). Out of the darkened room: when a parent is depressed: Protecting the children and strengthening the children. Little, Brown and Company.

Beardslee, W.R., & Podorefsky, D. (1988). Resilient adolescents whose parents have serious affective and other psychiatric disorders: Importance of self-understanding and relationships. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-69. DOI: 10.1176/ajp.145.1.63

Beardslee, W.R., Hoke, L., Wheelock, I., Rothberg, P.C., van de Velde, P., & Swatling, S. (1992). Initial findings on preventive intervention for families with parental affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(10), 1335-1340. DOI: 10.1176/ajp.149.10.1335

Beardslee, W.R., Salt, P., Porterfield, K., Rothberg, P.C., van de Velde, P., Swatling, S., Hoke, L., Moilanen, D., & Wheelock, I. (1993). Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(2), 254-263. DOI: 10.1097/00004583-199303000-00004

Beardslee, W.R., Versage, E.M., Wright, E., Salt, P., Rothberg, P.C., Drezner, K., & Gladstone, T. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidens of change. *Development and Psychopathology*, 9(1), 109-130. DOI: 10.1017/s0954579497001090

Beardslee, W.R., Swatling, S., Hoke, L., Rothberg, P.C., van de Velde, P. Focht, L., & Podorefsky, D. (1998). From cognitive information to a shared meaning. Healing principles in preventive intervention. *Psychiatry*, 61(2), 112-129. DOI: 10.1080/00332747.1998.11024822

Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E.J., & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children in risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), 119-31. DOI: 10.1542/peds.112.2.e119

Beardslee W.R., Gladstone T.R., Wright E.J., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 703-713. DOI: 10.1037/0893-3200.21.4.703.

William R. Beardslee; W.R., Watson Avery, M., Ayoub, C.C., Watts, C.L., & Lester, P. (2010). Building Resilience. The Power to Cope With Adversity, *Zero to Three*, September, 50-51.

Bergman, A-S., Axberg, U., & Hansson, E. (2017). When a parent dies – A systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliative Care* 16(39), sid. 15. DOI 10.1186/s 12904-017-0223-y

Campbell, L., Hanlon, M-C., Weng Cheong Poon, A., Paolini, S., Stone, M., & Cohen, M. (2012). The experiences of Australian parents with psychosis. The second Australian national survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(9), 890-900. DOI: 10.1177/0004867412455108

Cederström, A. (2012). *Slutrapport från utvärderingen. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Del II. Implementering av Beardslees familjeintervention.* Publicerad slutrapport till Socialstyrelsen.

D'Angelo, E.J., Llerena-Quinn R., Shapiro, R., Colon, F., Rodriguez, P., Gallagher, K., & Beardslee, W.R. (2009). Adaptation of the preventive intervention program for depression for use with predominantly low-income Latino families. *Family Process*, 48(2), 269-291. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2009.01281.x

De Angel, V., Prieto, F., Gladstone, T., Beardslee, W., & Irrarrázaval, M. (2016). The feasibility and acceptability of a preventive intervention programme for children with depressed parents: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), sid. 10. DOI: 10.1186/s13063-016-1348-7

Demetriades, A. (2010). *Ett hälsofrämjande arbete. Personalens upplevelse av Beardslees familjeintervention – en metod för att nå barn när föräldrar har ett psykiskt funktionshinder*. Magisteruppsats vid Örebro universitet, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete.

Eklund, R., Kreicbergs, U., Alvariza, A., & Lövgren, M. (2018). The family talk intervention in palliative care: A study protocol. *BMC Palliative Care* 17(1), 35. DOI: 10.1186/s12904-018-0290-8

Eklund, R., Kreicbergs, U., Alvaiza, A., & Lövgren, M. (2020). Children's self-reports about illness-related information and family communication when a parent has a life-threatening illness. *Journal of Family Nursing*, 26(2), 102-110. DOI: 10.1177/1074840719898192

Eklund, R., Alvariza, A., Kreicbergs, U., Jamsell, L., & Lövgren M. (2020). The Family Talk Intervention for families when a parent is cared for in palliative care – potential effects from minor children's perspectives. *BMC Palliative Care*, 19(1):50, sid. 10. DOI: 10.1186/s12904-020-00551-y

Eklund, R. (2020). *Barns erfarenheter av "the Family Talk Intervention". Att leva med en svårt sjuk förälder som vårdas inom specialiserad palliativ hemsjukvård*. Akademisk avhandling vid Ersta Sköndal Bräcke Högskola.

Focht, L., & Beardslee, W.R. (1996). "Speech after long silence." The use of narrative therapy in preventive intervention for children of parents with affective disorder. *Family Process*, 35(4), 407-422. DOI: 10.1111/j.1545-5300.1996.00407.x

Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W.R. (2000). A child's experience of parental depression: Encouraging relational resilience in families with affective illness. *Family Process*, 39(4), 417-434. DOI: 10.1111/j.1545-5300.2000.39403.x

Furlong, M., McGilloway, S., Mulligan C., McGuinness, C., & Whelan, N. (2021). Family Talk versus usual services in improving child and family psychosocial functioning in families with parental mental illness (PRIMERA – Promoting Research and Innovation in Mental hElth seRvices for fAmilis and children): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 22(243), sid. 18. DOI: 10.1186/s13063-021-05199-4

Furlong, M., Mulligan, C., McGarr, S., O'Connor, S., & Galloway, S. (2021). A family-focused intervention for parental mental illness: A practitioner perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, sid. 16. DOI: 10.3389/fpsy.2021.783161

Giannakopoulos, G., Solantaus, T., Tzavara, C., & Kolaitis, G. (2021). Mental health promotion and prevention interventions in families with parental depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 278, 114-121. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.070

Gullbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. En forskningssammanställning*. Statens folkhälsoinstitut. www.fhi.se

Hovstadius, B., Ericson, L., & Magnusson, L. (2015). *Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). [Hämtad: 2022-05-01 https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30]

Jones, M., Pietilä, I., Joronen, K., Simpson, W., Gray, S., & Kaunonen, M. (2016). Parents with mental illness – A qualitative study of identities and experiences with support services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), 471-478. DOI: 10.1111/jpm.12321

Loechner, J., Starman, K., Galuschka, K., Tamm, J., Schulte-Körne, G., Rubel, J., & Platt, B. (2018). Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 60, 1-14. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.11.009

Marston, N., Stavnes, K., Van Loon, L.M.A., Drost, L.M., Mayberry, D., Mosek, A., Nicholson, J., Solantaus, T., & Reupert, A. (2016). *Child & Youth Services*. Routledge Taylor & Francis Group.

Mulligan, C., Furlong, M., McGarr, S., O'Connor, S. & McGilloway, S. (2021). The Family talk programme in Ireland: A qualitative analysis of the experiences of families with parental mental illness. *Frontiers in Psychiatry*, 15(12), sid. 17. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.783189

National Research Council and Institute of Medicine (2009a). *Preventing mental, emotional and behaviour disorders among young people. Progress and possibilities*. National Academies Press.

National Research Council and Institute of Medicine (2009b). *Depression in parents, parenting and children*. National Academies Press.

Niemelä, M., Väisänen, L., Mashall, C., Hakko, H., & Räsänen, S. (2010). The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(6), E18-27. DOI: 10.1097/NCC.0b013e3181ddfc5

Niemelä, M., Repo, J., Wahlberg, K-E., Hakko, H., & Räsänen, S. (2012). Pilot evaluation of the impact of structured child-centered interventions on psychiatric symptom profile of parents with serious somatic illness: Struggle for life trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(3), 316-330. DOI: 10.1080/07347332.2012.664258

Nilsson, I., & Wadeskog, A. (2008). Individnen i centrum. "Det är bättre att stämma av i bäcken än i ån". Skandia Försäkringsbolag, skandia@strd.se.

Pihkala, H., & Johansson, E.E. (2008). Longing and fearing for dialog with children – Depressed parents' way into Beardslee's preventive family intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 399-404. DOI: 10.1080/08039480801984800

Pihkala, H., Cederström, A., & Sandlund, M. (2010). Beardslee's preventive family intervention for children of mentally ill parents: A Swedish national survey. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1), 29-38. DOI: 10.1080/14623730.2010.9721804

Pihkala, H., Sandlund, M., Cederström, A. (2012a). Initiating communication about parental mental illness in families: an issue of confidence and security. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 258-265. DOI: 10.1177/0020764010392088

Pihkala, H., Sandlund, M., & Cederström, A. (2012b). Children in Beardslee's family intervention – Relieved by understanding of the parent's mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 623-628. DOI: 10.1177/0020764011419055

Pihkala, H. (2011). *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska erfarenheter*. Akademisk avhandling institutionen för klinisk vetenskap/ Psykiatri, Umeå universitet.

Pihkala, H., Dimova-Brännström, N., & Sandlund, M. (2017). Talking about parental substance abuse with children: Eight families' experiences of Beardslee's family intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(5), 395-401. DOI: 10.1080/08039488.2017.1308009

Podorefsky, D.L., McDonald, L., Dowell, M., & Beardslee, W.R. (2001). Adaption of preventive intervention for a low-income, culturally diverse community. *Journal of the American Academy: Child and Adolescent Psychiatry*, 40(8), 879-86. DOI: 10.1097/00004583-200108000-00008

Reupert, A., Cuff, R., Drost, L., Foster, K., van Doesum, K., & van Sandvoort. (2012). Intervention programs for children whose parents have a mental illness: a review. *Medical Journal of Australia*, 5(199), 18-22. DOI: 10.5694/mja11.11145

SBU (2010). Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU): 2010. SBU-rapport nr 202.

Siegentaler, E., Munder, T., & Egger M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 8-17. DOI: 10.1016/j.jaac.2011.10.018

Skolverket, Socialstyrelsen, & Statens folkhälsoinstitut (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. Bergslagens Grafiska, Lindesberg.

Solantaus, T., & Toikka, S. (2006). The effective family program: Preventative services for the children of mentally ill parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(3), 35-42. DOI: 10.1080/14623730.2006.9721744

Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W.R., & Paavonen, J. (2009). Safety, feasibility and family experiences of preventive interventions for children

and families with parental depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 15-24. DOI: 10.1080/14623730.2009.9721796

Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S., & Punamäki, R.L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883-892. DOI: 10.1007/s00787-010-0135-3

Strand, J., & Rudolfsson, I. (2017). A qualitative evaluation of professionals' experiences of conducting Beardslee's family intervention in families with psychosis. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 289-300. DOI: 10.1080/14623730.2017.1345690

Strand, J., & Meyersson, N. (2020). Parents with psychosis and their children: Experiences of Beardslee's intervention. *Mental Health Nursing*, 29(5), 912-920. DOI: 10.1111/inm.12725

Svenska föreningen för Beardslees familjeintervention, www.sfb.se

Toikka, S., & Solantaus, T. (2006). The effective family programme II: Clinicians' experiences of training in promotive and preventative child mental health methods. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(3), 4-10. DOI: 10.1080/14623730.2006.9721746

Werner, E.E., & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the Odds*. Cornell University Press.

Werner, E.E., & Smith, R.S (2003). *Att växa mot alla odds. Från födelse till vuxenliv*. Svenska föreningen för psykisk hälsa.

Wirehag Nordh, E-L., Grip, K., Thorvaldsson, V., Priebe, G., Afzelius, M. & Axberg, U. (2022) Preventive interventions for children of parents with depression, anxiety, or bipolar disorder: A quasi-experimental clinical trial. *Acta paediatr.* 2022;00:1-11.

Beardslees familjeintervention

– en hälsofrämjande och förebyggande intervention för barn i risk

Family talk preventive intervention

Nka Barn som anhöriga

2022:4

ISBN 978-91-87731-78-5

www.anhoriga.se