

Karta eller tvångströja?

En klinikers möte med 4 familjeterapeutiska manualer

Johan Sundelin

Myrvägen 2

791 31 Falun

070-5124043

johan.sundelin@telia.com

Sammanfattning

Föreliggande artikel granskar innehållet i fyra manualer för etablerade, evidensbaserade systemiska/familjeterapeutiska metoder i ljuset av några vanligt förekommande föreställningar hos verksamma kliniker om manualbaserad familjeterapi. Dessa föreställningar diskuteras och problematiseras med utgångspunkt i innehållsanalysens fynd.

Granskningen avser manualernas likhet/olikhet, innehåll och struktur. Vidare bedöms instruktionernas generaliseringsnivå och hur väl instruktionerna till den utövande terapeuten formuleras avseende förväntningar på denne att ”levandegöra” manualens intentioner med sin yrkeskunnighet. En bedömning görs också huruvida det finns instruktioner om interaktioner med klienten för att engagera denne och förmedla ett medansvar för den process som behandlingen ska skapa.

Manualerna som granskas gäller Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Funktionell familjeterapi (FFT), Multisystemisk Terapi (MST) och Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC).

Kartläggning sker genom innehållsanalys.

Projektets fynd kan sammanfattas med att samtliga fyra manualer framstår som väldigt lika till sin uppbyggnad och till sitt innehåll. De beskriver en tydligt sekventiell behandlingsmodell i flera på varandra följande steg. Samtliga modeller innehåller också redogörelser för metodens teoribildning, metoder, forskningsevidens och i viss mån implementeringsfrågor.

När det gäller instruktionerna till terapeuten bedöms generaliseringsnivån i dessa manualer ligga på en nivå av ”anvisningar och rekommendationer” och förutsätter en självständigt arbetande, kunnig terapeut inom ett givet strukturellt förlopp. Ett tydligt ”uppdrag” ges till

terapeuten att använda sin allmänkunskap som terapeut och att det är viktigt att etablera en god samarbetsallians med klienten förutom att ge metodspecifika instruktioner. Vikten av supervision poängteras.

Sammanfattningsvis konstateras att manualernas text stödjer vikten av både generella och specifika faktorer för framgångsrik familjeterapi i sammanhållna program.

Map or Strait-jacket? A Clinician's encounter with four Family Therapy Manuals

The present article examines the content of four manuals for established, evidence-based systemic/family therapeutic methods in the light of some common presumptions among working family therapist concerning manualised family therapy. These presumptions are discussed in the light of the content analysis.

The review covers the manuals' similarities/differences, content and structure. The contents are analyzed and compared from the following perspectives: how in detail they give instructions to the therapist, how they instruct the therapist how to give life to the manuals intentions using his/her own professional skills. An assessment is also made as to whether there are instructions to the therapist on how to build alliance with the client and how to engage him to be co-responsible in the treatment process.

The manuals that are examined are: Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) and Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC).

The method used is content analysis.

The project's findings reveal that all four manuals appear to be very similar as far as structure and content are concerned. They describe a clear sequential processing model in several successive stages. All models also contain reports on the theories, methods, evidence of research and some implementation issues.

The nature of the instructions, offered to the therapist in these manuals, are of the "advice and recommendations" kind that requires an independently-working, knowledgeable therapist working within a given structured process. A clear "mandate" is given to therapist to use his/her own professional knowledge. Further it is considered important to establish a good therapeutic alliance with the client. The importance of supervision is emphasized.

To summarize it can be stated that the texts in these four manuals support the importance of both generic and specific factors for successful family therapy within specific programs.

Inledning

Utgångspunkten för detta arbete är en nyfikenhet kring olika strävanden i det utvecklingsarbete som syftar till att höja familjeterapins professionalitet och vetenskapliga förankring. Ett sätt att arbeta med denna fråga är att utarbeta riktlinjer för genomförandet av en familjeterapeutisk arbetsmodell, en så kallad manual. Den arbetsordning, som beskrivs i manualen, är utprövad i randomiserade, kontrollerade studier och har där befunnits vara effektiv både på gruppnivå och i klinisk bemärkelse (för en enskild individ). Om utövaren sedan troget följer manualen under genomförandet av behandlingsarbetet vilar det terapeutiska arbetet på en säkrare vetenskaplig grund.

Föreliggande arbete har valt att granska fyra välrenommerade, väl utvärderade, systemiska/familjebaserade behandlingsmetoders manualer med syfte att undersöka vad dessa manualer innehåller, hur de är uppbyggda och hur formen för deras respektive ”dialog” med utövaren ser ut. Denna granskning kommer att göras med referens till den debatt som pågår inom fältet för familjeterapi. Nyhetsvärdet i föreliggande artikel är därför sannolikt störst för intresserade kliniker med begränsad erfarenhet av manualbaserat familjeterapeutiskt arbete.

En presentation kommer att göras av kliniska referenspunkter mot vilka analysen av de fyra manualernas innehåll kommer att speglas. Fyra påståenden presenteras och kommenteras.

Dessa påståenden är formulerade som ett försök att ur en klinisk vardag fånga upp mer eller mindre forskningsbaserade, kritiska synpunkter till manualbaserad familjeterapi bland verksamma kliniker.

Familjeterapeuten och manualbaserad familjeterapi

Påstående 1: ”Familjeterapeutiska manualer konstruerar på ett konstlat och ovederhäftigt sätt ett ”myrornas krig” bland olika familjeterapeutiska modeller, vilka i verkligheten har många gemensamma nämnare.”

Man kan med visst fog hävda att ekonomiska intressen kan ligga bakom utvecklandet av specifika arbetsmodeller, vilket ifrågasätter etablerad allmän klinisk kompetens. I stället riskerar utvecklingen att drivas mot en myriad av olika icke överlappande auktorisationer i olika modeller, som motverkar ett sådant samlat kompetensområde som familjeterapin ändå utgör (Shadish et al. 2002). Manualbaserade psykoterapeutiska program är stora och dyra att implementera (Strosahl 1998) och det är inte realistiskt att se en framtid enbart med manualiserade familjeterapeutiska program. Det samlade kunskapsfältet kommer även i framtiden att förlita sig på kunniga kliniker som utformar olika behandlingsprogram för olika ändamål med utgångspunkt från den samlade kunskapen inom fältet (evidensinformerade program). Forskningen får sedan bedrivas från praktikbaserad evidens till evidensbaserad praktik (Margison et al. 2000).

Påstående 2: ”Familjeterapeutiska manualer betonar en förklaringsmodell och ett specifikt tillvägagångssätt som ska tillämpas generellt på alla som genomgår den manualiserade behandlingen. Detta medför en alltför generell och ensidig approach till det familjeterapeutiska arbetet med den enskilda familjen med dess speciella frågor. Insatsen blir opersonlig och stel. Manualen skapar ett icke-kreativt, monologiskt arbetsklimat och en icke-närvarande terapeut.”

Detta påstående har sitt stöd från Wampold (2001) som i ett klassiskt verk har gjort en mycket gedigen sammanställning av psykoterapins forskningsbas. Här redovisas olika former av psykoterapi och deras absoluta evidens. Han finner att psykoterapi fungerar och har verkan.

Han har också tittat på relativ evidens och där kommit fram till att ingen psykoterapi verkar vara mer effektiv än någon annan. Han uttalar sig därmed för ”The Dodo Bird effect” d.v.s. empiriskt stöd för att det som förklarar all psykoterapis effekt inte är metoderna utan allmänna faktorer i all god psykoterapi.

Denna slutsats har emellertid på senare tid mycket starkt kritiserats, framför allt med utgångspunkt från metaanalysens oprecisa statistiska underlag. Oprecist beskrivna psykoterapeutiska metoder med olika namn har haft mer gemensamt än vad som skilt dem åt. Vidare hävdar kritikerna att det numera finns skäl att tänja gränserna för psykoterapins möjligheter utöver framgång för de 2/3 av klienterna som regelmässigt upplever resultat från psykoterapi (Sexton et al. 2004; Socialstyrelsen 2011). Kritiker menar att Common factors-perspektivet, förutom att det har svagt vetenskapligt stöd, på ett olyckligt sätt kan bidra till passivitet och bristande nyfikenhet för strävan till fortsatt utveckling.

Wampolds slutsatser i sin bok 2001 blev den gången ett riktmärke för den svenska debatten för och emot manualbaserad psykoterapi i allmänhet, och kanske för oss familjeterapeuter i synnerhet. Han skilde här ut två perspektiv på psykoterapi, nämligen det medicinska perspektivet och det kontextuella perspektivet. Det medicinska perspektivet på psykoterapi betonade enligt honom vikten av att beskriva sin metod så tydligt att individuella olikheter mellan utövare kan förhindras och att metoden utförs enligt en tydligt beskriven teori och evidensbaserad forskning i enlighet med sin manual. Manualiseringen av psykoterapi hänförde han då tydligt till det medicinska perspektivet: *”It is straightforward to understand how the treatment manual is embedded in the medical model. The typical components of the manual ----- are identical to the components of the medical model”* (2001, sid 17). Det kontextuella perspektivet på psykoterapi betonar istället integration av teorier, teknisk eklekticism och allmänna faktorer. Här blir terapeuten som unik person den viktigaste agenten tillsammans med just den klient som han/hon arbetar med (Wampold 2001).

Terapeutens egen tilltro till den metod han/hon utövar (allegiance), får ett överordnat värde (Blow et al. 2007).

Påstående 3: ”Familjeterapeutiska manualer dödar terapeutens kreativitet och kompetensutveckling genom att förfarandet blir reproduktivt.”

Man menar att manualtrogenhet på sikt skapar en sämre utveckling av terapeutens professionella kompetens dels genom att man tvingas in i en reproducerande roll dels genom att man personligen alieneras från det personliga mötet med klienten (Hårtveit et al 2004; Miller et al. 2005). Intresset för terapeutyrket minskar och resultatet är kortsiktighet, låg uthållighet och sammanbrott för terapeutiska team som utövar behandling i enlighet med manualbaserade modeller.

Manualförespråkare refererar emellertid ofta till begreppet ”adherence”, som kan översättas med ”manualtrogenhet”. De refererar också forskningsstöd för bättre behandlingseffekt ju trognare behandlaren är sin manual (Ellis, 2010; Sexton et al. 2010; Robins et al. 2011).

Manualen behöver utformas så att den blir användarvänlig för terapeuter med olika utbildningsnivåer, bakgrunder och erfarenheter (Addis et al. 1999, Wilson 1998; Kendall et al. 2007). Visst forskningsstöd finns för att manualer som ger utrymme för terapeutens flexibilitet ökar kvaliteten i behandlingen (Kendall 2000; Chu et al. 2009).

Rädslan för att utvecklingsarbetet kring olika psykoterapeutiska modeller ska avta genom att manualbaseringen ger klinikern en mer reproducerande roll, motsägs också av att manualbaserade modeller för psykoterapi tydliggör vad som fungerar och inte fungerar och driver synergien mellan kliniskt utvecklingsarbete och forskning mot mer effektiva behandlingsformer. Psykoterapeutrollens kunskapsbas blir mindre värdebaserad och mer feedbackbaserad och terapeutens kontakt med relevant forskning och vägledning av dess resultat ökar (Addis et al. 1999).

Påstående 4: ”Familjeterapeutiska manualer för fram ett synsätt som betonar en metod och bortser från det terapeutiska mötet och alliansen med klienterna som den övergripande viktigaste faktorn i all form av psykoterapi.”

En mycket väsentlig faktor för framgångsrik behandling är samskapande mellan terapeut och klienter av metod och mål för terapin (Frank et al. 1991, Sprenkle et al. 1999, och Sprenkle et al. 2004). Manualiserat terapeutiskt arbete, menar man, förhindrar denna dialogiska (systemiska) process mellan terapeut och klienter. Kendall et al. (1998) menar dock att det är en missuppfattning att manualerna inte manualiserar sådana frågor som kontakt, allians, hopp etc. Emellertid tas dessa frågor upp som utmaningar för att framtidens manualer i ännu högre grad ska ge utrymme för klinikerns medierande roll dvs. att inom ramen för manualen, ”ge manualen liv”.

Multi-impact familjebehandlingsprogram

De fyra behandlingsmanualerna inom det familjeterapeutiska fältet, som jag valt att granska, beskriver genomförandet av behandlingsprogram som inte helt lätt låter sig beskrivas i endimensionella termer som exempelvis familjearbete, familjebehandling, familjeterapi, familjerådgivning eller familjepedagogiskt arbete. Detta eftersom samtliga metoder (i olika hög grad) kan beskrivas och definieras som ”multi-impact-program”. Man arbetar med individen, individen i samspel med den övriga familjen och kamratgruppen och/eller med familjen i samspel med sin omgivning. Arbetet bedrivs också med psykoterapeutiska såväl som med psykopedagogiska metoder. Samma ärende behandlas i olika behandlingskontexter: terapirummet, familjens hem, kamratgruppen, professionella nätverk etc..

Urvalet av dessa metoder har inte ambitionen att vara representativt för all manualbaserad familjeterapi utan har skett utifrån att dessa fyra är etablerade manualbaserade metoder på området och väl kända av de flesta kliniker vare sig man är för eller emot, förtrogen med dem eller inte.

Manualer som granskas är manualerna för Brief Strategic Family Therapy (BSFT), Functional Family Therapy (FFT), Multisystemic Therapy (MST) och Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC) (Szapocznik et al. 2003; Sexton et al. 2007; Henggeler et al. 1998, Chamberlain 2005; OSCL Community Programs). Dessa har valts för att de är etablerade manualbaserade behandlingsmetoder inom det familjeterapeutiska fältet. Metoderna är alla evidensbaserade och riktar sig huvudsakligen till samma målgrupp, nämligen ungdomar mellan 12 och 18 år med asocial problematik. Under arbetets gång har manualen för MST kommit i en ny utgåva: Bedömningen är dock för denna artikels frågeställningar att den inte har ändrats så radikalt att det kräver en omarbetning av analysen för MST.

Svenska RCT studier har gjorts av FFT (Hansson et al. 2000), av MST (Löfholm 2011) och av MTFC (Hansson et al. 2012). Norska MST utvärderingar har gjorts av Ogden et al. (2004) och Ogden et al. (2006). De svenska resultaten är väl i linje med TAU (Treatment As Usual), medan de norska resultaten är bättre än TAU.

Granskningen av innehållet kommer att ske ur fyra perspektiv. Det första perspektivet handlar om att undersöka vad dessa manualer huvudsakligen innehåller. Denna granskning av det faktiska innehållet mellan manualerna var för sig och i jämförelse ger oss underlag till att relatera till påstående 1 om ”myrornas krig” mellan olika familjeterapeutiska modeller och deras likhet eller exklusivitet.

Det andra perspektivet belyser hur instruktionerna till terapeuten är utformade avseende teoretisk integration och metodologisk eklektism. Detta granskningsperspektiv ger oss möjlighet att relatera till påstående 2 kring risken för terapeuten att tappa sin kreativitet genom att manualiseringen av terapeutens aktivitet gör terapeutens interventioner förutsägbara (puristiskt ensidiga) oavsett klienter och problem.

Det tredje perspektivet fördjupar sig i manualens ”dialog” med utövaren. I hur hög grad ger manualen terapeuten en ”fri roll” att mediera manualens intentioner? Denna aspekt handlar om på vilken generaliseringsnivå manualen ger terapeuten instruktioner. Är manualerna tydligt detaljstyrande eller ges instruktionerna med tillit till att terapeuten med sin yrkesskicklighet och personliga stil hittar vägar till de mål som sätts inom ramen för den givna strukturen? Blir terapeuten en ”underdog” till manualen i enlighet med påstående 3?

Det fjärde perspektivet studerar i hur hög grad manualen betonar terapeutrollens interaktion med klienten i uppbyggnaden av behandlingsarbetet. Observationer i manualernas instruktioner ger här underlag att diskutera föreställningar om vikten av metod kontra allians som den väsentligaste faktorn för effektivt familjeterapeutiskt arbete. Vi får här bränsle till diskussionen kring att manualbaserad familjeterapi påtagligt nonchalerar värdet av en terapeutisk allians mellan klienter och familjeterapeut.

Frågeställningar för denna artikel

Frågeställning 1: Vad innehåller manualerna för BSFT, FFT, MST och MTFC?

Frågeställning 2: I hur hög grad förordar dessa manualer teoretisk integration och metodologisk bredd?

Frågeställning 3: På vilken generaliseringsnivå ligger instruktionerna till terapeuten? Vilka krav på mediering av manualens instruktioner och yrkesskicklighet läggs på terapeuten?

Frågeställning 4: Vad förväntas enligt manualinstruktionerna av terapeuten när det gäller dialog och samarbete med klienten i uppbyggnaden av det terapeutiska arbetet?

Metod

Kort presentation av metoder vars manualer studerats (Underrubrik)

BSFT är en strukturerad variant av strategisk och strukturell familjeterapi. Metoden fokuserar på problembeteendet (oftast drogmissbruk) och lägger, utifrån strukturell familjeterapeutisk metodik, upp en strategisk plan för att bryta detta beteendemönster. Speciella erfarenheter har dragits av en gedigen erfarenhet av arbete i drogrelaterade miljöer. Manualen för BSFT är ett dokument på 87 sidor.

FFT betonar sin egenart genom att beskriva en familjs fungerande utifrån en balansering av de olika familjemedlemmarnas interpersonella behov av varandra och av andra. Det terapeutiska arbetet består inte av att ändra dessa behov utan att hjälpa familjemedlemmarna att hitta nya uttrycksformer för dessa behov. FFT:s huvudstrategi blir därför att identifiera, ge uttryck för och vinna ömsesidig förståelse för dessa interpersonella behov och sedan via förbättrad kommunikation mellan familjemedlemmarna hitta fungerande uttrycksformer för dessa behov. Manualen för FFT utgörs av en bok översatt till svenska på Palmkrons förlag 2007 (130 sidor). Eftersom denna manual är en direkt översättning av den amerikanska förlagan bedöms det inte föreligga något hinder att analysen görs från den svenska översättningen.

MST inkluderar ett bredare perspektiv än familjen och söker i ett vidare systemiskt sammanhang efter icke-fungerande systemiska samband mellan problembeteende och olika systems svar på dessa. Fokusering ligger på dysfunktionella processer i familjen men också på samarbetet mellan familj och skola och på ungdomens samspel med sin kamratgrupp som kan vara mer eller mindre prosocial. MST-manualen är skriven av upphovsmännen till metoden och är utgiven på Guilford press 1998 (287 sidor).

MTFC arbetar med den unge i ett väl koordinerat teambaserat program där basen i arbetet är en prosocial insats via det behandlande familjehemmet. Denna insats består av ett väl strukturerat program baserat huvudsakligen på social inlärningsteori. Insatsen kompletteras med information, stöd och träning till den biologiska familjen med målsättningen att ungdomen om möjligt ska återvända dit. Ungdomen har också en egen kontakt för träning i prosocialt beteende och som stöd för att fullfölja programmet. MTFC manualen består av flera delar: Program Supervisor Manual, Family Therapy Manual, Individual Therapy Manual, Skill Coach manual, Foster Parent Manual, Foster Parent Recruitment manual, Point and Level System Manual samt Patricia Chamberlains sammanställning av metoden i *Treating Chronic Juvenile Offenders* (2003).

Arbetsmetod

Systematiserandet av en jämförelse av innehållet i dessa manualer följer principer för Innehållsanalys som är en typ av text- och diskursanalys (Borelius et al. 2005). I

Innehållsanalys definieras tre begrepp:

1. Analysenhet: Är den textenhet som behandlas separat, där förekomst av någon kodningsenhet noteras. I föreliggande arbete är detta respektive manual.

2. Kodningsenhet: Ord, metaforer, teman och argument av en viss typ eller vad som helst annat som går att urskilja i texten. Kodningsenheterna i denna analys har valts utifrån innehållet i manualerna. Manualernas innehåll sammanfattas kortfattat i tabell 1.
3. Kodschemat: Sammanställning av kodningsenheter.

Syftet med detta urval av kodningsenheter är att i så stor utsträckning som möjligt täcka innehållet i manualerna. Artikelns fyra frågeställningar presenteras i separata kodscheman.

Kodschema 1.

Målgrupp (Kliniska förutsättningar) Redovisas tydligt till vilka klienter metoden ska riktas?
Teori risk/skydd Redovisas en tydlig, evidensbaserad teoribildning kring risk- och skyddsfaktorer beträffande normal och patologisk utveckling?
Terapeutiska agenter Redovisas terapeutiska tekniker och metoder i behandlingens olika faser på ett tydligt sätt?
Modellbeskrivning Finns en tydlig beskrivning av en sammanhållen struktur för behandlingsmodellen?
Supervision/handledning Finns en tydlig beskrivning av förfarandet vid handledning/supervision?
Implementering Finns en tydlig beskrivning av viktiga faktorer vid introduktion och etablering av metoden?
Forskningsevidens Finns någon tydlig redovisning av modellens effektivitet?

Kodschema 2

Integration av teorier Finns en tydlig beskrivning av en bred teoretisk bas som underlag för behandlingsmodellen?
Teknisk eklektism Finns en tydlig beskrivning av användningen av fungerande metoder från olika terapeutiska skolbildningar?

Kodschema 3

Instruktioner till terapeuten Finns tydliga exempel på hur instruktionerna till terapeuten är utformade avseende generalitet?
Instruktioner till terapeuten Avseende Mediering (omsättning) av manualens intentioner?

Kodschema 4

Instruktioner till terapeuten Avseende interaktion i den terapeutiska processen med klienten

Kodschema 1 (kodningsenheterna 1-7) försöker fånga innehåll och utformning i manualernas uppbyggnad. Arbetet omfattas av bedömning av kodningsenheter avseende storlek i tre grupper: Minst ett helt kapitel (A), minst ett tydligt stycke eller del av kapitel (B), minst en enskild mening (C).

Kodschema 2 (kodningsenheterna 8-9) försöker fånga manualernas instruktioner till utövaren avseende teoretisk integration och metodologisk bredd (eklektism).

Kodschema 3 (kodningsenhet 10-12) försöker fånga generaliseringsgrad avseende instruktionerna till terapeuten, instruktioner avseende terapeutens roll som medierande part mellan manualen och klienten. För ”generaliseringsgrad” görs detta genom att bedöma relativ förekomst av raminstruktioner (rekommendationer och anvisningar) (A) och detaljinstruktioner (B) riktade till terapeuten. Raminstruktion = placering av prioriterade insatser vid olika faser av behandlingen, allmänna instruktioner om steg i rekommenderad metods genomförande etc... Detaljinstruktion = Direkta direktiv i termer av förslag på repliker från terapeuten i olika skeenden av behandlingen, standardsvar på speciella utsagor från klienten etc. För ”mediering” görs en bedömning av hur tydligt förekommande dessa instruktioner är i förhållande till mer reproducerande ”gör så-instruktioner”.

Kodschema 4 försöker fånga manualens innehåll avseende terapeutens interaktiva ansvar att engagera klientens medansvar för det terapeutiska förloppet. Avseende interaktion görs en bedömning av hur tydligt förekommande dessa instruktioner är i likhet med bedömningsprinciperna för kodschema 1.

Resultat

Resultatet av analysen presenteras genom en sammanställning av huvudrubrikerna i respektive manual i tabell 1 och löpande text. Redovisning av innehållsanalysen av de fyra kodningsscheman sker i löpande text samt med några citat ur manualerna för att exemplifiera typiska meningar. En sammanfattande sammanställning av min analys görs i tabell 2.

Tabell 1: Manualerna för BTFT, FFT, MST och MTFC: Huvudrubriker och underrubriker undantaget förord, referenser och appendix.

BTFC	FFT	MST	MTFC
Chapter 1: Brief Strategic Family Therapy: An Overview	Introduktion Att använda manualen Viktiga förhållningssätt för utbildning och handledning	Introduction 1. Empirical, Conceptual, and Philosophical Bases of MST. 2. Clinical Foundations of MST: Nine Treatment Principles, Home-Based	The Development of Antisocial Behavior How is Theory Related to Intervention?
Chapter 2: Basic Concepts of Brief Strategic Family Therapy?	Kap 1: Grunderna i Funktionell familjeterapi	Model of Service Delivery, and Guidelines for Clinical Supervision	Evidence for Positive Effects and Barriers to Successful Treatment
Chapter 3: Diagnosing Family Systems Problems	Kapitel 2: Utbildningsmanual: Grundläggande teoretiska principer Systematisk Terapi Översikt över modellen	Clinical Procedures 1. Assessment of Family Functioning 2. Family Interventions 3. Changing relations with Peers 4. Promoting Academic and Social Competence in School Settings 5. When and How to Conduct Individually Oriented Interventions	An Overview of the History and Development of the Multidimensional Treatment Foster Care Model and the Supporting Research Multidimensional Treatment Foster Care Program Components and Principles of Practice
Chapter 4: Orchestrating Change	Engagemang och motivationsfas Beteendeförändringsfasen Bedömning i beteendeförändrings-fasen		Mediators of Treatment Outcome
Chapter 5: Engaging the Family Into Treatment	Generaliseringsfasen Kap 3 Implementering av FFT	Family Linkages with Community Supports	Antisocial Behavior and Delinquency in Girls
Chapter 6: Clinical Research Supporting Brief Strategic Family Therapy		Outcomes and Policy 1. Outcomes of MST: Findings from Controlled Evaluations Epilogue: Policy Implications of the Effectiveness of MST	An Application of Multidimensional Treatment Foster Care for Early Intervention Some Challenges of Implementing Science-Based Interventions in the "Real World"

Kommentar till tabell 1 och resultat kodschema 1.

Manualerna är uppbyggda på liknande sätt. De fyra familjeterapeutiska modellerna är huvudsakligen fokuserade på samma målgrupp, nämligen ungdomar mellan 12 och 18 år. Problemen de brottas med handlar om allvarligt utagerande, asocialt beteende av olika slag som en begynnande kriminalitet och/eller drogmisbruk. Metoderna kan sägas länka i varandra. De två första metoderna är metoder att användas polikliniskt. MST kompletterar sin behandlingsinsats med terapeutledd psykopedagogik i hemmet och ute i samhället och har stor beredskap och tillgänglighet för klienterna över dygnet. MTFC arbetar i situationer där omvårdnadsbehovet hos den unge är så stort att ungdomen skiljts från hemmet och bor i ett behandlande familjehem.

Alla fyra modellernas manualer har ett kapitel som allmänt handlar om risk- och skyddsfaktorer utifrån forskningen om hur asocialt riskbeteende tenderar att utvecklas och kan förhindras.

Ett annat kapitel i samtliga fyra manualer handlar om en redovisning av systemiska och familjeterapeutiska principer som är relevanta i ett familjeterapeutiskt arbete med en dysfunktionell familj.

Alla fyra modellerna betonar arbetet med att förstärka familjens och övrig omgivnings skyddsfaktorer för den unges utveckling genom att både arbeta med att minska riskbeteenden och att förstärka en familjs och en individs skyddsfaktorer.

Ett tredje kapitel i alla fyra manualerna handlar om hur terapeuten i en analys eller diagnostisk process söker samband mellan problembeteende och till detta problembeteende underhållande systemiska strukturer i ungdomens omgivning. I BSFT kan man arbeta med en systemisk diagnostik för att förstå ”komplementariteten” mellan ett problembeteende och de omgivande

systemiska svar som detta utlöser. I FFT handlar det om att identifiera en ungdoms desperata behov av uppmärksamhet från föräldrarna, som kan ta sig utagerande former och som av föräldrarna tolkas på ett sätt att de distanserar sig ännu mer från den unge. Föräldrarna stimuleras att tolka ungdomens uttryck för sina interpersonella behov annorlunda. I MST görs denna diagnostiska analys i en speciell feedback-baserad process där man söker ”FIT” mellan problembeteendet och de väsentligaste, systemiska samspelet runt detta problembeteende. Målet för behandlingsarbetet blir sedan att skapa nya ”FITS” mellan förstärkta, systemiska sammanhang och prosociala beteenden. I MTFC uttrycks detta samband i att samspelet mellan föräldrar och barn utvecklats till olyckliga förstärkningsscheman av asocialt beteende genom ”the coercive circle” som beskriver ett gradvis patologiserande kommunikationsmönster i familjen. Man fokuserar sedan på att ändra dessa destruktiva samspel i sina behandlingsstrategier.

Alla fyra manualerna beskriver sedan på sina sätt behandlingsproceduren i faser och steg. FFT är den modell som är mest explicit på den punkten med sina tre faser med tydliga mål och arbetsuppgifter för varje fas (engagemang- och motivationsfasen, beteendeförändringsfasen och generaliseringsfasen). BSFT och MST modellernas manual har särskilda inslag kring ”motstånd” och ”hinder” för att förändringsarbetet ska ge resultat. De lägger ner stor kraft på sina beskrivningar att hitta runt dessa hinder. I MTFC finns, vid sidan av en temporal processbeskrivning, tydliga beskrivningar av medel och mål för de olika terapeutiska sammanhang, som ingår i modellen och som koordineras av Case manager.

Framför allt manualerna för MST och MTFC behandlar supervisionsprocessen explicit och berör en del utmaningar i denna process. Detta kan förklaras med att dessa två metoder i högre grad än FFT och BSFT är teambaserade, intensivare terapeutiska processer med koordinerade aktiviteter på flera arenor.

En sista del i alla fyra manualerna beskriver de forskningsresultat som finns till stöd för modellens evidens och implementering.

Resultat kodschema 2. Teoretisk integration (Underrubrik)

Alla metoderna beskriver sig ha en ambition att arbeta med breda teoretiska beskrivningar som utgångspunkt för ett effektivt familjeterapeutiskt arbete. Nedan följer ett citat från MST-manualen som ett typiskt exempel:

“Theoretical Basis of MST is Systems theory, Social Ecology, Psychoanalytical, Psychodynamic, Behavioral, Cognitive, Psychopharmacological, Family Therapy, Multisystemic Therapy” (Henggeler 1998, sid 11).

Resultat kodschema 2. Teknisk eklektism

Alla manualerna uttrycker att de arbetar pragmatiskt och målstyrt, eklektiskt med en bred arsenal av till buds stående metoder. Här följer ett exempel från BSFT-manualen:

“The focus of BSFT is to shift the family from maladaptive patterns of interaction to adaptive ones. Counselors can use a number of techniques to facilitate this shift. These techniques, all of which are used to encourage family members to behave differently, fall under the heading of “restructuring” (Szapocznik et al. 2003, sid 32).

Resultat Kodschema 3. Nivå av generalisering i instruktionerna (Underrubrik)

Den utformning, avseende generaliseringsnivån på instruktioner till terapeuten, som dominerar manualerna, hålls huvudsakligen på ramnivå (rekommendationer och anvisningar). Terapeuten förutsätts vara grundutbildad i professionen och förväntas omsätta dessa direktiv i det enskilda fallet i enlighet med sin professionella skicklighet och personliga stil. Nedan följer ett tydligt exempel på detta ur MTFC-manualen till ungdomsterapeuten:

“There are four basic phases to the individual therapy.

Phase 1 Getting Started: Initially, the therapist should look for opportunities to praise the youth for specific skills and try to identify these as resources that will help the youth succeed in the program.

Phase 2: Targeting Behaviors for Change and Skill Building: Initially, it is common for interventions to focus on teaching the youth alternatives to problem behaviors.

Phase 3: Avoiding Risk

“In this phase therapists work with youth to anticipate and prepare for “triggers” or risky situations originating from both internal and external sources”

Phase 4: “Planning. In this phase, the overall aim is to assist youth in planning for the transition home and beyond.” (OSLC Community Programs Inc. 2003, Individual Therapy Manual, sid 3).

Kodschema 3. Terapeutens medierande function

Det är genomgående stora och komplexa förväntningar som manualerna från de olika behandlingsprogrammen lägger på de utövandes yrkesskicklighet. Nedan kommer ett typiskt exempel från FFT-manualen:

“När vi utformade manualen var vi medvetna om att olika terapeuter arbetar på olika sätt, en del ”låter hjärtat styra”, andra styrs mer av sina tankar och andra agerar mer intuitivt och ”gör det som behövs”. Följden blir att utbildningen innehåller många olika perspektiv. Det är nödvändigt men inte tillräckligt att förstå grundläggande teorier, metoder och tankar för att kunna utöva FFT. Utbildning till FFT-terapeut pågår i många olika situationer samtidigt och är mera en process än en avgränsad händelse. (Sexton et al 2007, sid 20).

Kodschema 4. Interaktion i den terapeutiska processen mellan terapeut och klient.

Grundtonen i alla fyra manualernas förväntningar på terapeuten när det gäller att bygga en stark terapeutisk allians med klienterna och tillsammans med dem bygga en interaktion som leder till uppställda mål är mycket tydligt. Här väljs ett exempel från MST-manualen:

”Throughout this volume, numerous recommendations are made regarding the engagement of parents, families, school personnel, and agency colleagues in working alliances. In essence, the key principles of engagement pertain to having the individuals collaborate fully in setting treatment goals, easing burdens of service accessibility, emphasizing the strengths of the individual or system, providing “hope” for favorable outcomes, and holding the therapist, supervisor and provider organization (vs. the family, teacher, or outside agency) accountable for the engagement” (Henggeler 1998, sid 206).

Tabell 2: sammanfattar resultaten enligt kategorisering som redovisats under METOD sid 8-10. (Arbetet omfattasbedömer kodningsenheter avseende storlek i tre grupper: Minst ett helt kapitel (A), minst ett tydligt stycke eller del av kapitel (B), minst en enstaka mening (C).)

Kodningsenhet	BSFT	FFT	MST	MTFC
Målgrupp	A	A	A	A
Teori Risk/Skydd	A	A	A	A
Terapeutiska agenter	A	A	A	A
Modellbeskrivning	A	A	B	A
Supervision	A	B	A	A
Implementering	C	A	A	A
Forskningsevidens	A	A	A	A
Integration teorier	A	A	A	A
Teknisk eklektism	A	A	A	A
Interaktion	B	A	B	B
Mediering	A	A	A	A
Instruktioner terapeut	A	A	A	A
	10/12	11/12	10/12	11/12

Diskussion

Frågeställning 1: Vad innehåller manualerna för BSFT, FFT, MST och MTFC?

Resultaten i tabell 2 visar att manualerna till sin uppbyggnad och sitt innehåll är mycket lika varandra. Detta är med säkerhet ingen tillfällighet, då vi vet att det förekommer ett intensivt erfarenhetsutbyte mellan föreläsarna för de olika modellerna. Tre av de fyra behandlingsmodellerna ingår i Blueprintprogrammen (behandlingsprogram som godkänts för det amerikanska försäkringssystemet och presenteras enligt fastställda standards – se vidare referenslistan). Diskussioner pågår fortlöpande mellan föreläsare för dessa modeller att på sikt integrera modellerna i olika avseenden (Robins 2011 personlig kommunikation).

Bilden som växer fram vid den till synes triviala jämförelsen i tabell 1 är att det kanske håller på att växa fram nya ”common factors” på ”paketnivå” för framgångsrika manualbaserade modeller för familjeterapi (ett antal kritiska faktorer organiserade i en bestämd ordning).

Denna reflektion går i linje med hur en ledande föreläsare för Funktionell familjeterapi, T. L. Sexton, skriver. Han menar att det finns allmänna förändringsmekanismer i effektiva terapier men att de inte kan förstås utanför de manualbaserade systematiska behandlingsmodeller inom vilka de aktiveras i en bestämd ordning (Sexton et al. 2004).

Frågeställning 2: I hur hög grad förordar dessa manualer teoretisk integration och metodologisk bredd?

I enlighet med Wampold (2001) speglar manualbaserad psykoterapi ett tänkande i det medicinska perspektivet. Innehållsanalysen av de fyra manualer som behandlas i detta arbete stödjer inte denna teoretiska slutsats eftersom det i själva konceptet multi-impact-modell ligger att arbeta från flera utgångspunkter och på flera sätt samtidigt. Resultatet av föreliggande arbete tyder snarare på att tillvägagångssätten enligt manualerna till dessa

familjeterapeutiska modeller kan hänföras till det kontextuella perspektivet enligt Wampolds terminologi. De är teoretiskt integrativa och metodologiskt eklektiska. Detta är, menar jag, speciellt intressant för oss familjeterapeuter med våra kontextuella utgångspunkter i vårt terapeutiska förändringsarbete.

Frågeställning 3: På vilken generaliseringsnivå ligger instruktionerna till terapeuten? Vilka krav på mediering av manualens instruktioner och yrkesskicklighet läggs på terapeuten?

En viktig faktor för grad av specificitet i instruktionerna är vilken utbildningsnivå som målgruppen, som manualen riktar sig till, förväntas ha. I ett antal manualbaserade föräldraträningsprogram, som ligger nära familjeterapi men som ändå snarast måste betraktas som pedagogiska program, är detaljstyrningen tydlig för att personer med lägre utbildningsnivå ska kunna leda genomförandet av dessa program på ett kvalitetssäkrat sätt (Webster-Stratton 2007).

Föreliggande innehållsanalys ger en tydlig bild att instruktionerna som manualen ger familjeterapeuten ligger på ramnivå eller generell nivå och mer är att likna vid ”rekommendationer och anvisningar” inom en given strukturerad process än detaljstyrning i enskilda moment. Av utövaren krävs självständig yrkeskompetens. Modellen kräver en skicklig, klinisk genomförare för att bli effektiv och terapeuten kräver en struktur att agera inom, som stödjer och stimulerar ett i grunden evidensbaserat förhållningssätt. Sexton jämför med en jazzmusikers lekfulla förhållningssätt till givna strukturer. Terapeuten modererar modellen med sin kliniska bedömning och skicklighet och medierar speciella terapeutiska vägar mot speciella terapeutiska mål i speciella terapeutiska situationer med speciella klienter med speciella problem (Sexton et al. 2004).

Frågeställning 4: Vad förväntas enligt manualinstruktioner av terapeuten när det gäller dialog och samarbete med klienten i uppbyggnaden av det terapeutiska arbetet?

Resultaten som här redovisats pekar på hur manualtexterna är upptagna av att rekommendera terapeuten att visa omsorg om ramfaktorer kring familjeterapin och den synnerliga vikten av att etablera allians och en gemensamt överenskommen ”roadmap” med de enskilda klienterna med utgångspunkt från det specifika i just deras situation.

En mycket intressant metaanalys om alliansens påverkan på behandlingsresultat även i evidensbaserade program har nyligen publicerats med Wampold som medförfattare (Flückiger et al. 2012). Man skriver här ner alliansens betydelse i relation till utfall i manualbaserade modeller men visar samtidigt att den relativt sett är den största förklarande faktorn.

Slutord

Det har varit berikande att genomföra denna genomgång av fyra familjeterapeutiska manualer. Att få gå till källan och ”läsa vad som står”, har gett ny insikt. Dessa fyra manualer är det de är och ingenting annat. Dessutom är manualbaserad familjeterapi i praktiken något helt annat och mycket mer än dess manualer. Det är i praxis som arbetssättet prövas på riktigt. I utvärdering av manualbaserad praxis, dess nytta och onytta, ingår förutom att undersöka manualens utformning, ett antal andra variabler som exempelvis familjeterapeutens upplevelse av manualens användarvänlighet, familjeterapeutens kompetens på olika områden, klienternas upplevelser och viktigast av allt: behandlingsutfall med olika mått, handledningens kvalitet och stödet till praktiserande familjeterapeut från organisationen inom vilken allt detta sker (Fixsen 2005). Förutom detta måste ju också en jämförande utvärdering av en jämförbar icke manualbaserad familjeterapi äga rum.

Metoden som används i denna studie är kvalitativ. En kvalitativ metods främsta styrka är att generera tankar och diskussion. Det är med den förhoppningen som detta arbete nu avslutas.

Litteratur

Addis M. E., Wade W. A., Hatgis C. (1999). Barriers to Dissemination of Evidence-Based Practises: Addressing Practitioners' Concerns About Manual-Based Psychotherapies, *American Psychological Association, D 12*.

Borelius K., Bergström G. (2005). Innehållsanalys, i Bergström G., Borelius K. (red.), *Textens mening och makt* Lund: Studentlitteratur: 43-87.

Blow A. J., Sprenkle D. H., Davis S. D. (2007). Is Who Delivers The Treatment More Important Than The Treatment Itself? The Role of the Therapist in Common Factors, *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (3): 298-317.

Blueprintprogrammen, (<http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/>). Läst 2013-03-09.

Chamberlain P. (2003). *Treating Chronic Juvenile Offenders, Advances made through the Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model*, Washington: American Psychological Association.

Chu B. C., Kendall P. C. (2009). Therapist Responsiveness to Child Engagement: Flexibility within Manual Based CBT for Anxious Youth, *Journal of Clinical Psychology*, (7):736-754.

Ellis M.L., Weiss B., Han S., Gallop R. (2010). The influence of parental factors on therapist adherence in multi-systemic therapy. *J Abnormal Child Psychol.* (6):857-868.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., Wallace, F.(2005).

Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, *The National Implementation Research Network*.

- Flückiger C., Del Re A.C., Wampold B.E., Symonds D. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology* (1): 10-17.
- Frank, J.D., Frank, J. B. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. (3rd ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.
- Hansson K., Cederblad M., Höök B. (2000). Funktionell Familjeterapi – en behandlingsmetod vid ungdomskriminalitet, *Socialvetenskaplig tidskrift* (3).
- Hansson K., Olsson M. (2012). Effects of multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from a RCT study in Sweden. *Children and Youth Services Review* (34): 1929-1936.
- Henggeler S. W., Schoenwald S. K., Borduin C. M., Rowland M. D., Cunningham P. B. (1998). *Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents, Treatment Manuals for Practitioners*. New York: The Guilford Press.
- Hårtveit H. & Jensen P. (2004). *Familjen plus en – En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Stockholm: Mareld.
- Kendall P. C., Chu B., Gifford A, Hayes C, Nauta M. (1998). Breathing Life into a Manual: Flexibility and Creativity With Manual-Based Treatments, *Cognitive and Behavioral Practice* 5: 177-198.
- Kendall P, C., Chu B, C. (2000). Retrospective Self-Reports of Therapists Flexibility in a manual-Bases Treatment for Youths With Anxiety Disorders, *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2): 209-220.
- Kendall P. C., Beidas R. S. (2007). Smoothing the Trail for Dissemination of Evidence-Based Practices for Youth: Flexibility within Fidelity, *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1): 13-20.

- Löfholm C.A. (2011) Multisystemisk terapi I Sverige-evidensbaserad metod i nytt sammanhang, Dissertation in Social Work, Lunds Universitet.
- Margison F.R., Barkman M., Evans C., Mc Grath G., Mellor Clark J., Audin K., Conell J. (2000). Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry* (177): 123-130.
- Miller S.D Mee-Lee D., Plum W., Hubble A. Making Treatment Count: Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work with Problem Drinkers, kap11 i Lebow J.L. (ed.) (2005) *Handbook of Clinical Family Therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Ogden T., Colleen A. Halliday-Boykins, (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health* (2): 77-83.
- Ogden T., Hagen K.A. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behavior Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health* (3): 142-149.
- OSLC Community Programs, Inc. MTFC-A (2003), Point and Level System Manual, Individual Therapy Manual, Foster Parent Manual, Skill Coach Manual, Family Therapy Manual, Program Supervisor Manual.
- Robbins M.S., Feaster D.J., Horigian V.E., Puccinelli M.J., Henderson C., Szapocznik J. (2011). Therapist adherence in brief strategic family therapy for adolescent drug abusers. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 79(1), 43-53.
- Robbins M.S. (2011). Föreläsning, Konferens om Familjeforskning & Praktisk tillämpning, Lund.

Sexton T. L., Alexander J. F. (2007). *Funktionell Familjeterapi – en manual*. Översättning till svenska Drott Englén G. Malmö: Palmkrons.

Sexton T. L., Ridley C. R., Kleiner A. J. (2004). Beyond Common Factors: Multilevel-Process Models Of Therapeutic Change. *Marriage and Family Therapy*, 30 (2): 131 – 149.

Sexton T. L., van Dam A. E. (2010). Creativity Within the Structure: Clinical Expertise and Evidence-Based Treatments, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40: 175-180.

Shadish W.R. & Baldwin S.A. (2002). Meta –analysis of MFT interventions. In D.H. Sprenkle (Ed.) *Effectiveness research in marriage and family therapy* (pp. 339-370). Alexandria, VA: AAMFT.

Socialstyrelsen (2011). Debatten om Dodofågeln: Spelar behandlingsmetoden någon roll i klientarbete? Professor Edward J. Mullen, Columbia University, Sociologen Joseph Shuluk, Social Work Leadership Institute of the New York Academy of Medicine, Professor Haluk Soydan, *University of Southern California och Socialstyrelsen* (www.socialstyrelsen.se).

Sprenkle D. H. Blow A. J., Dickey M. H. (1999). Common Factors and Other Nontechnique Variables in Marriage and Family Therapy. I Hubble M. A. et al., (Eds.), *The Heart & Soul of Change – What works in Therapy*, Washington: American Psychological Association: 329-359.

Sprenkle D. H., Blow A. J. (2004). Common Factors and Our Sacred Models, *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (2): 113-129.

Strosahl K. (1998). The Dissemination of Manual-Based Psychotherapies in Managed Care: Promises, Problems, and Prospects, *American Psychological Association* D 12.

Szapocznik J., Hervis O., Schwartz S. (2003). *Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse*. Center for Family Studies, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences,

University of Miami School of Medicine, U.S. Department of Health and Human Services,
National Institutes of Health National Institute on Drug Abuse 6001 Executive Boulevard,
Bethesda, Maryland 20892, USA.

Wampold B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate Models, Methods and Findings*,
Routledge New York: Taylor & Francis Group.

Webster-Stratton C. (2007). *De otroliga åren, en handledning I problemlösning för föräldrar
till barn mellan två och åtta år*, Lund, Palmkrons förlag.

Wilson G. T. (1996). Manual-Based Treatments: The clinical application of research findings,
Behav. Res. Ther. 34(4): 295-314.

Wilson G. T. (1998). Manual-Based Treatment and Clinical Practice. *American Psychological
Association D12*: 363-375.