



LUND UNIVERSITY

Programmet Familjeband som anhörigstöd inom psykiatrin

Lundh, Lars-Gunnar; Wångby, Margit

2007

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Lundh, L.-G., & Wångby, M. (2007). *Programmet Familjeband som anhörigstöd inom psykiatrin*. Socialstyrelsen. <http://www.socialstyrelsen.se/psyiskhalsa/nationellpsykiatrisamordning2005-2007/Documents/F32FamiljebandsomanhorigstodinompsykiatrinEnsvenskutvardering.pdf>

Total number of authors:

2

General rights

Unless other specific re-use rights are stated the following general rights apply:

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Read more about Creative commons licenses: <https://creativecommons.org/licenses/>

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

LUND UNIVERSITY

PO Box 117
221 00 Lund
+46 46-222 00 00

Programmet *Familjeband* som anhörigstöd inom psykiatri En svensk utvärdering¹

Lars-Gunnar Lundh och Margit Wångby
Institutionen för psykologi, Lunds Universitet

Sammanfattning

Anhörigprogrammet *Familjeband* (engelska "Family Connections") är ett 12-15 veckors pedagogiskt program för anhöriga till patienter med borderline-personlighetsstörning och andra patienter med svårigheter att reglera sina känslor. Detta program har översatts till svenska och implementerats vid olika behandlingsenheter i landet. Denna studie beskriver en utvärdering av *Familjeband* såsom programmet genomförts vid fyra olika behandlingsenheter i olika delar av landet, med sammanlagt 45 kursdeltagare. En jämförelse mellan för- och eftermätning visar en signifikant minskning av psykiska symptom och upplevd börda av att ha en anhörig med psykiatrisk problematik, samt en ökad förmåga till acceptans. Jämförelsen visar också signifikanta förändringar i självrapporterade aspekter av familjefungerande: minskad benägenhet till kritiska kommentarer och emotionell överinvolvering i familjemedlemmar, samt ökade upplevelser av närhet och minskade upplevelser av kaos i familjereationer. Effekterna var likartade vid samtliga behandlingsenheter. Totalt 67% av deltagarna uppvisade ett positivt utfall, i den bemärkelsen att de uppvisade reliabel förbättring på minst ett av sju mått utan att uppvisa reliabel försämring på något av de andra måtten.

¹ Vi vill tacka följande personer för deras samarbete under arbetet med denna studie: Eva Blixt, Åsa Eriksson-Kronvall, Nina Haag, Charlotte Hasselström, Erling Hansen, Anders Homman, Ralph Jensen, Lena Lindberg, Anita Linnér och Hanna Sahlin-Berg.

Inledning

Anhörigprogrammet *Familjeband* (engelska "Family Connections") är ett 12-15 veckors pedagogiskt program för anhöriga till patienter med borderline-personlighetsstörning och andra patienter med svårigheter att reglera sina känslor. Programmet har utvecklats av Alan Fruzzetti och Perry Hoffman i USA (Hoffman et al., 2005b) och bygger på samma grundprinciper som Marsha Linehans (1993) dialektiska beteendeterapi (DBT) som utvecklats för patienter med borderline-problematik. Målet med *Familjeband* är att skapa en bättre förståelse av de symptom och beteenden som är förknippade med borderline-personlighetsstörning, samt att förbättra anhörigas förmåga att hantera sina egna känslomässiga reaktioner, och även att utveckla ett stödjande nätverk med andra anhöriga som är i en liknande situation. *Familjeband* tillhandahåller, förutom aktuell kunskap och teori kring borderline-personlighetsstörning, även färdighetsträning i förmåga till medveten närvaro (s.k. "mindfulness"), samt i förmåga till validering och konflikt- och problemhantering.

En första utvärdering av Family Connections i USA gjordes av Hoffman et al. (2005a) med lovande resultat. I studien deltog 44 anhöriga, från 34 olika familjer (39 föräldrar, 4 partners, och 1 syskon). En signifikant minskning i upplevd sorg och börda, samt en signifikant ökning i bemästrande, kunde uppmätas hos deltagarna från förmätningen till en eftermätning 2 veckor efter programmets avslutande – däremot fann man ingen förändring i grad av depressivitet. Förändringarna stod sig också vid en uppföljning sex månader senare. Studien hade dock ingen kontrollgrupp, vilket utgör en begränsning för de slutsatser som kan dras.

Programmet har översatts till svenska och testats inom psykiatrisk verksamhet i Sverige sedan våren 2006. Programmet är ursprungligen avsett att ledas av särskilt utbildade anhöriga snarare än professionella behandlare, men har i Sverige hittills letts av behandlare från olika DBT-team. I föreliggande rapport görs en första utvärdering av denna verksamhet. Syftet är att undersöka om deltagarna efter genomgången program uppvisar (a) minskade psykologiska symptom, (b) minskad upplevd börda som anhörig, (c) ökad livskvalitet, (d) ökad grad av mindfulness, och (e) förbättrat familjefungerande. Undersökningsdesignen är av samma slag som i den amerikanska utvärderingsstudien, dvs. en kvasiexperimentell design med förmätning och eftermätning, men utan kontrollgrupp. Av tidsskäl har det inte varit möjligt att genomföra någon 6-månaders uppföljning inom de tidsramar som gällt för projektet.

Jämfört med den amerikanska studien har frågeställningarna vidgats något. I den amerikanska utvärderingsstudien (Hoffman et al., 2005) undersöktes förändringar i psykiska symptom och upplevd börda, men inte i livskvalitet, mindfulness, eller familjefungerande. I synnerhet mindfulness och familjefungerande är högst relevanta att studera i detta sammanhang, eftersom programmets fokus ligger på att skapa ökad förmåga till mindfulness hos kursdeltagarna och förbättrade familjerelationer.

Eftersom ett centralt inslag i *Familjeband* handlar om träning i förmågan att vara medvetet närvarande ("mindfulness"), är det en relevant fråga om det går att uppmäta förändringar i denna förmåga efter det att deltagarna genomgått programmet. *Familjeband* innehåller sex "moduler": (1) Introduktion. (2) Familjeutbildning. (3) Färdigheter för mindfulness i relationer. (4) Färdigheter i familjemiljö. (5) Valideringsfärdigheter. (6) Färdigheter i problemhantering. Mindfulness spelar alltså en central roll i modul tre, som bl.a. behandlar färdigheter som att respektera familjemedlemmars erfarenheter även när de avviker från det "vanliga", att acceptera/tolerera/uppskatta olikheter, att inte använda straff som kontroll, att förmedla acceptans och omtanke, att underlätta problemhantering, att vara icke-dömande, att

observera och beskriva primära och sekundära känslor, och att handla effektivt. I modul 4, som bygger vidare på modul 3, behandlas också mindfulness-relaterade teman, som t.ex. att finna balans mellan acceptering och förändring, autonomi och närhet, egna och andras önskningar och mål, individuella beteenden och relationsbeteenden, vårdande och gränssättning, radikal acceptans, mm. Som nästa påbyggnad finns modul 5, som behandlar färdigheter som att vara uppmärksam, lyssna aktivt, spegla, söka efter förståelse, samt i ord och/eller handling kommunicera sin förståelse, ge bekräftelse, uttrycka respekt för känslor, begär, reaktioner och mål, mm. Slutligen finns modul 6, som handlar om färdigheter i problemhantering, och som även här lägger tonvikt vid reell acceptans och mindfulness som centrala inslag.

De färdigheter som programmet avser att lära ut kan kontrasteras mot de olika aspekter av kritisk inställning, fientlighet och emotionellt överengagemang som framhålls som dysfunktionella inslag i familjerelationer inom forskningen kring s.k. *Expressed Emotion*. Sedan George Brown (Brown, Birley, & Wing, 1972) gjorde sina pionjärarbeten kring "Expressed Emotion" under 1960-talet har en stor mängd studier replikerat huvudfynden i denna typ av forskning. Med "Expressed Emotion" åsyftas primärt anhörigas benägenhet (a) att kritisera och (b) att överengagera sig emotionellt i en familjemedlem med psykiska problem. I upprepade studier har det visats att graden av "Expressed Emotion" ökar risken för återfall hos personer med schizofreni, depressioner, bipolärt syndrom, ätstörningar och missbruksproblematik (Hooley, 2007).

Det vanliga sättet att mäta "Expressed Emotion" i forskningssammanhang är med en strukturerad intervju, *Camberwell Family Interview* (Leff & Vaughn, 1985), där anhöriga intervjuas om utvecklingen av patientens psykiska problematik och de uttryck som den tar sig. Intervjun tar 1-2 timmar att genomföra, och spelas in på band för senare kodning. Grad av kritisk inställning, fientlighet och emotionellt överengagemang skattas dels utifrån vad familjemedlemmen säger om den anhörige, och dels utifrån tonfall som används. Eftersom Camberwell Family Interview är en tidskrävande metod som kräver speciell utbildning och därför inte är användbar i den kliniska vardagen, har det även utvecklats enklare instrument för att mäta "Expressed Emotion", däribland ett flertal självskattningsinstrument.

I vår undersökning använde vi ett självskattningsinstrument som utvecklats av Hansson och Jarbin (1997), *Frågor om Familjemedlemmar* (FOF). Detta frågeformulär har fyra subskalor som avser att mäta såväl (a) grad av kritisk inställning och emotionellt överengagemang hos respondenten själv som (b) respondentens upplevelse av kritik och emotionellt engagemang från andra familjemedlemmar. Den förmåga till ökad mindfulness, acceptans och tolerans som anhängigprogrammet *Familjeband* avser att utveckla hos kursdeltagarna bör kunna motverka kritiska attityder och emotionellt överengagemang. Om programmet *Familjeband* fungerar som det är avsett, bör man därför kunna vänta sig att det ska leda till en minskning i både kritisk inställning och emotionellt överengagemang i anhöriga med psykisk problematik.

Som ytterligare ett instrument för att mäta förändringar i familjefungerandet använde vi även Hanssons (1989) *Familjeklimatskala*, som innebär att deltagarna ställs inför en lista av adjektiv och tillfrågas vilka av dessa adjektiv som beskriver klimatet i deras familj. Familjeklimatskalan har fyra delskalor: Närhet, Distans, Expressivitet och Kaos. Om anhängigprogrammet *Familjeband* fungerar som det är avsett bör man kunna vänta sig att deltagarna efter genomgången program kommer att uppleva ökad närhet, samt minskad distans och lägre grad av kaos i familjerelationerna.

Förutom att vår undersökning bör kunna ge kunskaper om hur den svenska versionen av *Familjeband* fungerar, och replikera resultaten av den amerikanska studien, så bör den alltså också kunna bidra till nya kunskaper om den typ av förändringar som kan förväntas efter genomgåendet program.

Metod

Undersökningsdeltagare

Familjeband implementerades inom fyra olika psykiatriska verksamheter: Psykiatriska kliniken vid Universitetssjukhuset i Lund, Jakobsberg-Karolinska Psykiatriska Öppenvård i Stockholm (mottagningen Kronan i Sundbyberg), Borderline-enheten vid Karolinska Sjukhuset i Stockholm, samt Psykiatriska ungdomsteamet vid NU-sjukvården i Vänersborg. Sammanlagt genomfördes programmet i sex olika anhörigrupper (se Tabell 1).

Tabell 1. Deltagande behandlingsenheter, med antal deltagare som påbörjade anhörigprogrammet (och antal som fullföljde deltagandet i undersökningen inom parentes).

	Antal deltagare		Tidsperiod
	Kvinnor	Män	
Öppenvårdsmottagningen Kronan	6 (6)	4 (2)	febr. 06 – maj 06
Borderline-enheten vid Karolinska Grupp 1	7 (5)	2 (1)	mars 06 – juni 06
Universitetssjukhuset i Lund Grupp 1	4 (4)	4 (4)	mars 06 – juli 06
NU-sjukvården i Vänersborg	5 (5)	3 (3)	sept. 06 – dec. 06
Universitetssjukhuset i Lund Grupp 2	7 (7)	2 (1)	sept. 06 – dec. 06
Borderline-enheten vid Karolinska Grupp 2	6 (5)	2 (2)	jan. 07 – mars 07

Kursdeltagarna rekryterades på något olika sätt vid de olika behandlingsenheterna. Vid Universitetssjukhuset i Lund rekryterades deltagarna via anslag med information om programmet vid psykiatriska mottagningar och avdelningar, men några deltagare kom också via psykoterapeuter inom regionen. Inklusionskriterium var att den presumtive deltagaren skulle kunna beskriva en anhörig med borderline-problematik.

Vid Borderline-enheten på KS rekryterades deltagare genom information som gavs vid ett möte anordnat av en förening för anhöriga till personer med borderline-personlighetsstörning. De som var intresserade fick höra av sig till DBT-teamet, och screenades sedan av en mentalskötare med avseende på lämplighet för programmet. Krav för deltagande var att personen inte hade alltför stora psykiska problem eller uppenbara missbruksproblem, och bedömdes ha förmåga att klara av den teoretiska delen av programmet.

Mottagningen Kronan rekryterade sina deltagare genom att information om kursen spreds via möten, väntrum, samt till behandlare som uppmanades bjuda in anhöriga som de trodde skulle passa. Även andra mottagningar inom kliniken informerades om att möjligheten fanns. I informationen frågades: "har du en anhörig med svårigheter att reglera känslor, eller emotionellt instabil personlighet?"

NU-sjukvården i Vänersborg riktade sig till anhöriga till unga personer (16-25 år) och rekryterade sina kursdeltagare via skriftlig information, bl.a. i form av anslag i väntrum, inom

BUP samt vuxenpsykiatriska kliniken öppenvårdsmottagningar, slutenvårdsavdelningar och behandlingshem för personer med en personlighetsstörning. Personer som visade intresse inbjöds till ett informationsmöte. Inklusionskriterium var att man skulle kunna ange att man har en anhörig som skadar sig själv och som har svårt att reglera känslor.

Sammanlagt deltog 52 anhöriga (35 kvinnor och 17 män) i de olika anhöriggrupperna. Av dessa besvarade 51 frågeformuläret vid förmätningen och 46 vid eftermätningen. Data både på för- och eftermätning fanns för 45 deltagare (32 kvinnor och 13 män), med en genomsnittlig ålder av 51.7 (SD = 9.8) år; den yngste deltagaren var 25 år och den äldste 69 år. Av dessa deltog 40 i egenskap av föräldrar, 2 i egenskap av syskon, och 3 i egenskap av make/maka/sambo till en patient.

Nio av deltagarna deltog i samtliga gruppmöten, medan 21 var frånvarande vid ett av mötena, 10 vid två möten, och 5 vid tre möten.

Instrument

Förutom ett antal demografiska frågor (se Appendix 2) användes följande psykometriska instrument:

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1994), som är en förkortad version av Symptom Check List (SCL-90; Derogatis, 1994), innehåller 53 frågor om olika tecken på emotionella besvär som besvaras på en 5-gradig Likert-skala med svarsalternativ från "inte alls" (= 0) till "mycket" (= 4). Frågorna täcker ett brett spektrum av olika typer av besvär och delas in i nio subskalor benämnda efter olika typer av psykopatologi: Somatisering, Obsessiv-kompulsivitet, Interpersonell sensitivitet, Depressivitet, Ängest, Fientlighet-vrede, Fobisk ängest, Paranoidt tänkande, och Psykoticism. Skalan innehåller också ett globalt svårighetsindex (GSI), som beräknas som den genomsnittliga poängen på de 53 frågorna. Detta index, liksom samtliga subskalor kan variera mellan 0 och 4.

Burden Assessment Scale (BAS; Reinhard, Gubman, Horwitz, & Minsky, 1994) syftar till att mäta upplevd börda av att ha en anhörig med psykiska problem och består av 19 frågor som besvaras på en 4-gradig Likert-skala, med svarsalternativ från "inte alls" (= 0) till "ganska mycket" (= 3). BAS har översatts till svenska och validerats av Ivarsson, Sidenvall och Carlsson (2004), som med hjälp av faktoranalys identifierade följande tre subskalor: *Aktivitetsbegränsning* (9 items, Cronbach's alpha = .88), *Oro och skuld-känslor* (5 items, Cronbach's alpha = .73), och *Sociala påfrestningar* (5 items, Cronbach's alpha = .75). Poängen adderas till en summapoäng för såväl hela skalan som subskalorna, vilket innebär att poängen på hela skalan kan variera från 0 till 57 poäng

Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva, & Retslaff, 1992) innehåller frågor kring 16 olika livsområden som kan vara viktiga för en persons välbefinnande. Varje område beskrivs först kort och därefter ställs två frågor kring hur *viktig* denna aspekt av livskvalitet är för respondentens välbefinnande och hur *nöjd* han eller hon är på detta livsområde. Den första frågan besvaras på en 3-gradig Likert-skala från 0 (inte viktigt) över 1 (ganska viktigt) till 2 (mycket viktigt). Den andra frågan besvaras på en 6-gradig skala som sträcker sig från -3 (Mycket missnöjd) till +3 (mycket nöjd). Svaren på de båda frågorna multipliceras för varje livsområde och räknas sedan samman till en genomsnittspoäng.

Svenska normdata på QOLI finns från ett projekt med ett slumpmässigt urval stockholmare i åldern 25-50 år (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001).

Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004) består av fyra subskalor: *Observera* (12 items), *Beskriva* (8 items), *Handla med medvetenhet* (10 items), och *Acceptera utan att döma* (9 items). KIMS har nyligen översatts till svenska och en validering av den svenska översättningen har gjorts av Hansen och Homman (2007) som visar att instrumentet fungerar väl även i sin svenska version. Påståendena i KIMS skattas på en 5-gradig Likert-skala, med svarsalternativ från "stämmer aldrig eller mycket sällan" (= 1) till "stämmer mycket ofta eller alltid" (= 5), och summeras till totalpoäng på de fyra olika subskalorna.

Frågor om Familjemedlemmar (FOF; Hansson & Jarbin, 1997) innehåller 30 items som syftar till att mäta s.k. "Expressed Emotion", och som utifrån faktoranalys delats upp i skalor för att mäta dels upplevd kritik från den närstående (*Upplevd Kritik*; UK) och upplevt emotionellt engagemang från den närstående (*Upplevd Emotionell Involvering*; UEI), och dels egen kritisk inställning (*Kritiska Kommentarer*; KK) och eget emotionellt överengagemang (*Emotionell Överinvolvering*; EÖI) till den närstående. Frågorna besvaras på en 5-gradig Likert-skala, med svarsalternativ från "nästan aldrig" (= 1) till "nästan alltid" (= 5). Hansson och Jarbin (1997) fann att instrumentet hade god reliabilitet och validitet. Lundblad och Hansson (2005) rapporterar alfa-koefficienter från .68 till .84 för de fyra skalorna. Poängen på de olika subskalorna beräknas som medelvärdet av de ingående frågorna, vilket innebär att poängen på varje subskala kan variera mellan 1 och 5.

Familjeklimatskalan (Hansson, 1989; Lundblad & Hansson, 2005) innehåller en lista av 85 adjektiv som avser att återspegla den emotionella atmosfären i familjen, uppdelade på fyra subskalor: *Närhet* (alfa = .98), *Distans* (alfa = .91), *Expressivitet* (alfa = .71), och *Kaos* (alfa = .92). Poängen beräknades som antalet adjektiv som bejakades på varje subskala.

Procedur

Samtliga instrument, tillsammans med demografiska frågor, administrerades först till deltagarna innan de påbörjade anhörigprogrammet, och sedan efter programmets avslutande.

Förmätningen. Datainsamlingen genomfördes i så stor utsträckning som möjligt oberoende av kursledarna. Inför starten av varje ny anhöriggrupp informerades den centrala projektgruppen (Lars-Gunnar Lundh och Margit Wångby) av de lokala kontaktpersonerna vid de olika behandlingsenheterna om hur många deltagare som var anmälda. Ett motsvarande antal kuvert innehållande frågeformulär plus svarskuvert och blanketter för informerat samtycke distribuerades därefter till respektive kontaktperson, som delade ut dessa till kursdeltagarna före eller i samband med kursstarten. Blanketter och frågeformulär i varje sådant kuvert var märkta med samma kodnummer.

Varje deltagare fick alltså ett kuvert som innehöll (a) en blankett för informerat samtycke att skriva under, märkt med kodnummer (se Appendix 1), (b) ett frågeformulär med samma kodnummer (försättsbladet till frågeformuläret visas i Appendix 2) och (c) ett frankerat svarskuvert adresserat till utvärderingsprojektets ansvariga. Deltagarna instruerades (1) att lämna in samtyckesblanketten till kursledaren, och (2) att lägga det besvarade frågeformuläret i det frankerade svarskuvertet som var adresserat till Lars-Gunnar Lundh, och att skicka in

detta. Inga namn skrevs på frågeformulär eller svarskuvert. Små procedurskillnader finns mellan de olika behandlingsenheterna: Vid Universitetssjukhuset i Lund besvarade deltagarna frågeformuläret på den psykiatriska mottagningen innan det första kurstillfället. Vid borderline-enheten på KS fyllde deltagarna i formuläret mellan den första och andra sessionen. Vid Mottagningen Kronan besvarades frågeformuläret hemma efter den första sessionen. Deltagarna inom NU-sjukvården i Vänersborg fick formulären hemskickade innan kursstart.

Genom att deltagarna skrev under blanketten för informerat samtycke kom varje kodnummer att kopplas till ett namn. Kontaktpersonen samlade in samtyckesblanketterna och skickade in dessa separat till den centrala projektgruppen. Kursdeltagarna fyllde i sina frågeformulär och lade dessa i det förfrankade svarskuvertet som var adresserat till projektgruppen och skickade in detta.

Deltagarna garanterades konfidentialitet i relation till personalen på den psykiatriska mottagningen genom att de tilldelades kodnummer i samband med att skrev under blanketten för informerat samtycke. Blanketter och frågeformulär förvarades av den centrala projektgruppen, som inför eftermätningarna såg till att frågeformulär med rätt kodnummer lades i kuvert adresserade till rätt deltagare och distribuerade dessa till respektive kontaktperson. Enbart de ansvariga för utvärderingsprojektet (Lars-Gunnar Lundh och Margit Wångby) hade tillgång till kodnyckeln, som kunde knyta namn till kodnummer.

Eftermätningen. Vid eftermätningen fick deltagarna ett kuvert med sitt namn på, som innehöll (a) ett informationsbrev om projektet, med utrymme för att skriva ner fria synpunkter på det program de gått igenom (se Appendix 3), (b) ett frågeformulär med det individuella kodnumret, som var identiskt med det som de besvarat vid förmätningen, med undantag för sida 1 (försättsbladet till frågeformuläret vid eftermätningen visas i Appendix 4), (c) och ett frankerat svarskuvert adresserat till Lars-Gunnar Lundh. Inga namn skrevs på frågeformulär eller svarskuvert. Varje deltagare lade sitt ifyllda frågeformulär i ett svarskuvert adresserat till den centrala projektgruppen och skickade in detta. Även här förekom smärre procedurskillnader mellan behandlingsenheterna. Vid Universitetssjukhuset i Lund fyllde deltagarna i formulären i direkt anslutning till den sista sessionen. Deltagarna vid Borderline-enheten på KS, vid Mottagningen Kronan och inom NU-sjukvården i Vänersborg besvarade frågeformuläret hemma efter den sista sessionen. I några enstaka fall fördröjdes svaren, och inkom först efter en påminnelse till kursdeltagaren.

Resultat

I resultatdelen beskrivs först data på de olika instrumenten vid för- och eftermätning för hela den studerade gruppen. De analyseras sedan uppdelat på individfokuserade och familjefokuserade mått, och uppdelat på de olika behandlingsenheterna. Därefter analyseras förekomsten av reliabel förändring på individnivå på de olika måtten, och sedan beskrivs kvalitativa data kring hur deltagarna uppfattat programmet. Slutligen analyseras bortfallet i undersökningen.

Tabell 2 visar för- och eftermättningsdata (medelvärden och standardavvikelser) på samtliga mätinstrument för alla deltagare som deltog vid båda mättillfällena.

Tabell 2. Medelvärden (och standardavvikelser) på de olika mätinstrumenten före och efter anhörigprogrammet för deltagarna (n = 45).

	Förmätning	Eftermätning	
	M (SD)	M (SD)	t(44)
<i>Brief Symptom Inventory</i>			
General Symptom Index (GSI)	0.85 (0.67)	0.64 (0.53)	-2.30*
Somatisering	0.55 (0.73)	0.42 (0.48)	-1.35
Obsessiv-kompulsivitet	1.40 (0.94)	1.17 (0.81)	-1.81
Interpersonell sensitivitet	0.77 (0.76)	0.58 (0.70)	-1.54
Depression	1.11 (0.96)	0.84 (0.77)	-2.24*
Ångest	1.24 (0.91)	0.95 (0.81)	-2.02*
Fientlighet-vrede	0.71 (0.73)	0.55 (0.63)	-1.24
Fobisk ångest	0.35 (0.74)	0.22 (0.48)	-2.13*
Paranoidt tänkande	0.69 (0.72)	0.46 (0.54)	-2.21*
Psykticism	0.57 (0.73)	0.38 (0.52)	-2.52*
<i>Burden Assessment Scale</i>			
Aktivitetsbegränsningar	28.76 (9.58)	22.71 (9.73)	-3.27**
Oro och skuldkänslor	13.67 (5.41)	10.64 (5.11)	-3.07**
Sociala påfrestningar	9.51 (3.44)	7.56 (3.42)	-2.98**
	5.58 (3.14)	4.51 (2.88)	-1.75
<i>Quality of Life Inventory</i>			
	2.03 (1.54)	2.29 (1.32)	1.15
<i>Kentucky Inventory of Mindfulness Skills</i>			
Observera	35.78 (7.52)	37.42 (9.58)	1.15
Beskriva	28.96 (7.23)	28.62 (7.64)	-0.26
Handla med medvetenhet	27.58 (5.50)	29.29 (4.84)	1.68
Acceptera utan att döma	30.47 (6.50)	33.20 (5.85)	2.57*
<i>Familjeklimatskalan</i>			
Upplevd kritik (UK)	2.25 (0.81)	2.17 (0.79)	-0.50
Upplevd emotionell involvering (UEI)	2.77 (0.66)	2.82 (0.55)	0.43
Kritiska kommentarer (KK)	3.01 (0.73)	2.38 (0.58)	-4.66***
Emotionell överinvolvering (EÖI)	3.86 (0.70)	3.20 (0.51)	-5.42***
<i>Frågor om familjemedlemmar</i>			
Närhet	2.64 (3.05)	3.91 (3.14)	2.10*
Distans	1.78 (1.58)	1.51 (1.58)	-0.81
Expressivitet	1.00 (0.93)	0.76 (1.15)	-1.13
Kaos	2.53 (1.62)	1.62 (1.25)	-3.43***

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p > .001$

De olika instrumenten kan delas upp i sådana som är mer individrelaterade (dvs. som fokuserar på deltagarnas upplevelser av sig själva, i form av symptom, livskvalitet, förmåga till mindfulness, och upplevd belastning) och sådana som är mer familjerelaterade mått (dvs. som fokuserar på deltagarnas upplevelser av relationer till andra familjemedlemmar).

Individerelaterade mått

Fyra olika slag av individerelaterade mått användes: (1) Brief Symptom Inventory (BSI) för att mäta deltagarnas psykiska symptomnivå, (2) Burden Assessment Scale (BAS) för att mäta deltagarnas upplevelse av börda/påfrestningar av att ha en närstående med psykiatrisk problematik, (3) Quality of Life Inventory (QOLI) för att mäta deltagarnas livskvalitet, och (4) Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) för att mäta deltagarnas förmåga att vara medvetet närvarande. Signifikanta förändringar uppmättes på symptom, upplevd börda och en av mindfulness-skalorna, medan förändringen i livskvalitet inte var statistiskt signifikant.

Psykologiska symptom. Deltagarnas allmänna psykiska symptomnivå, mätt med General Symptom Index (GSI) på BSI, visade en sänkning från 0.85 vid förmätningen till 0.64 vid eftermätningen ($p = .026$, Cohens $d = 0.35$). Av de nio subskalorna uppvisade deltagarna, som framgår av tabell 2, en signifikant ($p < .05$) sänkning på fem: Depression ($p = .030$, $d = 0.32$), Ångest ($p = .049$, $d = 0.34$), Fobisk ångest ($p = .039$, $d = 0.22$), Paranoidt tänkande ($p = .033$, $d = 0.37$), och Psykoticism ($p = .015$, $d = 0.31$). Effektstorlekarna var genomgående små.

Upplevd börda. Även deltagarnas upplevelse av börda/påfrestningar av att ha en anhörig med psykiatrisk problematik, mätt med Burden Assessment Scale (BAS), uppvisade en sänkning ($p = .002$, Cohens $d = 0.63$). Här var effekten alltså något starkare än den var på symptominventoriet. Analysen av delskalorna visade att sänkningen framför allt rörde en rapporterad minskning i upplevelsen av att vara begränsad i sina aktiviteter ($p = .004$, $d = 0.58$), samt minskade känslor av oro och skuld ($p = .005$, $d = 0.57$). Minskningen i rapporterade sociala påfrestningar var inte lika uttalad ($p = .087$, $d = 0.36$).

Livskvalitet. På Quality of Life Inventory (QOLI) visade analysen en svag, men icke-signifikant ökning ($p = .258$, $d = 0.18$). I jämförelse med normdata på QOLI från ett slumpmässigt urval av 329 Stockholmare (175 kvinnor och 154 män) i åldern 25-50 år (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001) kan noteras att kvinnorna i anhöriggruppen skattade signifikant lägre än kvinnorna i normgruppen vid förmätningen, 1.92 (SD = 1.63) vs. 2.54 (SD = 1.26), $t(205) = -2.43$, $p = .016$, men att de inte skilde sig signifikant vid eftermätningen, 2.15 (SD = 1.43) vs. 2.54 (SD = 1.26), $t(205) = -1.57$, $p = .118$. Männerna i anhöriggruppen skattade högre livskvalitet än männen i jämförelsegruppen, såväl vid förmätning, 2.28 (SD = 1.31) vs. 2.19 (SD = 1.12), som vid eftermätning, 2.63 (SD = 1.31) vs. 2.19 (SD = 1.12), men eftersom det enbart var 13 män i anhöriggruppen var detta inte statistiskt signifikant.

Mindfulness. Jämförelse mellan för- och eftermätning visade en ökning på subskalan *Acceptera utan att döma* ($p = .014$, $d = 0.44$), samt en tendens till ökning på subskalan *Handla med medvetenhet* ($p = .100$, $d = 0.34$). I jämförelse med en grupp av 123 universitetsanställda (Hansen & Homman, 2007), 62 kvinnor och 58 män, med en genomsnittlig ålder av 50 år (SD = 10.9, variationsvidd från 28 till 71 år) kan noteras att anhöriggruppen skattade lägre på *Acceptera utan att döma* vid förmätningen, 30.47 (SD = 6.50) vs. 35.20 (SD = 6.45), $t(166) = -3.03$, $p < .001$. Vid eftermätningen var skillnaden mellan grupperna på denna subskala inte längre signifikant, $t(166) = -1.82$, $p = .071$. Vid förmätningen skattade anhöriggruppen även lägre på *Handla med medvetenhet*, 27.58 (SD = 5.50) vs. 32.66 (SD = 5.16), $t(166) = -5.55$, $p < .001$, och denna skillnad var fortfarande signifikant vid eftermätningen, $t(166) = -3.81$, $p < .001$.

Familjerelaterade mått

Två instrument användes för att mäta familjeklimatet: *Familjeklimatskalan* och *Frågor om familjemedlemmar*. Tydliga förändringar ses på vissa av subskalorna på båda dessa instrument.

Familjeklimatskalan syftar till att mäta olika aspekter av (1) kritisk inställning och (2) emotionellt överengagemang i relation till den anhörige, och delar upp dessa aspekter utifrån (a) upplevelsen av att vara föremål för kritik och emotionellt överengagemang från den anhörige och (b) graden av egen kritisk inställning till den anhörige, och emotionellt överengagemang i honom/henne. Som framgår av Tabell 2 uppvisade deltagarna inga tecken på en upplevelse av förändrad inställning i dessa avseenden *från* den anhörige, men däremot en betydande minskning i sin rapportering av egen kritisk inställning *till* honom/henne ($p < .001$, $d = 0.96$) och i grad av emotionell överinvolvering ($p < .001$, $d = 1.11$). Effekter av denna magnitud brukar räknas som ”starka”, enligt Cohens (1992) tumregler.

Tabell 3 visar en jämförelse mellan deltagarna i anhöriggruppen och data från kliniska och icke-kliniska grupper, samt deltagare i parterapi som publicerats av Lundblad och Hansson (2005). Den kliniska gruppen består av föräldrar till ungdomar som behandlats med intensiv familjeterapi vid fem svenska behandlingsenheter (Sundelin, 1999), och den icke-kliniska gruppen är hämtad från den svenska GEMA-studien (Reiss et al., 2001). Som framgår av tabellen ligger anhöriggruppen vid förmätningen högre än alla de andra jämförelsegrupperna på Kritiska Kommentarer (KK) och Emotionell Överinvolvering (EÖI). Vid eftermätningen ligger de dock lägre än den kliniska jämförelsegruppen på KK, och även lägre än kvinnorna i parterapigruppen (jämförelsen med kvinnorna är här mer relevant än jämförelsen med männen eftersom deltagarna i anhöriggruppen till ca 73% var kvinnor). Även på Emotionell Överinvolvering (EÖI) ligger anhöriggruppen vid förmätningen högt över alla de andra jämförelsegrupperna ($d > 1$ i relation till varje jämförelsegrupp), men trots en betydande sänkning på denna skala ligger de fortfarande högre än de andra jämförelsegrupperna även vid eftermätningen.

Tabell 3. Jämförelse mellan anhöriggruppen och normdata från Lundblad och Hansson (2005).

	Anhöriggruppen (n = 44)		Icke-klinisk grupp		Klinisk grupp (n = 197)	Parterapi	
	Före	Efter	Kvinnor (n = 648)	Män (n = 646)		Kvinnor (n = 316)	Män (n = 311)
UK	2.25 (0.81)	2.17 (0.79)	1.56 (0.53)	1.89 (0.53)	2.07 (0.67)	2.29 (0.84)	2.60 (0.82)
UEI	2.77 (0.66)	2.82 (0.55)	2.64 (0.50)	2.80 (0.50)	2.51 (0.60)	2.52 (0.62)	2.77 (0.56)
KK	3.01 (0.73)	2.38 (0.58)	1.81 (0.57)	1.61 (0.47)	2.56 (0.76)	2.81 (0.71)	2.34 (0.64)
EÖI	3.86 (0.70)	3.20 (0.51)	1.95 (0.50)	1.92 (0.47)	2.71 (0.64)	2.91 (0.62)	2.74 (0.62)

På *Frågor om familjemedlemmar* visade deltagarna, som framgår i Tabell 2, en ökning på subskalan Närhet ($p < .042$, $d = 0.41$) och en minskning på delskalan Kaos ($p < .001$, $d = 0.64$). Förändringarna på detta instrument analyserades mer i detalj genom att en jämförelse gjordes mellan för- och eftermätning med avseende på hur stor andel av deltagarna som bejakade de olika upplevelsequaliteter i familjerelationerna som frågas efter i *Frågor om familjemedlemmar*. Som framgår av Tabell 4 är det betydande skillnader mellan rangordningarna av vanligast rapporterade upplevelser mellan för- och eftermätning.

Tabell 4. Rangordning av upplevda kvaliteter i familjeklimatet som bejakats av minst 20% av deltagarna i anhöriggrupperna före respektive efter programmet. (Adjektiv som bejakades av minst 10% fler deltagare vid den aktuella mätningen än den andra är markerade med fet stil.)

Vid förmätningen		Vid eftermätningen	
Upplevelse kvalitet	Procent	Upplevelse kvalitet	Procent
Oroligt	73	Engagerat	52
Irriterat	65	Arbetsamt	50
Känsligt	59	Kärleksfullt	48
Arbetsamt	56	Oroligt	48
Spänt	52	Känsligt	46
Ängsligt	47	Tillåtande	42
Nedstämt	45	Hänsynsfullt	40
Nervöst	43	Vänligt	40
Tungt	43	Tolerant	38
Engagerat	41	Ängsligt	36
Kärleksfullt	39	Rörigt	34
Instabilt	37	Avvaktande	32
Splittrat	37	Spänt	32
Explosivt	35	Nedstämt	30
Försiktigt	35	Viktigt	30
Osäkert	35	Varmt	30
Öppet	35	Irriterat	28
Avvaktande	33	Tungt	28
Rörigt	33	Bra	26
Kritiskt	29	Försiktigt	26
Tryckt	29	Nervöst	26
Aggressivt	28	Instabilt	26
Hänsynsfullt	28	Ordnat	26
Bra	26	Tryggt	26
Förvirrat	26	Aggressivt	24
Tillåtande	26	Berömmande	24
Tryggt	26	Öppet	24
Klandrande	24	Naturligt	22
Viktigt	24	Stabilt	22
Jäktat	22	Kamratligt	20
Missnöjt	22	Meningsfullt	20
Ordnat	22	Personligt	20
Personligt	22		
Tolerant	22		
Vänligt	22		

Andelen deltagare som bejakat adjektivet Oroligt har t.ex. minskat från 73% till 48%, och liknande minst 20-procentiga minskningar kan ses i andelen deltagare som bejakat adjektiven Irriterat (från 65% till 28%), Spänt (från 52% till 32%), och Splittrat (37% till 12%) – däremot har det t.ex. inte skett någon större förändring mellan för- och eftermätning i andelen deltagare som bejakar andra stressrelaterade adjektiv som Arbetsamt (56% respektive 50%), Rörigt (33% respektive 34%), eller Aggressivt (28% respektive 24%). Till de adjektiv som bejakas mer vid eftermätningen än vid förmätningen hör framför allt positiva ord som Vänligt (från 22% till 40%), Tillåtande (från 26% till 42%), Tolerant (från 22% till 36%), Varmt (från

16% till 30%), Hänsynsfullt (från 28% till 40%), och Engagerat (från 41% till 52%) – däremot har det t.ex. inte skett någon förändring i andelen deltagare som bejakar adjektiv som Bra (26% vid båda mätningstillfällena) eller Tryggt (26% vid båda mätningstillfällena).

Skillnader mellan de olika behandlingsenheterna

Eftersom programmet implementerades parallellt vid flera olika behandlingsenheter på olika håll i landet är det av intresse att jämföra resultaten för var och en av dessa. Om anhörigprogrammet och utbildningen i detta fungerar som avsett bör likartade förändringar kunna uppmätas vid samtliga behandlingsenheter. Tabell 5 beskriver data från för- och eftermätningarna separat för de fyra olika behandlingsenheterna på de sju mått som förändrades signifikant i hela gruppen.

Tabell 5. Jämförelse mellan de fyra olika behandlingsenheterna i anhörigprojektet.

	Lund (n = 16)	Karolinska (n = 13)	Kronan (n = 8)	NU-sjukvården (n = 8)
Brief Symptom Inventory (BSI)				
före	0.77 (0.74)	0.87 (0.59)	1.27 (0.88)	0.54 (0.31)
efter	0.59 (0.42)	0.49 (0.39)	1.20 (0.78)	0.45 (0.22)
Burden Assessment Scale (BAS)				
före	27.25 (10.10)	29.69 (9.45)	30.38 (12.08)	28.63 (6.99)
efter	25.31 (10.59)	18.62 (8.84)	24.75 (10.42)	22.13 (7.83)
KIMS Acceptera utan att döma				
före	29.81 (6.44)	32.62 (5.44)	28.25 (9.65)	30.50 (4.18)
efter	32.81 (4.79)	34.77 (6.34)	30.88 (7.72)	33.75 (5.12)
Kritiska Kommentarer (KK)				
före	3.02 (0.60)	3.26 (0.83)	3.07 (0.82)	2.51 (0.51)
efter	2.24 (0.54)	2.24 (0.58)	2.60 (0.61)	2.65 (0.57)
Emotionell Överinvolvering (EÖI)				
före	3.92 (0.59)	3.87 (0.86)	4.00 (0.85)	3.61 (0.49)
efter	3.12 (0.43)	3.15 (0.49)	3.48 (0.69)	3.15 (0.50)
Närhet				
före	1.81 (2.34)	3.23 (3.22)	2.00 (2.53)	4.00 (4.07)
efter	4.13 (3.30)	5.08 (3.33)	2.88 (2.53)	2.63 (2.72)
Kaos				
före	2.94 (1.34)	1.69 (1.32)	3.38 (2.00)	2.25 (1.75)
efter	1.50 (1.21)	1.38 (1.04)	2.38 (1.69)	1.50 (1.07)

En jämförelse mellan förmättningsdata från de olika behandlingsenheterna tyder, som framgår av Tabell 5, på vissa skillnader i de deltagare som rekryterats. Deltagarna vid Öppenvårdsmottagningen Kronan visar tecken på att vara den mest problemtungda av grupperna, med en högre symptomnivå på BSI, samt högst poäng på upplevd börda, emotionell överinvolvering och kaotiska familjerelationer, och lägst poäng på acceptans.

Riktningen i de uppmätta förändringarna på symptomnivå (BSI), upplevd börda (BAS), acceptans (KIMS), emotionell överinvolvering (EÖI) och kaos-skalan var densamma vid samtliga behandlingsenheter. På Kritiska Kommentarer (KK) och Närhets-skalan var riktningen i förändringen densamma vid tre av de fyra behandlingsenheterna. Det innebär att riktningen i de förändringar som sågs för hela deltagargruppen återfinns även på mer detaljerad analysnivå i 26 av 28 jämförelser, vilket ger stöd för antagandet att programmet fungerar på likartat sätt vid de olika behandlingsenheterna.

Storleken i effekterna uppvisade en viss variation mellan de olika behandlingsenheterna. Deltagarna vid Borderlineenheten på Karolinska uppvisade de största effekterna på symptomnivå (BSI, Cohens $d = 0.78$) och på upplevd börda (BAS, Cohens $d = 1.22$). På de familjerelaterade måtten var effekterna störst vid Universitetssjukhuset i Lund och Borderline-enheten vid Karolinska, som båda uppvisade effektstorlekar på $d > 1$ på Kritiska Kommentarer och Emotionell Överinvolvering. På Närhet och Kaos ses de största effekterna vid Universitetssjukhuset i Lund. På mindfulness, delskalan *Acceptera utan att döma*, uppvisar deltagarna vid alla behandlingsenheter relativt likartade ökningsar.

Reliabel förändring

Medelvärdesförändringar och genomsnittliga effektstorlekar på gruppnivå säger inte så mycket om hur enskilda individer i gruppen har förändrats. Ett sätt att studera detta på individnivå är att beräkna *reliabel förändring* och/eller *kliniskt signifikant förändring*. Eftersom kursdeltagarna i Familjeband inte utgör en klinisk grupp är det inte relevant att beräkna kliniskt signifikant förändring i detta sammanhang. Däremot kan det vara intressant att se hur många som uppvisar reliabel förändring.

Reliabel förändring ("reliable change"; Christensen & Mendoza, 1986; Jacobson, Follette & Revenstorf, 1984) syftar på huruvida individens förändring på ett visst mått är tillräckligt stor för att man sannolikt ska kunna utesluta att den beror på bristande reliabilitet hos måttet ifråga. Detta avgörs genom att man beräknar ett kriterium för reliabel förändring utifrån måttets reliabilitet (företrädesvis dess internkonsistens) och den studerade gruppens standardavvikelse på måttet vid förmätningen.

På basis av standardavvikelser och internkonsistens hos de olika måtten för deltagarna i *Familjeband* beräknades kriterier för reliabel förändring på samtliga sju mått där förändringen av gruppens medelvärden (se Tabell 2) var statistiskt signifikant ($p < .05$), dvs. BSI, BAS, acceptans-skalan på KIMS, subskalorna *Kritiska Kommentarer* och *Emotionell Överinvolvering* på FOF, samt subskalorna *Närhet* och *Kaos* på Familjeklimatskalan.

Tabell 6. Antal kursdeltagare som uppvisade förbättring respektive försämring på de olika mätinstrumenten.

	Kriterium för reliabel förändring	Antal deltagare (procent inom parentes)				
		Reliabel förbättring	Övrig för- bättring	Reliabel försämring	Övrig för- sämring	Ingen förändring
Symptomnivå (BSI-GSI)	0.33	14 (31.1)	10 (22.2)	4 (8.9)	17 (37.8)	0
Upplevd börda (BAS)	9.94	18 (40.0)	11 (24.4)	3 (6.7)	12 (26.7)	1 (2.2)
Acceptera utan att döma	1.65	13 (28.9)	14 (31.1)	2 (4.4)	14 (31.1)	2 (4.4)
Kritiska Kommentarer	1.01	14 (31.1)	19 (42.2)	1 (2.2)	9 (20.0)	2 (4.4)
Emotionell Överinvolvering	1.27	7 (15.6)	30 (66.7)	0	8 (17.8)	0
Närhet	2.54	19 (42.2)	7 (15.6)	7 (15.6)	2 (4.4)	10 (22.2)
Kaos	2.80	9 (20.0)	17 (37.8)	0	10 (22.2)	9 (20.0)

Deltagarnas psykiska symptom, upplevelse av börda, familjeklimat, osv. kan tänkas variera naturligt, beroende på yttre och inre händelser av olika slag – positiva händelser kan föranleda en positiv förändring, och negativa händelser en negativ förändring. Om anhörigprogrammet Familjeband har en positiv effekt på deltagarna, så bör det dock vara fler som uppvisar

reliabel förbättring än reliabel försämring vid eftermätningen. Tabell 6 visar antalet kursdeltagare som uppvisade reliabel förbättring och försämring på dessa olika skalor, samt även antalet kursdeltagare som uppvisade icke-reliabel förbättring respektive försämring.

Som framgår av tabellen varierade andelen deltagare som förbättrades respektive försämrades från för- till eftermätning mellan de olika instrumenten. Vad gäller reliabel *förbättring* så varierade andelen från 40% eller mer – för upplevd börda (40%) och närhet i familjerelationerna (42.2%) – till 20% eller mindre för emotionell överinvolvering och kaos-skalan. En anledning till de relativt låga siffrorna för förbättring på skalan Emotionell Överinvolvering är att denna hade en låg internkonsistens bland deltagarna i denna studie ($\alpha = 0.57$), vilket gör att kriteriet för reliabel förändring hamnar desto högre. Om man i stället räknar den andel deltagare som uppvisar en förbättring överhuvudtaget på denna skala (dvs. hur liten denna förändring än är) så hamnar man på en betydligt högre siffra, 82.3% - dvs. en högre procentsiffra än för något av de andra mätinstrumenten.

Det kan också noteras att en liten andel av deltagarna uppvisade en reliabel *försämring* på olika mått. På BSI gäller detta t.ex. fyra deltagare. Dessa deltagare uppvisade dock vid förmätningen en generellt låg symptomnivå. De fyra deltagare som uppvisade en reliabel försämring på BSI hade t.ex. ett medelvärde på 0.56 vid förmätningen – dvs. de låg vid förmätningen lägre än hela gruppens medelvärde (0.64) vid eftermätningen (se Tabell 2).

Tabell 7 ger en sammanställning av hur många deltagare som uppvisade reliabel förbättring respektive försämring på olika antal av de mått som redovisades i Tabell 6. Som framgår av tabellen fanns det en deltagare som uppvisade reliabel förbättring på samtliga sju mått, medan ytterligare en deltagare uppvisade reliabel förbättring på sex av måtten, och tre andra på fem av måtten. Ytterligare fem deltagare visade reliabel förbättring på fyra mått, och fyra deltagare på tre mått. Ingen av dessa 14 deltagare uppvisade reliabel försämring på något mått.

Tabell 7. Antal deltagare uppdelat utifrån antal mått på vilka de uppvisade reliabel förbättring respektive försämring.

Antal mått med reliabel förbättring	Antal deltagare	Antal deltagare som uppvisade reliabel försämring på		
		Ett mått	Två mått	Tre mått
Sju	1			
Sex	1			
Fem	3			
Fyra	5			
Tre	4			
Två	12	4	1	
Ett	11	2		
Inget	8	3		2

Som framgår av tabellen var det också sammanlagt 12 deltagare som uppvisade reliabel förbättring på två av måtten – av dessa var det dock fem som också uppvisade reliabel försämring på åtminstone ett av de andra måtten. Av de 11 deltagare som visade reliabel förändring på enbart ett mått var det två som också visade reliabel försämring på ett av de andra måtten. Slutligen fanns det åtta deltagare som inte uppvisade reliabel förbättring på något av måtten – av dessa visade fem reliabel försämring på minst ett av måtten.

Ett möjligt sätt att beräkna andelen deltagare med positivt utfall är att räkna hur många deltagare som uppvisade reliabel förbättring på åtminstone ett mått utan att uppvisa reliabel försämring på något mått. Resultatet blir då att 30 av de 45 deltagarna (67%) uppvisar ett odelat positivt utfall. Ett liberalare kriterium skulle vara att även räkna in de fyra deltagare som uppvisade reliabel förbättring på två mått och reliabel försämring på ett mått (dvs. fler fall av reliabel förbättring än försämring) – procentsiffran skulle då stiga till 76%.

Fem av deltagarna (12%) uppvisade ett i huvudsak negativt utfall, i den bemärkelsen att de uppvisade reliabel försämring på åtminstone ett mått utan att visa reliabel förbättring på något av de andra måtten. En närmare granskning av dessa individer visar att fyra av dem skattade lågt (0.13, 0.15, 0.26 och 0.42) på psykisk symptomnivå vid förmätningen, medan den femte uppvisade en relativt hög symptomnivå (BSI-GSI = 1.08) vid förmätningen. Vid eftermätningen var det, trots en ökad symptomnivå, fortfarande två av dem som låg under hela gruppens medelvärde på BSI-GSI.

Upplevelser av anhörigprogrammet

På frågan vid eftermätningen om deltagarna var nöjda med anhörigprogrammet angav 33 av dem svarsalternativet "mycket nöjd", medan 12 svarade "ganska nöjd". Inga deltagare angav svarsalternativen "ganska missnöjd" eller "mycket missnöjd".

Deltagarna hade också möjlighet att ge fria synpunkter på kursen. Fjorton deltagare använde sig av denna möjlighet. Ett flertal uttryckte sin uppskattning av kursen:

- *En mycket bra kurs som alla som har barn med problem borde få gå.*
- *Jag tycker det var ett väldigt bra och BEHÖVLIGT initiativ att hålla en sådan här kurs. Det behövs att man får träffa andra människor som är i liknande situation, för att prata och förstå att man inte är ensam i allt det jobbiga. Redskapen vi fått för att lära oss hantera besvärliga situationer med våra anhöriga har varit mkt bra. Störst nytta känner jag att jag har haft av begreppet "radikal acceptans". Det har hjälpt mig bli kvitt en hel del skuld känslor och känslor av otillräcklighet. Jag hoppas verkligen att ni fortsätter hålla dessa kurser! TACK!*
- *Den här kursen har hjälpt mig och min familj till ett nytt liv där vi kan börja leva igen.*
- *Kursen har varit mycket givande. Den kom när vi som mest behövde den. Utan den vet jag faktiskt inte var jag hade befunnit mig.*
- *Bra att träffa andra med liknande erfarenheter. Jag tänker mer på medveten närvaro. Försöker validera och säga "jag blir besviken när du gör så här" i stället för "Du borde..." Har någorlunda accepterat att det är så här. Svårast: Kan jag unna mig/göra detta roliga (som kostar pengar) trots att dottern och barnbarnen har det dåligt ställt.*
- *Kursen har verkligen varit helt fantastisk.*
- *Kursen Familjeband har varit mycket givande för mig. Stödjande och stärkande i en svår fas i livet. Positivt att träffa andra föräldrar i liknande situationer. Utvecklande att höra hur andra föräldrar/anhöriga har agerat i liknande situationer.*

- Mycket bra, givande. Har gett mig en helt ny syn på mig själv, mina relationer, både nära och på jobb.

- Jag är mycket nöjd med kursen och dess innehåll. Har lärt mig mycket men hade önskat att den varat litet längre.

- För mig har denna kurs givit enormt mycket, inte minst från de andra deltagarna. Ingen kan nog någonsin förstå (förutom de som upplevt det) hur det är att leva med en person som verkar så normal men ändå är så onormal. Det svartvita gör att man ständigt växlar mellan hopp och förtvivlan. Jag har lärt mig jättemycket.

Ingen uttrycker några direkt negativa kommentarer, men några av deltagarna uttrycker önskemål av olika slag, bl.a. om förbättringar som de anser skulle kunna göras:

- Vore mycket bra med någon form av uppföljning.

- Skulle önska att den var mer praktiskt orienterad. Mer tid att gå igenom materialet + mer tid för egna reflektioner + samtal som uppstår inom gruppen. Fler möjligheter till konkreta råd för att hantera speciella situationer. För oss på kursen som inte har någon kontakt var det svårt att "praktisera" övningarna. Fick en känsla av att den var en komprimerad DBT-kurs, som min anhörig genomgått. Det bästa vore väl att då få gå den samtidigt (något inför framtiden att tänka på kanske) som den anhörige. Kanske skall anhörig-kursen ha ett alldeles "eget" koncept + terminologi. Av andra deltagare fick jag förmedlat att de upplevt kommentarer som: "Har du lärt dig det där på kursen" av sina anhöriga. Är dock väldigt glad över att det arbetas på att hjälpa anhöriga, har längtat efter support sedan 10 år tillbaka!!

- 12 ggr är för litet (mycket för lite)

- Kursen har varit bra men JAG tror att man har mer nytta av den om man bor med sitt barn kontinuerligt.

Bortfall

Sex personer (12%) som deltog i förmätningen saknar eftermättningsdata. Av dessa kommer 3 från KS (19% av de deltagande vid KS), 2 från Kronan (20%) och 1 person från Lund (6%; $\chi^2[3] = 3.039, p = .386$). Av dessa har 4 avbrutit sitt deltagande under programmets gång och 2 har fullföljt programmet men inte skickat in eftermättningsformuläret. Av de sex personer som saknar eftermättningsdata är 3 män och 3 kvinnor, men överrepresentationen av män är inte signifikant ($\chi^2[1] = 1.096, p = .295$). Däremot finns en signifikant skillnad mellan bortfallsgruppen och den övriga gruppen i ålder, på så sätt att bortfallsgruppen är genomsnittligt yngre än resten av gruppen ($M_{bortfall} = 36.4, SD_{bortfall} = 12.34; M_{ej\ bortfall} = 51.7, SD_{ej\ bortfall} = 9.79; t[48] = -3.229, p = .002$). Bortfallsgruppen skiljer sig också åt i sin relation till den anhöriga ($\chi^2[3] = 9.765, p = .021$). Tre av de sex som föll bort (dvs. 50%) är make, maka eller sambo med sin anhörig, medan det bara gäller för 7% av resten av gruppen.

För att analysera bortfallet har bortfallsgruppen också jämförts med dem som fullföljde programmet på förmättningsdata för de 18 olika mått som använts för att utvärdera

programmet. Endast en signifikant skillnad återfanns mellan bortfallsgruppen och den grupp som deltog i eftermätningen: bortfallsgruppen hade vid förmätningen signifikant högre poäng på FOF-skalan Upplevd Kritik än de som deltog i eftermätningen ($M_{bortfall} = 24.83$, $SD_{bortfall} = 6.52$; $M_{ej\ bortfall} = 17.96$, $SD_{ej\ bortfall} = 6.47$; $t[49] = 2.444$, $p = .018$). För 16 av dessa olika mått kan en "positiv" och en "negativ" ände av skalan definieras (undantag: UEI på FOF och Expressivitet på Familjeklimatskalan), och det är värt att notera att för 11 (dvs. ca 69%) av dessa mått låg bortfallsgruppens medelvärde närmare den "negativa" änden än medelvärdet gjorde för dem som har eftermätningensdata.

Diskussion

Sammanfattningsvis uppvisar deltagarna efter kursprogrammet *Familjeband* en genomsnittligt minskad symptomnivå, minskad upplevelse av börda i relation till att ha en närstående med psykiatrisk problematik, ökad förmåga till acceptans, minskad benägenhet till kritiska kommentarer och emotionell överinvolvering i relation till den anhörige, samt ökad upplevelse av närhet och minskad upplevelse av kaos i familjerelationerna. I synnerhet på de familjerelaterade instrumenten uppmättes betydande effektstorlekar. Inga signifikanta förändringar sågs dock på livskvalitet, eller på upplevelsen av att *vara föremål för* kritik och emotionellt engagemang från den anhörige.

Detta innebär delvis en replikation av resultaten från den amerikanska utvärderingen (Hoffman et al., 2005), där en signifikant minskning uppmättes i upplevd sorg och börda, samt en signifikant ökning i bemästrande. I tillägg till denna tidigare studie visar vår utvärdering också betydande förändringar på ett flertal familjerelaterade mått, samt på mindfulness-faktorn acceptans och på symptomnivå inklusive depressivitet. Det senare innebär en skillnad från den amerikanska studien, där det inte blev någon signifikant effekt på depressionsmättet.

Ifråga om livskvalitet skedde ingen signifikant förändring för deltagargruppen i vår undersökning. Det kan emellertid noteras att kvinnorna i anhöriggruppen skattade signifikant lägre än kvinnorna i en normgrupp vid förmätningen, men att de inte skilde sig signifikant vid eftermätningen.

Vad gäller de familjerelaterade måtten ses betydande sänkningar på FOF-skalorna Kritiska Kommentarer och Emotionell Överinvolvering, vilket innebär en minskad benägenhet till "Expressed Emotion" – dvs. en aspekt av familjekommunikationen som visat sig predicera benägenheten till återfall vid en mängd olika psykiatriska störningar, som schizofreni, depression, bipolär störning, ätstörningar, mm (Hooley, 2007). Det är intressant att notera att anhöriggruppen vid förmätningen ligger högre på Kritiska Kommentarer och Emotionell Överinvolvering än samtliga kliniska och andra jämförelsegrupper som redovisas i Lundblad och Hanssons (2005) studie. Vid eftermätningen ligger vår grupp lägre än flera av de olika jämförelsegrupperna på Kritiska Kommentarer, men trots den betydande sänkningen fortfarande högre än de andra jämförelsegrupperna på Emotionell Överinvolvering.

Dock finns ännu inga data som visar att denna typ av familjekommunikation (dvs. hög grad av Kritiska Kommentarer och/eller Emotionell Överinvolvering) skulle vara förknippad med ett negativt utfall hos patienter med borderline-personlighetsstörning, vilket gör att det inte är självklart hur detta resultat ska tolkas. Det finns en studie (Hooley & Hoffman, 1999) där Expressed Emotion hos anhöriga till borderline-patienter studerats i relation det kliniska

utfallet hos dessa patienter under ett år efter utskrivning från kliniken. Tvärtemot hypotesen fann man i denna studie dock (a) inget samband mellan kritisk inställning och kliniskt utfall, och (b) ett *positivt* samband mellan emotionell överinvolvering och kliniskt utfall – dvs. patienter med starkt emotionellt involverade familjemedlemmar hade ett bättre utfall. Hoffman och Hooley (1998) framkastar möjligheten att ett emotionellt överengagemang kanske fungerar annorlunda för borderline-patienter än för schizofrena patienter, på så sätt att samma bemötande som kan vara inkräktande på ett svåruthärdligt sätt för en schizofren klient skulle kunna upplevas som ett tecken på omsorg och engagemang hos en borderline-patient med stark separationsrädsla. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att det hittills finns en enda studie med denna typ av resultat, och att man bör vara försiktig att dra några slutsatser innan resultaten replikerats.

Enligt Linehans (1993) modell utgör hög Expressed Emotion ett exempel på en ”invaliderande omgivning” av det slag som hon menar är relaterad till utvecklingen av borderline-problematik. Saken kompliceras dock av att en invaliderande omgivning i Linehans mening kan ta sig många olika former – i vissa fall kan det innebära emotionell överinvolvering och i andra fall emotionell *underinvolvering* (dvs. försummelse). Tidigare forskning på området har gett stöd för att både emotionell över- och underinvolvering kan vara överrepresenterade i borderline-patienters familjer (Frank & Paris, 1981; Gunderson & Englund, 1981), och även för möjligheten att samma föräldrar kan vara både över- och underinvolverade (Bezirgianian, Cohen, & Brooks, 1993). Kanske är det mer fruktbart att tala om en optimal nivå av emotionellt engagemang, där avvikelser åt båda hållen kan vara dysfunktionella. Med tanke på den höga nivån av emotionell involvering hos anhöriggruppen i den här studien vid förmätningen, så vore det i så fall inte orimligt att anta att den sänkning till en lägre – men fortfarande hög nivå – som noterades vid eftermätningen sannolikt utgör en positiv förändring.

Resultaten i den aktuella utvärderingen är relativt entydiga. Samtliga förändringar som ses på gruppnivå går i förväntad riktning, och riktningen i dessa förändringar är densamma på samtliga dessa mått vid så gott som alla behandlingsenheter. Detta talar emot att resultaten uppstått på grund av slumpfaktorer. När ett stort antal jämförelser görs med *t*-test, av det slag som här är fallet, finns risken för att skenbara fynd kan uppstå på grund av det stora antalet test. Något som starkt talar emot att de aktuella resultaten skulle kunna ha en sådan förklaring är att riktningen i de förändringar som ses för hela deltagargruppen återfinns även på mer detaljerad analysnivå i 26 av 28 jämförelser när data analyseras separat för varje behandlingsenhet – att detta mönster skulle vara ett resultat av tillfälliga slumpfaktorer är högst osannolikt.

På individnivå kan noteras att två tredjedelar av deltagarna (30 av 45) uppvisade ett odelat positivt utfall på de sju förändringsmått där statistisk förändring på gruppnivå noterades, i den bemärkelsen att dessa deltagare uppvisade reliabel förbättring på minst ett av måtten utan att uppvisa reliabel försämring på något av de andra måtten. En av deltagarna uppvisade reliabel förbättring på samtliga sju mått, och sammanlagt 14 av deltagarna uppvisade reliabel förbättring på minst tre förändringsmått.

Fem av deltagarna uppvisade ett negativt utfall, i den bemärkelsen att de visade reliabel försämring på åtminstone ett av måtten utan att visa reliabel förbättring på något av de andra måtten. En granskning av BSI-poäng på individnivå visar dock att detta generellt rör sig om personer som hade en låg symtomnivå vid förmätningen. Detta är viktigt att notera, eftersom det teoretiskt sett skulle kunna vara så att personer med stor psykisk problematik skulle kunna

försämrats av en viss behandling – det finns dock inget som tyder på att detta skulle kunna vara fallet här. En möjlig förklaring till att ett fåtal deltagare uppvisar en reliabel försämring på vissa mått har att göra med de naturliga fluktuationer som man kan vänta sig på denna typ av mått som ett resultat av att livssituationen förändras i samband med olika positiva och negativa livshändelser – det kan t.ex. ha varit så att dessa deltagare befann sig på en ”topp” vid förmätningen och att försämringen är ett naturligt led i ”spontana” fluktuationer i livssituationen.

Sammantaget ger resultaten en lovande bild av vad som kan åstadkommas med anhörigprogram som *Familjeband*. Även i en annan parallell studie (Rajalin & Wickholm, 2006), som använde delvis samma mått som i vår studie (bl.a. BSI, BAS, QOLI och FOF), noterades liknande resultat. I denna studie, som genomfördes som ett psykologexamensarbete vid Uppsala Universitet, testades en kortare 9-sessioners version av *Familjeband* i form av två grupper med anhöriga till patienter vid en suicidenhet. Det är intressant att notera att resultaten är relativt likartade: signifikanta effekter på BSI, BAS och på FOF-skolorna Kritiska Kommentarer och Emotionell Överinvolvering, men ingen signifikant effekt på QOLI.

En tänkbar felkälla i studier av detta slag, som enbart bygger på självskattningsmått, skulle kunna vara att deltagarna velat tillfredsställa kursledarna, visa sig vara ”goda kursdeltagare”, eller haft andra motiv för att visa fram en positiv förändring på frågeformulären. Vi försökte motverka sådana effekter genom att kursdeltagarna skickade frågeformulären direkt till den centrala projektgruppen i frankerade svarskuvert, utan att kursledarna agerade mellanhand i detta sammanhang. Kursdeltagarna garanterades också att deras svar skulle hanteras konfidentiellt. Inte desto mindre skulle slutsatserna kunna ha varit starkare om även någon annan metod förutom självskattning hade använts – t.ex. intervjuer med deltagarna före och efter behandling.

En annan begränsning med denna utvärdering – liksom den amerikanska – är avsaknaden av kontrollgrupp. För att undersöka de mer specifika effekterna av *Familjeband* skulle det behövas en jämförelse med en kontrollgrupp som får någon annan mer ospecifik intervention – t.ex. ett program med lika många sessioner och lika mycket interaktion med en kursledare, men utan *Familjebands* fokus på mindfulness-, validerings- och problemlösningsfärdigheter – samt att deltagarna fördelas på dessa två grupper genom randomisering. Utan en randomiserad kontrollerad studie av detta slag är det svårt att dra några säkra slutsatser om effekterna av den specifika kombination av behandlingskomponenter som utgör *Familjeband*.

En ytterligare svaghet med den aktuella utvärderingen är avsaknaden av uppföljning en tid efter programmets avslutande. Hoffman et al. (2005a) genomförde en 6-månaders uppföljning och fann att effekterna stod sig. I vårt fall har det av tidsmässiga skäl inte varit möjligt att genomföra någon sådan uppföljning

Referenslista

- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Bezirgianian, S., Cohen, P., & Brooks, J.S. (1993). The impact of mother-child interaction on the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1836-1842.

- Brown, G.W., Birley, J.L.T., & Wing, J.K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Bryk, A.S., & Raudenbush, S. W. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*, 2nd edition. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Christensen, L. & J. L. Mendoza (1986). A method of assessing change in a single subject: an alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring, and Procedure Manual for the Revised Version of the SCL-90*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Frank, H., & Paris, J. (1981). Recollections of family experiences in borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1031-1034.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory: a measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Gunderson, J., & Englund, D.W. (1981). Characterizing the families of borderlines. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 159-168.
- Hansson, K. (1989). Familjeklimat. En adjektivlista för familjediagnostik. [Family Climate. A list of adjectives for diagnosing families.] Lund, Psykologi i tillämpning, nr 1, Lund University.
- Hansen, E., & Homman, A. (2007). Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) - validering av den svenska översättningen och en studie av anhöriga till borderlinepatienter. Psykoterapeutexamensuppsats Vol. II (2007):01, Institutionen för psykologi, Lunds universitet.
- Hansson, K., & Jarbin, H. (1997). A new self-rating questionnaire in Swedish for measuring expressed emotion. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 287-297.
- Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F., & Struening, E. (2005a). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44, 217-225.
- Hoffman, P., Fruzzetti, A., Woodward, P., Kavanagh, B., Penney, D., & Penney, T. (2005b). *Family Connections* (Revised Edition). Rye, NY: National Education Alliance for Borderline Personality Disorder.
- Hoffman, P., & Hooley, J. (1998). Expressed emotion and the treatment of borderline personality disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 39-54.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Hooley, J. & Hoffman, P. (1999). Expressed emotion and clinical outcome of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1557-1562.
- Ivarsson, A.B., Sidenvall, B., & Carlsson, M. (2004). The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 396-401.
- Jacobson, N. S., W. C. Follette & D. Revenstorf (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in families*. New York: Guilford.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lundblad, A.M., & Hansson, K. (2005). Relational problems and psychiatric symptoms in couple therapy. *International Journal of Social Welfare*, 14, 256-264.

- Lundh, L.G., & Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *Journal of Personality*, 69, 483-510.
- Rajalin, M., & Wickholm, L. (2006) En pilotstudie avseende effekten av en utbildningsintervention för anhöriga till suicidnära patienter. Psykologexamensuppsats. Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.
- Reinhard, S., Gubman, G., Horwitz, A., & Minsky, S. (1994). Burden Assessment Scale for families of the seriously mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 17, 261-269.

INFORMATION TILL DELTAGARE I "FAMILJEBAND"

Syftet med den här undersökningen är att bidra till ökade kunskaper om

- hur det är att vara anhörig till någon som har betydande känslomässiga problem
- hur kursen "Familjeband" kan vara till hjälp för anhöriga.

Projektet finansieras av Socialstyrelsen, och leds av professor Lars-Gunnar Lundh vid Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.

Att delta i undersökningen innebär

- att du besvarar ett frågeformulär innan du påbörjar kursen
- att du besvarar ett annat frågeformulär sedan du gått igenom kursen
- att alla dina svar behandlas konfidentiellt, och att du därför inte ska skriva ditt namn någonstans på något frågeformulär
- att dina svar inte kommer att användas till något annat än statistiska analyser i vetenskapliga rapporter
- att det kommer att stå ett kodnummer på de frågeformulär du besvarar – detta behövs för att det ska vara möjligt att jämföra dina svar på det första frågeformuläret med dina svar på det frågeformulär som du kommer att få besvara efter kursen

Ditt deltagande är viktigt för att vi ska få rättvisande resultat av undersökningen – du kan inte ersättas av någon annan. Ditt deltagande är dock fullt frivilligt, och du har rätt att när som helst avbryta ditt deltagande om du skulle vilja det. Det tar en stund att besvara alla frågor, men vi hoppas att du ska tycka att det känns meningsfullt att göra det.

När du besvarat frågorna lägger du frågeformuläret i ett kuvert adresserat till Lars-Gunnar Lundh och klistrar igen det. Men kontrollera först att du kommit ihåg att besvara alla frågor!

Jag samtycker till att delta i denna undersökning

Datum _____

Namn _____

Namnförtydligande.....

Kodnummer _____

Kodnummer _____

Datum _____

I detta häfte finns ett antal olika frågor om dig själv och din familj. Det är viktigt att du besvarar alla frågor genom att välja något av de svarsalternativ som anges.

1. Är du kvinna ☐ man ☐ 2. Vilket år är du född? _____ 3. I vilken relation står du till den familjemedlem som är i behandling? a. Förälder ☐ b. Syskon ☐ c. Make/maka/sambo ☐ d. Annan? _____ ☐ 4. Bor du tillsammans med honom/henne? a. Nej ☐ b. Ja, ibland ☐ c. Ja, hela tiden ☐	5. Hur mycket kontakt har du vanligtvis med honom/henne? a. Daglig kontakt ☐ Cirka _____ timmar per dag b. Ej daglig kontakt ☐ Cirka _____ timmar per vecka 6. Vilken typ av utbildning har du? a. Grundskola ☐ b. Gymnasium, folkhögskola eller motsvarande ☐ c. Universitets- eller högskoleutbildning ☐
---	---

TILL DELTAGARE I "FAMILJEBAND"

Tack för att Du besvarade det första frågeformuläret innan Du påbörjade kursen Familjeband!

Nu vill vi gärna veta vad Du tycker efter att ha gått igenom kursen. Vi skulle därför vilja

- ha dina synpunkter på kursen
- att du besvarar bifogade frågeformulär

När du besvarat frågorna lägger du frågeformuläret i ett kuvert adresserat till Lars-Gunnar Lundh och klistrar igen det. Men kontrollera först att du kommit ihåg att besvara alla frågor!

Alla dina svar behandlas konfidentiellt, och Du ska inte skriva ditt namn någonstans på frågeformuläret. De enda som kommer att ta del av Dina frågeformulär är vi som arbetar i forskargruppen vid Lunds Universitet (Lars-Gunnar Lundh, Margit Wångby, och Anders Homman). Kursledarna kommer inte att veta vad Du svarar på frågeformuläret.

Ditt deltagande är viktigt för att vi ska få rättvisande resultat av undersökningen – du kan inte ersättas av någon annan. De som inte skickar in frågeformulären kommer därför att få en påminnelse. Ditt deltagande är dock fullt frivilligt. Det tar en stund att besvara alla frågor, men vi hoppas att du ska tycka att det känns meningsfullt att göra det.

Projektet finansieras av Socialstyrelsen, och leds av professor Lars-Gunnar Lundh vid Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.

Om Du har några speciella synpunkter på kursen Familjeband, som Du vill förmedla, så skriv ner dem här:

Kodnummer _____

Datum _____

I detta häfte finns ett antal olika frågor om dig själv och din familj. Det är viktigt att du besvarar alla frågor genom att välja något av de svarsalternativ som anges.

1. I vilken relation står du till den familjemedlem som är i behandling? a. Förälder ☐ b. Syskon ☐ c. Make/maka/sambo ☐ d. Annan? _____ ☐ 2. Bor du tillsammans med honom/henne? a. Nej ☐ b. Ja, ibland ☐ c. Ja, hela tiden ☐ 3. Hur mycket kontakt har du vanligtvis med honom/henne? a. Daglig kontakt ☐ Cirka _____ timmar per dag b. Ej daglig kontakt ☐ Cirka _____ timmar per vecka	4. Är du nöjd med anhörigprogrammet? a. Mycket nöjd ☐ b. Ganska nöjd ☐ c. Ganska missnöjd ☐ d. Mycket missnöjd ☐ 5. Missade du något möte under anhörigprogrammet? a. Nej ☐ b. Ja, ett ☐ c. Ja, två ☐ d. Ja, tre ☐ e. Ja, fyra ☐ f. Fler än fyra ☐
--	--