

Familjen den viktigaste resursen inom familjeterapi

Felfinneri och skuldbeläggning av anhöriga bör motverkas

Den moderna läkarrollen förutsätts läkaren arbeta efter ett biopsykosocialt synsätt [1]. Ökade krav på information från patienternas sida, rollförändringar i samhället där doktorn inte längre är en självklar auktoritet som man bara lyder, ökade kunskaper om psykologiska och sociala faktorer betydelse för sjukdom och hälsa och, inte minst, medicinska behandlingsmetoder som kräver god ordinationsföljsamhet från den som skall behandlas – allt detta kommer till uttryck i Hälso- och sjukvårdslagets skrivning att patienten skall medverka i val av behandling.

Även en manuellt skicklig läkare måste kunna prata med sina patienter! Därför har undervisning i samtalsmetodik fått en betydligt större plats framför allt i grundutbildningen, men även på specialistnivå [2-7]. Denna grundläggande undervisning betonar psykosociala aspekter på läkarkonsultationen: den ser läkarens egen personlighet som ett viktigt instrument, och ökad självkännedom som nödvändig för att kunna använda det instrumentet medvetet.

Interaktionellt sammanhang

Utgångspunkten för familjeterapi är att psykiska, psykosomatiska och somatiska symtom hos en individ samverkar med relationerna i familjen. Förståelsen av problematiken/symtomet ökar när det ses i ett interaktionellt sammanhang med avseende på individ, familj och socialt nätverk. Målet är att med psykologiska och pedagogiska metoder påverka interaktionen mellan familjemedlemmarna och på så sätt undanröja hinder för individens utveckling och välbefinnande. Genom samtal klargörs

familjens sätt att lösa konflikter, hantera problemsituationer, uttrycka känslor, ge och ta emot stöd och omvårdnad, liksom föräldrarnas förmåga att samarbeta som fostrare av barnen.

Man använder inte familjen för att bota en individs symtom, utan utgår snarare från individens problem för att förändra systemets mindre välfungerande processer, så att det blir möjligt

varandra utan att föräldrarna är närvarande [8, 9].

Familjens betydelse för hälsa och ohälsa

Det finns ett stort antal studier som visat samband mellan ohälsa, tex hjärt-kärlsjukdom, och förlust eller avsaknad av nära anhörig. Ogifta män löper väsentligt större risk att dö i hjärt-

att fungera i familjegruppen utan symtom. Målsättningen är att hjälpa familjen att använda sina inneboende resurser på ett något annorlunda sätt, vilket gör att samspelelement förändras, hinder för individernas utveckling undanröjs och resurser frigörs för fortsatt utveckling och välbefinnande.

Vid familjeterapi träffar man hela eller delar av familjen för samtal utifrån familjens behov. Ibland kanske hela familjen samlas, medan under någon period föräldrarna behöver komma utan barn. Tonåringar kan vilja komma ensamma till några samtal, för att sedan åter ha samtal med hela familjen. Systemkon är betydelsefulla för varandra, och ibland kan det vara fördelaktigt för systemkonstruktören att få komma till tals med

infarkt än gifta. Familjeproblem har visats vara starkt associerade till utveckling av angina pectoris hos män. Män med hög ångestnivå utvecklar i lägre grad angina om de upplever att deras hustru ger »kärlek och stöd». Risken att få en ny infarkt är betydligt ökad för ogifta, liksom för änkor/änklingar. Stress och social isolering har visats vara en starkare prediktor för ny infarkt än fysiologiska mått [10, 11].

Studie i Kalifornien

»The California Family Health Project» är en stor epidemiologisk studie av sambanden mellan familjerelationer och hälsa [12]. Det är den första undersökning i vilken man utgått från familjeterapeutiska tankegångar när man for-

Författare

PER GUSTAFSSON

docent, BUP-kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping.

E-post: Per.Gustafsson@bup.us.lio.se

mulerat hypoteser. Målet har varit dels att fånga en så heltäckande bild av familjeinteraktion som möjligt, dels undersöka vilka samband som finns med hälsa sett i ett brett perspektiv.

Samma faktorer påverkar män och kvinnor på olika sätt

I resultaten framträder olika sidor av familjesolidaritets, organisation, värde-

pen aggressivitet, till kritiskhet och låg grad av positivt engagemang under konfliktlösning. Mäns ohälsa handlar mest om alkoholproblem, rökning och arbets(o)tillfredsställelse, medan kvinnors ohälsa kommer fram i variabler som mäter stämningsläge och självkänsla. Kvinnor synes alltså reagera mer på interna, intrafamiljära psykologiska förhållanden, medan män är beroende mer av arbetsituation och förhållanden i familjens relationer till omvärlden.

Sammanfattningsvis konstateras att familjen är viktig för både mäns och kvinnors hälsa, men att samma faktorer påverkar män och kvinnor på olika sätt. Resultaten stämmer väl överens med fynd från prospektiva studier av utveckling och hälsa hos barn som växer upp i riskmiljöer [13]. Klart definierade roller, klara regler i hemmet, delade värderingar, tillitsfulla intima relationer (med åtminstone en förälder) och en positiv förälder–barnrelation med öppen och tillitsfull kommunikation korrelerar till positiv utveckling för barnet.

Familjeterapi som behandling vid psykisk sjukdom

Barndomen är en period av successiv mognad och utveckling. Familjen är barnets viktigaste omgivning. Föräldrarnas känslomässiga närvaro och lyhördhet för barnets behov är av avgörande betydelse, liksom deras förmåga att skapa en förutsägbar tillvaro för sitt barn. Familjen bör vara den trygga bas varifrån barnet i olika utvecklingsfaser kan utforska omvärlden. Föräldrars grundläggande uppgifter som föräldrar är att ge omvårdnad, vägledning och gränssättning till barnen. Dessutom krävs en kontinuerlig förändring av samspelets mönster beroende på de enskilda medlemmarnas utveckling; en 25-årig pappa har andra behov och förmågor än en 40-årig, och en tonåring behöver ett helt annat bemötande än en 4-åring.

Om man inte klarar de uppgifterna

beroende på sjukdom, personlighet, upplevelser under den egna uppväxten, relationsmönstren i familjen, samspelet med den andra föräldern, bristande stöd från nätverket eller yttre faktorer som t ex yrkesliv och ekonomi kan det leda till psykiska symtom hos barnet. Över tid utvecklar man i familjer återkommande samspelets mönster, varav en del kanske inte är så befrämjande för vare

Vid familjeterapi träffar man hela eller delar av familjen för samtal utifrån familjens behov. Ibland kanske hela familjen samlas, medan under någon period föräldrarna behöver komma utan barn. Tonåringar kan vilja komma ensamma till några samtal, för att sedan åter ha samtal med hela familjen.

ILLUSTRATIONER: CAMILLA HOFFMAN

ringar och attityder som betydelsefulla för hälsa.

Dock var inte samma delvariabler lika viktiga för könen. Mäns hälsa korrelerade mer till traditionella könsroller, till förändringar i familjen och till den extrafamiljära världen, medan kvinnors hälsa var avhängig av intrafamiljära frågor, balansen mellan personligt engagemang i familjen och friheten att engagera sig i aktiviteter utanför familjen.

Ett liknande mönster framkommer avseende hur känslor hanteras. Ju högre »poäng» ett par gav sig själva i fråga om »passivt undvikande av teman om intimitet och konflikt», desto lägre skattade kvinnorna sin hälsa. För männen var sämre hälsa i stället korrelerad till öp-

sig välbefinnande eller utveckling; en del kan till och med ge upphov till psykiatriska symtom hos familjemedlemmarna.

Därför bör all analys av barnpsykiatrisk problematik innehålla en dimension av utveckling/fostran i samspel med föräldrar och syskon. Ofta finner man då ett tidssamband mellan symptomdebut och ett steg i barnets utveckling (t ex skolstart, begynnade puberteten), och det kan generera behandlingsidéer att undersöka hur familjen hantarat den nya situationen.

För vuxna patienter kan familjeterapi erbjuda den enskilde möjlighet att tillsammans med sina närstående förstå sig själv och sina symtom i ett sammanhang av relationer. I samspelet med de närstående kan individen upptäcka tidigare dolda förutsättningar och mönster. Därigenom kan han/hon ges möjlighet till nyorientering och bättre fungerande mönster för hela systemet [14].

Även vid somatisk sjukdom

När en person drabbas av en allvarlig sjukdom eller olyckshändelse innebär detta en psykologisk påfrestning. Det är därför vanligt att använda sig av krispsykologiskt tänkande för att förstå patientens reaktioner och situation. Inte bara den drabbade utan även andra familjemedlemmar påverkas emellertid. Det inträffade kan utlösa en personlig psykologisk kris för dem också; om den

som insjuknat haft en viktig roll för familjens funktion (t ex om en småbarnsmamma insjuknar i en tumör) måste familjen organisera om sitt sätt att leva. Dessutom innebär ofta behandlingen av den sjuke förändringar i livsföringen som påverkar övriga familjemedlemmar (t ex diabeteskost eller allergisaneling). Inom psykiatrin har begreppet »burden of care», den börda som måste bäras av anhöriga till schizofrena, mynats.

Familjen måste kunna förändras

Familjen måste också vara flexibel och kunna förändras. Under perioder av försämring i en kronisk sjukdom är det naturligt att sluta sig samman för att stötta varandra, medan det långsiktiga målet är att skapa och upprätthålla autonomi så att t ex en tonåring med diabetes kan leva ett så naturligt liv med kamrater som möjligt. Olika sjukdomars olika symtomatologi och förlopp innebär också olika typer av påfrestningar för familjen. På så sätt blir familjens organisation, dess förmåga till problemlösning, dess tolerans för emotionella påfrestningar etc av betydelse för hur man hanterar och löser (eller inte förklarar) utmaningar som en viss sjukdom ger [15].

Med ett synsätt där familjen ses som en resurs motverkas »felfinneri» och skuldbeläggning av anhöriga.

lig utveckling av yrkesrollen »strimma» i AT-tjänstgöringen. Läkartidningen 1995; 92: 4061-9.

6. Svedin CG, Koch M. Läkarutbildning i förändring: Patientkontakt, helhetssyn och samtalskonst. Läkartidningen 1990; 87: 2471-3.
7. Wahlberg P. Hur berättar man dåliga nyheter? Läkartidningen 1995; 92: 1702-4.
8. Lundsby M, Sandell G, Ferm R, Währborg P, Pettitt B. Familjeterapins grunder – ett interaktionistiskt perspektiv. Stockholm: Natur & Kultur, 1990.
9. Hansson K, Sundelin J, red. Familjeterapi i Sverige. Lund: Studentlitteratur, 1995.
10. Campbell TL. Family's impact on health: A critical review. Family Systems Medicine 1986; 4: 135-329.
11. Pinsof WM, Wynne LC. The effectiveness of marital and family therapy. J Marital Fam Ther 1995; 21: 341-613.
12. Fisher L, Ransom DC, Terry HE. The California Family Health Project: VII. Summary and integration of findings. Fam Process 1993; 32: 69-86.
13. Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O, Hansson K. Salutogenic childhood factors reported by middle-aged individuals. Follow-up of the children from the Lundby study grown up in families experiencing three or more childhood psychiatric risk factors. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1994; 244: 1-11.
14. Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna. Medicinska program i Östergötland. Linköping: Östergötlands läns landsting, 1998.
15. Gustafsson PA. Familjeterapi på barnklinik. Socialmedicinsk Tidskrift 1986; 63: 465-72.

Medicinsk kommentar är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!

Referenser

1. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980; 137: 535-44.
2. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relation with the doctor mean? Scand J Prim Health Care 1992; 10: 163-9.
3. Bengtsson K, Reichenberg K, Skott A. Balintgrupper för blivande läkare. Ett sätt att bidra till yrkesmässig mognad. Läkartidningen 1997; 94: 1605-11.
4. Berg R. Psykoterapi nu självklar del av psykiatrin. SPFs riktlinjer för fortsatt utveckling. Läkartidningen 1998; 95: 417-22.
5. Lind J. Mälarsjukhuset i Eskilstuna: Person-