

”Världen tillhör den som vågar göra sig löjlig”  
Horace Engdal ”Allvarligt talat”

Anförande vid Svenska Familjeterapiföreningens Kongress i Växjö 4 september 2015

”Så här gör jag familjeterapi”

Familjeterapi i en diagnostisk kontext - Familjeterapeutens utmaningar inom Barn- och Ungdomspsykiatriskt arbete.

Johan Sundelin

## Inledning:

Tack för inbjudan att få bära vittnesbörd över hur jag ”gör familjeterapi”.

Formuleringen av kongressens tema andas en strävan efter kunskapsutveckling av praxis i olika kontext – och jag gillar den ansatsen. Familjeterapins utveckling är beroende av en god balans mellan kontextmedveten praxis, teori och evidens för att bli ett funktionellt kliniskt redskap och befördras psykisk hälsa i föränderliga tider.

Jag kommer i detta anförande att bekymra mig för sammanhanget BUP:s och familjeterapins plats inom denna organisation. Jag kommer att referera till en över 40-årig personlig professionell samvaro med denna organisation som psykolog med ett familjeterapeutiskt anslag. Jag kommer att blicka bakåt men framför allt delge er mina reflektioner kring hur en livaktig och spänstig familjeterapi även i framtiden ska finna sin plats på ett ställe där den verkligen behövs.

Man kan frestas att säga att familjeterapins vagga i Sverige har stått inom BUP men vi måste arbeta emot att vi också får vara med om en sorglig hädanfärd av familjeterapin ur BUP som kliniskt terapeutiskt redskap om vi inte ser upp.

Jag kommer att lägga upp framställningen så att jag tänker mig tre auditorier till mitt anförande. Först och främst är det ni, mina kollegor familjeterapeuter, som jag vänder mig till med mina tankar i ämnet. Förhoppningsvis kan detta bidra till att uppmuntra pågående konstruktiva projekt och kanske inspirera till nya spännande projekt.

Det andra auditoriet som behöver höra en stark familjeterapis röst är våra kollegor på BUP:s med andra vetenskapliga utgångspunkter, andra funktioner i organisationen eller annan psykoterapeutisk inriktning. Frågan som är aktuell för mig är hur vi smart ska kommunicera med dem om vår specialitet? Vilka ord använder vi när vi berättar om familjeterapins terapeutiska kärnor och dess användbarhet och funktionalitet inom BUP.

Den tredje gruppen är klientfamiljerna själva med vilka vi också måste kunna kommunicera meningsfullt med ett familjeterapeutiskt anslag i dessa tider av andra mer dominerande synsätt även hos dem, på barns psykiska problem och dess förklaringar.

## Först några tankar Om BUP:

### Att arbeta på bortaplan:

Att arbeta som psykoterapeut inom sjukvårdssystemet, har genom historien varit en paradox. Sjukvårdsproduktion (som det kallas) med rationaliseringsbehov och begränsade ekonomiska ramar kommer lätt i konfrontation med centrala värden inom en processororienterad psykoterapi där ambivalens, allians, dialog och samverkan för delat ansvar mellan hjälpare och klient är centrala begrepp.

För familjeterapeuten tillstöter ytterligare en komplicerande faktum att vår terapeutiska metod bygger på att utveckla kraften i relationer och framför allt anhörigrelationer som en läkande kraft vid psykisk ohälsa. Vi försöker få med oss andra på ett skifte i nivå från individ till sammanhang. I tider av ”institutionaliserad individualism”, som Professor Dencik kallar det, uppfattas detta helhetsgrepp på ett barns psykiska problem gärna som en oprecis, onödigt problematiserande och mindre effektiv omväg- kontraproduktiv då den väcker skuld, skam och därmed stress på vägen. Detta är i och för sig inget nytt. Steget har idag dock, om möjligt, blivit ännu större mellan en slimmad individualistisk egenskapsbeskrivning av barnet och dess problem till en kontextualisering av barnets problem som en överlevnadsstrategi på kort sikt i ett svårt sammanhang. Familjeterapins förändringskraft förlitar sig ju på utveckling av kontakt, förståelse och bemötande mellan för

varandra viktiga personer. Krafterna MOT en sådan process har blivit starkare och därför måste vi familjeterapeuter fundera hur vi kan slipa vår grundkompetens i denna centrala fråga, hur vi skickligare inför oss själva och till andra kan förklara och genomföra konstnumret att omformulera egenskapsproblem inte i första hand till relationsproblem utan till potentiell och läkande arbetsuppgifter i nära relationer på ett för andra begripligt och övertygande sätt.

Att arbeta i en diagnostisk kontext innebär att jag som familjeterapeut accepterar att arbeta ”på bortaplan”. Jag kan naturligtvis under en period bilda en sluten revolutionär enklav och köra ett eget race men kommer då att bli mer och mer marginaliserad. Om jag vill vara kvar inom organisationen får jag välja att försöka agera i parallella verkligheter och acceptera idén om att vara fler-språkig för att kunna hitta en fungerande position. Jag måste bli duktig på att översätta isomorfa processer mellan två språk - det diagnostiska språket och det systemiska språket.

Jag måste hitta en översättningsparlör för att insistera på ett systemiskt perspektiv där processer i livets olika skiften är interaktiva och ömsesidigt beroende och kunna argumentera för ett vidgat kontextuellt perspektiv runt barns och ungdomars psykiska problem samtidigt som jag förmår att skapa professionell respekt för min kompetens. Nycklar till detta finns redan i vår familjeterapeutiska kompetens men vi måste reflektera och slipa våra redskap.

I ett sammanhang där traditionell familjeterapi har förlorat mark, menar jag att vi inte bara kan beklaga vårt öde och antingen dväljas i uppgivenhet eller bara lämna platsen, utan vi måste fundera självkritiskt och vara reflekterande kring varför detta har hänt. Hur kommer det sig att familjeterapi som under 1980/1990-talen var ”treatment of choice” och förstahandsval vid de flesta problemtillstånd inom BUP i dag ofta har låg status och betraktas som en oprecis aktivitet som på sina håll inte ens har psykoterapiststatus? Vad har hänt som kan ge åtminstone några förklaringar till detta?

## Faktorer som ändrat BUP som sammanhang.

Faktorer som jag tror bidrar till den press som chefer och administratörer utsätts för

Idag är

- Den ökade tillströmningen av förfrågningar om hjälp från BUP samtidigt som BUP är underdimensionerat. Långsam utveckling av 1:a-linjen. Nerdragning av elevvårdande resurser inom skolan.
- Landstingens pressade ekonomi och utveckling av ekonomistyrning och dokumentation
- Ökade och mer precisa krav på evidensbaserade metoder.
- Stark utveckling av nya former för familjebildningar.
- Den enorma kunskapsstillväxten inom neuropsykologiska området.
- Utvecklingen mot ett multikulturellt samhälle där BUP:s roll komplicerats och nya agendor för att söka kontakt på BUP utvecklats.

## Att i våra sinnen uppdatera BUP-miljön som kontext

Vi familjeterapeuter måste fundera på hur vi kontextualiserar vår arbetssituation och självkritiskt granska, ompröva och utveckla vårt förhållningssätt i takt med ett nytt sammanhang har utvecklats. Vi arbetar idag med en mycket bredare och heterogen problemflora, i ett multikulturellt sammanhang, där förväntningarna på vår hjälp ibland är svårbegripligt diversifierade.

## Ökande tendenser i målgruppen patienter som söker BUP

De klienter som idag vänder sig till BUP är i en mening mer beställare av snabba effektiva insatser ivrigt påhejade av andra institutioner som har med deras barn att göra. De förföreställningar som ligger bakom deras förväntningar om hjälp är orienterade mot snabb produktion av botemedel mot de problem som man beskriver i redan fixa termer. Man går till BUP ungefär som man går till vårdcentralen med en efterhängsen förkylning! Det handlar mer om önskemål om produktion av vårdinsats än av att delta i en utvecklingsprocess tillsammans.

Inkommande problemformuleringar och önskan om insatser formuleras i individuella termer, i egenskapstermer, i redan föreslagna diagnostiska termer med beställningar i snäva, snabba lösningsfokuserade produktionstermer. BUP:s svar har i många fall blivit en massproduktion av diagnoser på alltför smalt och slimmat underlag för att något så när möta efterfrågan. Som familjeterapeut är detta plågsamt att bevittna.

En annan stor grupp kommer med ett lidande och vill ha hjälp utan att veta hur. De kommer ofta på stark rekommendation från skola eller andra. De är inte säkra på om de har kommit rätt och om hjälpen som de erbjuds är den de vill ha. Dessa familjer har ofta också många andra problem och tid och ork räcker inte till.

Just med denna grupp har familjeterapeutens bemötande och samspelande visat sig vara mycket användbar som initial och allmän insats för att leda processen genom en period av kontaktskapande, ambivalens, kontrakterande, tematisering kring insatser etc. I kanske hälften av dessa fall slutar denna introducerande insats i en ny början med mer specialiserade insatser medan i andra fall kontakten rinner ut utan att någon av parterna känner sig helt tillfreds med resultatet.

Familjeterapeuten strävar dock på och finner snart att den egna case-loaden nästa bara består av ärenden som tunnats ut till en svag kontakt som är ”av-och-på” som innehåller en svag planering och som aktiveras när det krisar extra men fylls annars av två återbud av tre möten och man får börja från början varje gång.

Jag återkommer till hur vi kan utveckla vårt bemötande av dessa två grupper!

## Nu några tankar som handlar om utmaningar och utvecklingsarbete för oss familjeterapeuter som insisterar på en roll inom BUP

### Vår egen förförelse när det gäller familjeterapins utveckling mot en mer sofistikerad familjeterapi

Framför allt i våra nordiska länder beskrivs familjeterapins utveckling från 70-talet och framåt i våra läroböcker som en enda lång endimensionell resa mot alltmer sofistikation. Den familjeterapi som bedrevs på 70 och 80 talet omnämns ofta idag som patriarkal, instruktiv, konservativ, normativ och av första ordningen, medan dagens familjeterapi förfinats i dessa begrepps motsatser.

Familjeterapin beskrivs nu som mer mogen, mer rättvist komplicerande, mer förfinad, mer jämlik och mer realistisk.

Jag är den förste att erkänna och det ligger EN DEL i detta. Kunskapsutvecklingen även inom vårt fält har gått oerhört framåt och vi har utvecklat våra terapeutiska verktyg med åren. Familjeterapins företrädare har också ett mer realistiskt och nyanserat perspektiv på var styrkan i vår metod ligger och vilka andra patologiserande krafter förutom ”den sjuka familjen” som finns att förhålla sig till och hantera när det gäller avvikelser och psykologiska svårigheter hos barn..

MEN jag har istället för den Nordiska berättelsen om familjeterapins utveckling alltid tyckt mycket bättre om en annan berättelse om familjeterapins utveckling. Detta perspektiv företräds exempelvis av den kände barnpsykiatrikern och familjeterapeuten Alan Carr. Den berättelsen beskriver snarare familjeterapins utveckling som en breddningsprocess till fler och fler olika problemområden där

olika typer av familjeterapeutiska perspektiv och arbetssätt utvecklats för att kunna bemöta olika typer av problem utan att berättelsen för den skull misskrediterar de arbetssätt som redan finns utvecklade och fungerar. Olika familjeterapeutiska skolor har sina rötter i olika problemkontext och därför har olika anslag utvecklats och haft olika stort värde för att nå bra resultat.

Risken med det endimensionella tankesätt som vi i Norden haft kring familjeterapins utveckling är att vi förförts av "arbetssättet på modet" och "att vi kastat ut barnet med barnvattnet". Detta har också ägt rum med tvära kast för den vanlige familjeterapeuten att förhålla sig till om man ska vara "på banan". Ett litet sorgligt kapitel som vi får ta ett gemensamt ansvar för i en "pop-kultur" som haft en bristande vetenskaplig förankring och på ett olyckligt sätt gett narcissisten i oss god näring.

Inom BUP som, för åtminstone svensk del, var det sammanhang där familjeterapin först tog fäste i formen av en "hands-on" familjeterapi med instruktiva inslag, konkreta träningsmoment etc. har familjeterapin förfört sig själv bort från väletablerade och välfungerande arbetsformer genom endimensionella locktoner mot arbetssätt som fungerar bra i andra sammanhang men ofta inte gentemot majoriteten av den målgrupp som söker hjälp inom BUP.

Denna utveckling tror jag har varit olycklig för familjeterapins roll inom BUP och jag tror att vi som fortsatt vill se familjeterapi utvecklas inom BUP noggsamt måste reflektera över detta och agera med eftertanke över vad i familjeterapin som är mest utvecklingsbart inom dagens BUP.

Förändrings- och utvecklingsarbetet måste komma inifrån.

Att vara familjeterapeutisk handledare på BUP har alltid varit stimulerande och givande för mig. Min erfarenhet är dock att jag under de senare åren mött mer stress, vanmakt och uppgivenhet i handledningsgrupperna avseende "spliten" hur man skulle vilja arbeta med detta problem och vad man i praktiken medverkar i" för halvmesyrrer. Personalomsättningen ökar och många längtar efter "frälsaren" eller längtar sig själv bort. Det finns dock lysande undantag och låt oss lära av dem vilka knappar man trycker på för att "boosta" en positiv spiral för ett kontextuellt perspektiv inom BUP. Det är intressant att ta del av välformulerade policy-dokument från olika delar av landet avseende BUP. Här finns allt vi behöver som stöd för vår sak. Dessa behöver plockas fram och på nytt bilda utgångspunkt för ledningsbaserade beslut för omtag. Utvecklingsarbetet måste drivas av för saken engagerade personer med starkt stöd från ledningen av organisationen. Det behövs interna piloter för att det ska fungera. Implementeringsforskningen är mycket tydlig på den punkten. Frälsaren kommer inte utifrån en vacker dag i form av en ny metod som löser allt. Nyheter som ger hopp måste med nödvändighet ledsagas in i organisationen av interner och implementeras med den dialekt som organisationen klarar av. Ledningen för organisationen måste ha sett kopplingen mellan policy-dokumentens fina mål (som jag utgår ifrån att man hyllar) och de arbetsmetoder med kontextuell inriktning som vi förespråkar för att nå dessa mål och övertygats om denna koppling. Inom BUP Dalarna har jag som handledare samverkat med BUP:s ledning under några år i utvecklingen av "Patientens väg" på BUP. Jag har upplevt denna ansats som ett mycket lovande försök att knyta fint formulerade mål för BUP till en vardaglig praxis i de rutiner med vilka man möter patientfamiljerna med. Jag vet om att det finns motsvarande program på många andra håll i landet genom tydligt utarbetad praxis i form av evidensinformerade vårdprogram. Alla dessa dokument är våra vänner!

## Från en beställarorganisation för neuropsykologisk utredning till en integrerad verksamhet för barnpsykiatriska utredningar

En stor grupp som söker hjälp på BUP kommer alltså med en tydlig beställning med råd från skolan på en utredning och en diagnos. Omorganisationer i många delar av vårt land har gjort att dessa i allt större utsträckning nu kommer initialt till BUP och inte till HAB.

Dessa personer behöver naturligtvis bemötas med all respekt och med deras förfrågan som utgångspunkt. Från mina handledarerfarenheter vet jag att mötet för handläggare med ett familjeterapeutiskt fokus med denna grupp är en stor källa till stress. Hur ska man kunna sälja päron till personer som frågar efter äpplen? Att mötet överhuvudtaget blir av kan upplevas som ojuste både mot klienterna och mot handläggarna.

Jag tror att hela BUP-organisationen har en stor läxa att göra här för att dessa klienter ska möta en integrerad professionell situation där familjeterapeuten ska ingå som en av spelarna i ett vidgat barnpsykiatriskt utrednings- och behandlingsarbete. Det finns flera för familjeterapeuten externa faktorer som ligger som hinder att detta sker för närvarande men vi måste med förnyade krafter bära fram det goda familjesammanhangets betydelse för barns psykiska hälsoutveckling och rehabilitering ur tillstånd som kräver barnpsykiatriska insatser. Internationellt är man redan förbi den prestige-låsning exempelvis i diskussionen om ADHD versus traumarelaterade problem som vi för närvarande känner av hos oss. Kunskap finns internationellt att hämta mot ett mer integrerat perspektiv som jag återkommer till, så jag är optimistisk!

Familjeterapeutens egenutmaningar här blir att acceptera medarbetarrollen i integrerande utredande team och att skickligt leda samformuleringen av teman för sin del av utredningsarbetet genom ett intensivt översättningsarbete mellan fysiologi/individuell psykologi och kontextuella perspektiv – isomorfa processer.

## Vi måste bli tydligare i vad vi i olika situationer använder av vår familjeterapeutiska kompetens

Jag talade också nyss om en annan grupp patienter och deras anhöriga som kommer till BUP delvis ”utan egen förskyllan”. Dessa familjer är ofta också i övrigt tungt belastade av allehanda bekymmer.

Just med denna grupp har familjeterapeutens bemötande och samspelande visat sig vara mycket användbar som initial och allmän insats för att leda processen genom en period av kontaktskapande, ambivalens, kontrakterande, tematisering kring insatser etc.

Jag tror att familjeterapins styrka av hitta samverkansformer i dessa knepiga kliniska situationer tyvärr också är dess svaghet därför att denna terapeutiskt till synes lågintensiva verksamhet i ögonen på våra kollegor med annan terapeutisk inriktning blir liktydigt med VAD FAMILJETERAPI ÄR.

Detta är inte bra och vi behöver utmana oss själva i att vara tydligare på behandlingskonferenser etc. att detta är ett förberedande arbete i portgången till kontakten på BUP som med framgång genomförs med familjeterapeutisk kompetens men ÄR INTE FAMILJETERAPI. Vi måste skaffa oss utrymme att definiera skillnaden mellan ett gott kontaktskapande arbete fram till insats och ett egentligt familjeterapeutiskt arbete som även i sin korttidsorienterade form oavsett om vi tittar i manualen för FFT, ABFT eller någon annan familjeterapeutisk modell med evidens är en företeelse på 10-20 samtal med ett tydligt fokus och beskrivna arbetsmetoder. Vi måste ge oss själva chansen att skapa utrymme för familjeterapi på samma villkor som KBT-terapeuten, DBT-terapeuten eller barnpsykoterapeuten eller tonårsterapeuten vad det nu är för kollegor med olika inriktningar som vi har omkring oss. FAMILJETERAPI FÅR INTE VARA LIKTYDIGT MED ALLT TERAPEUTISKT ARBETE INOM BUP SOM INTE ÄR PRECISERAT!!

## Fördjupad kunskap i utvecklingspsykologi.

Familjeterapeuten måste basera sitt agerande på kontextuell kompetens som också innefattar fördjupad kunskap i modern relationsbaserad utvecklingspsykologi.

I takt med den enorma kunskapstillväxten sedan 90-talet inom neurofysiologi, neuropsykologi, utvecklingspsykologi, affektpsykologi, kris- och traumapsykologi är det för mig uppenbart att utan fördjupade kunskaper inom dessa kompetensområden står sig varje medarbetare inom BUP ganska slätt.

Även vi måste kunna vara representanter för en uppdaterad kompetens kring det intrikata samspelet mellan hjärnans utveckling i samspel med sociala/miljöfaktorer från späda ålder men även ända upp i tonåren. Det är viktigt att även vi känner till grunderna i modern anknytningsteori och affektpsykologi, vad som befördrar och försvårar utveckling av affektstabilitet och själv-utveckling. Hur kriserfarenheter och traumautveckling hänger ihop och försvårar barnets utveckling av viktiga funktioner för resilience, som mentalisering och intersubjektivitet. Samspelet mellan hjärnans fysiologiska utveckling, självet psykologiska utveckling och utvecklingen av våra viktigaste relationer är enligt modern neuropsykologi och utvecklingspsykologi tre lika viktiga komponenter i barnets utveckling till en välfungerandevuxen människa (Siegel).

Vi kan också härifrån bidra med familjeterapeutisk kunskap tillsammans med andra kompetenser på BUP bygga integrerade stödprogram som möter de behov som barn i rehabiliterande processer behöver, för att nå bättre psykisk hälsa.

I detta sammanhang blir konflikten mellan ADHD-språket och Trauma-språket en trivial palatsstrid som kräver en ömsesidigt kompetensintegrerande kunskapsutveckling för att mer ändamålsenliga insatser för många barn inom BUP ska få ett bättre bemötande och en bättre hjälp för sin framtid.

Inom detta område finns det mycket att läsa på och samtala kring för oss familjeterapeuter med kollegor med andra utgångspunkter om vi förstärker vår kunskapsbas med kunskap från modern internationell relationistisk/systemiskt baserad neuropsykologi blir vår röst tydligare i detta samtal.

## Pågående traumatisering

Som familjeterapeuter har vi också ett speciellt ansvar att i utredningssituationer bidra med en kompletterande kontextuell berättelse kring ett barns problem där dessa sätts in i sitt sammanhang och förstås även med en bredare utgångspunkt. Detta är synnerligen viktigt i situationer där snabba lösningar efterfrågas i belastade och stressiga situationer och där tidigare livsberättelser eller pågående livserfarenheter inte hinner sättas ord på. Vi måste vara bra på att också lyfta samtal om våld, hot om våld och hur detta kan ha med symptomutvecklingen att göra.

Namn som betytt mycket för mig i min egen kunskapsutveckling området för en interpersonell neuropsykologi är

Daniel Siegel  
Alen Shore  
Bruce Perry  
Peter Fonagy  
Daniel Stern

Kännedom om familjeterapins evidens och en säkerhet att kommunicera denna. Policy-dokumentet är ofta välformulerade och välinformerade dokument som med refererad evidens stödjer ett familjebaserat perspektiv för BUP:s arbete med stöd både i bred longitudinell forskning av goda nära relationers betydelse som skyddsfaktorer för barns utveckling men också mer preciserad behandlingsforskning. Se för övrigt också Sveriges psykologförbunds policy-dokument för evidensbaserad praktik. Här betonas förutom direkt behandlingsforskning även allmän forskning kring barns uppväxtvillkor och sambandet till psykisk hälsa i ett livsperspektiv som mycket relevant evidens för hur insatser ska utformas.

Just denna vår är vi familjeterapeuter ett stort TACK skyldiga till Bill, Marianne och Ingegerd för deras fina sammanställning i FOKUS i artikeln "Familjeterapi fungerar". Artikeln sammanfattar på ett utmärkt sätt det som internationellt tidigare Carr och von Sydow och Retzlaff et al. presenterat men med en komplettering kring vad som gjorts och görs i Sverige. Blir vi mer pålästa kring detta kan vi med större självkänsla kommunicera mot fördomar och förtal att Familjeterapi inte har någon evidens.

Min mening är att ska vi som specialitet överleva i en alltmer professionellt kontext så måste vi basera våra insatser på vilka metoder som vi vet fungerar i olika sammanhang. Var och en av oss måste utveckla förmågan att använda oss av etablerad evidensbaserad kunskap när vi söker oss fram i besvärliga kliniska situationer vid sidan om vår egen förträffliga personliga intuition! För barnpsykiatrisk problematik är det uppenbart att de familjeterapeutiska metoder som visat sig fungera, är alla strukturerade, hållande metoder som präglas av ett fastänkande. Terapeuten håller i ett sammanhållet programerbjudande till klientfamiljerna. De utmärks vidare av arbete med exempel från problematiska situationer enligt principen "first cure then growth". De innehåller komponenter av träningsmoment och reflekterande moment i samverkan, de går från exemplet till generella och tillbaks igen för en konstruktiv problemlösning här och nu först och främst och sedan, när det känns stadigare under fötterna, till mer av det som vi kallar psykoterapi i olika former..

Uppdaterad familjeterapeutisk interventionsforskning meddelar att bra familjeterapi måste kunna skapa en god arbetsallians med samtliga inblandade, måste kunna hantera familjekonflikter och måste kunna introducera förändring (Sexton).

### "Ful-familjeterapi och Fin-familjeterapi"

Vi måste var och en ta ett rejält nappatag med våra fördomar kring vad "fin" familjeterapi är och kring manualbaserad som fenomen. Självt gick jag för ett par år sedan igenom fyra familjeterapeutiska manualer och slogs av tanken att de egentligen beskriver en struktur för ett traditionellt familjeterapeutiskt bemötande med lite olika variationer. Poängen med att arbeta manualbaserat blev för mig att man alltid har ett strukturstöd och ställer sig frågan var är jag i processen, och vart ska jag och hur kommer jag dit? I efterhand vet jag också vad jag gjort och inte gjort och kan lära av misstagen. Min inställning är att hylla både allmänna terapeutiska faktorer som vikten av en god terapeutisk allians, terapeutens allegiance (tilltro och personlig bekvämlighet med arbetsmetoden och en sammanhangsmarkerad struktur för den terapi man genomför och specifika terapeutiska faktorer för speciella situationer, målgrupper och problem därtill. Om detta kan man lära av den pågående interventionsforskningen t.ex. inom FFT och ABFT och familjebaserad åttörningsbehandling.



En viktig arbetsuppgift är att med familjeterapeutisk kompetens utveckla ett viktigt kontaktskapande arbete för eventuell fortsättning inom BUP på ett eller annat sätt.

Låt oss skissa på ett professionaliserat introduktionsarbete med familjeterapeutiskt anslag:

En sådan kontakt har karaktären av en ”blind date”. Både handläggare och klienter har rollen av att både presentera sig och lyssna till varandras presentationer av sitt ärende.

Hur stort utrymme finns ”för några möten på tröskeln” där internt olika perspektiv i familjen på hjälpsökande kan ges utrymme att ventileras? Vilka insatser kan BUP göra för att belysa sig att fundera och återkomma från ömse håll? Finns det förutsättningar att formulera ett uppdrag? Hur många gånger ska vi föra dessa ”tröskelsamtal” innan vi avbryter vårt engagemang för denna gång? Inom IFT-modellen kallade vi dessa ömsesidigt informerande möten för ”Grindgrupp”. För att implementera ett sådant förhållningssätt tydligare måste vi ta spjärn i hälso- och sjukvårdslagens grundaxiom.

Denna process är en konst i sig som jag tror att speciellt familjeterapeuter är bra på. Jag tror att vi har allt att vinna på att lyfta upp hanterandet av denna process som en speciell specialitet och utarbeta en tydlig ritual för hur ramarna för en sådan introduktionsprocess skulle kunna utformas till gagn för klienter som tvekar men också för handläggare som annars fastnar i ärenden utan början och utan slut.

### Utveckla rollen som SIP-ledare

I vår roll som familjeterapeuter har vi alla lärt oss om vikten av samråd mellan olika system runt ett barn med problem. Numera finns en beslutad ordning avseende samrådsmöten för att upprätta en samordnad individuell behandlingsplan mellan olika aktörer runt ett barn som familj, skola, BUP, socialförvaltning med olika roller i förhållande till en rehabiliterande process, SIP. Som jag ser det finns här en utmärkt möjlighet för familjeterapeuten att professionalisera rollen som SIP-ledare och driva dessa möten mot den seriositet som de är tänkta att vara. Strukturen för ett nätverksmöte enligt IFT-modellen skulle kunna vara ett riktmärke!

### I

Utveckla ett kontext-anpassat språk om den terapeutiska verksamhet som vi erbjuder. Vi måste fundera över vilket språk om familjeterapin som vi använder. Detta måste vara uppdaterat utifrån det nya läget som föreligger för föräldrar och andra pådrivare som efterfrågar BUP:s kompetens. Detta språk måste kunna möta, acceptera och ”haka i” deras formuleringar av ”presenting problem” men i ett anpassat tempo och med anpassade formuleringar, staka ut en väg mot en relationistisk beskrivning som blir både meningsfull och begriplig för våra klienter (och kollegor!) och möjliggör bruk av familjeterapeutisk kompetens. Ibland är det kanske inte ens relevant att benämna det vi gör som ”Familjeterapi”. Alternativa benämningar i en ”individuell egenskapsmiljö” kanske till en början är en benämning som ”arbete för kompletterande familjestöd”.

Vi känner alla till termer som att bygga terapeutisk allians och etablera ett familjeterapeutiskt tema.

Det nya sammanhanget kräver av oss att ha tålamod och börja prata där klienterna är och inte prata mer systemiskt än vad klienterna är med på. Vi behöver använda denna baskunskap men acceptera tanken att börja längre tillbaks och ner i detta spår och tålmodigare också vara med klienterna längre på sin resa mot en mer relationell/bas förståelse kring de problem som vi har att arbeta med i vår terapeutiska kontakt. Vi måste alltså bygga det tema som vi ska arbeta med mer kring vilka problem barnet/ungdomen har och vilka konsekvenser detta problem får och hur vi som finns runt barnet kan förstå och förmedla vår förståelse till barnet/ungdomen om detta och hur vi med våra insatser och förhållningssätt kan underlätta en rehabiliterande process med vårt agerande. Kanske

måste vårt arbete vara kvar i detta tema och kanske inte formuleras annorlunda någonsin i den terapi som vi erbjuder. Insatser i familjen som handlar om konfliktfyllda relationer som kommer upp och andra hinder för ett konstruktivt bemötande av den aktuella utmaningen, ska uppmärksammas och arbetas med men bara som medel för att nå det aktuella målet och inte i första hand som ”den primära orsaken” till det aktuella problemet. Jag föredrar att beskriva familjeterapi som en utmärkt metod att frigöra goda mellanmännsliga resurser i nära relationer när det krävs extra insatser. Vi möter en familj i ett ”undantagstillstånd”. Genom att hjälpa människor att tänka på sig själv och varandra annorlunda, att känna annorlunda kring sin egen person och till varandra och att göra annorlunda tillsammans kan vi lösgöra hälsobringande resurser. Minuchin talade ofta om familjen som ett fängelse där personer ofta organiserar sig tillsammans på ett sätt som gör att de underfungerar. Terapeutens jobb är att hjälpa dem att få fatt i mer av sin kapacitet. Om familjemedlemmar lyckas att tillsammans ta sig ur en problematisk krissituation finns senare utrymme att processa dessa erfarenheter för en mer generell utveckling för de inblandade.

Går vi tillbaks till våra kunskapskällor som familjeterapeuter påminner vi oss snabbt vad vi lärt oss om hur vi introducerar ett mer systemiskt/kontextuellt tankemönster tillsammans med våra klienter kring det problem som de presenterar. Principen är att gå fram i både takt och ton som klienterna accepterar. D.v.s.. det familjeterapeutiska temat får inte bli relationistiskt hetare än vad klienterna kan finna meningsfullt när de relaterar sina mål med insatsen mot den beskrivningen av den metodik som de möter från oss:

Familjeterapeutiskt tema syftar till att

- Skapa Begriplighet och hanterbarhet för kopplingen mellan terapeutiska mål och de viktigaste interaktiva processerna i terapin.
- Innehåller en modell för återkoppling och revidering av detta samspel för utvärdering av den pågående terapeutiska insatsen (metakommunikation med klienterna)

Metoder att bygga familjeterapeutiskt tema

Att arbeta med ”hints” för att bygga hypoteser om interaktionsmönster för att samskapa en relationell historia och en relationell förändringsberättelse som bekräftar goda intentioner. Den viktigaste metoden i detta arbete är omformulering.

Vi måste i detta arbete vara medvetna om på vilken nivå, eller med vilket djup vi etablerar den systemiska berättelsen. Denna nivå reglerar affektnivån och arbetsklimatet på ett optimerat sätt - inte för avslaget och inte för hett för att kunna erbjuda en verkligt arbetande terapeutisk miljö.

”You need to come up with a tougher construction” (Minuchin, 1979) eller en stegvis fördjupad förändringsberättelse.

Här nedan följer en presentation mer generellt av de steg som familjeterapeuten tar tillsammans med familjen i en successivt fördjupad tematisering av det familjeterapeutiska arbetet.

Närhet i känslomässigt fokus och egenansvar; personligt ansvar	Generellt	Specifikt
Hjälpa barnet som anhörig	Läsa barnets signaler och förstå deras uttryck för viktiga	”Kalle ropar desperat efter stöd från någon som kan se

	behov; omformulering	sammanhanget”
Fördjupa och berika barnets utveckling genom mitt utvecklade föräldraskap	Personligt ansvar för min relation till barnet som en skyddsfaktor i en svår tid; ”someone has my mind in mind”	”Kalle mår gott av att känna och förstå att du som hans pappa förstår och bekräftar till honom hur han har det och vad som är svårt för honom”
Fördjupa och berika barnets utveckling genom vårt gemensamma utvecklade föräldraskap	Forts.Teamtanken; Fivaz/ Hedenbros forskning	”Kalle mår gott av att känna och förstå att ni föräldrar båda förstår och bekräftar till honom hur han har det och vad som är svårt för honom”
HÄR GÅR EN GRÄNS	HÄR GÅR EN GRÄNS	HÄR GÅR EN GRÄNS
Allas personliga utveckling i familjen	Resilience, Stärkande av skyddande faktorer för framtiden, Potentiering av resurser via krisen	”Kalle kan hjälpa er andra att växa som människor och kunna vara till hjälp på ett bättre sätt i framtiden”
Fördjupning av alla relationer i familjen	Resilience, Stärkande av skyddande faktorer för framtiden, Potentiering av resurser via krisen	”Kalles kan hjälpa alla i familjen att fördjupa era relationer med varandra”

## Några goda exempel

### Barnpsykiatriska utredningar

I samband med barnpsykiatrisk utredningar, i dessa tider framför allt i situationer med frågeställningar kring neuropsykiatriska diagnoser finns t.ex. sedan flera år ett screeningprogram implementerat inom BUP Stockholm av Monica Hedenbro som med utgångspunkt i triadbedömning också belyser familjesammanhangets betydelse för förståelse av ett barns problembeteende. Detta relateras sedan till familjetriadens förmåga att undvika exkludering, interferens och undandragande i triadens samspel. Detta arbete genomförs genom filmning av problemlösningsuppgifter som familjen ges som sedan mikroanalyseras och delges familjen. Screeningmodellen kallas MAFI (microanalys och familjeintervention).

Inom IFT-modellen (Intensiv familjeterapi) praktiserar man ofta inom det som benämns informationssamlade förändringsarbete ett arbetssätt för kontextualisering av ett barns problem genom ”hela-familjen-observationer” för att på så sätt se barnets problem i sitt sammanhang av reaktioner och motreaktioner. Vi kallar detta arbetssätt för Sekvensanalys. fördjupad sammanhangsrelaterad information kring ett barns svårigheter som tas fram tillsammans med de berörda används sedan som underlag för behandlingsplaneringen.

Över huvud taget är det viktigt att vi står upp för den evidens inom området som visar att familjeterapi och familjepedagogik i samverkan är en effektiv metod vid många barnpsykiatriska tillstånd både i bedömnings- och utredningsfas och i behandlingsfas.

Jag vet att det finns många goda exempel runt om i vårt land på kompletterande inslag för en bredare och mer kontextuellt medveten screeningprocedur när alla dessa bedömningar och utredningar görs. Vi familjeterapeuter måste kliva in här tydligare med genomarbetade rutiner för att vår kompetens ska bli synlig!

## Multimodala program

Barnpsykiatriska symptom är ofta mycket komplicerade och mångdimensionellt nätverksmöte inom IFT skulle kunna vara ett riktmärke!. En effektiv behandling av dessa kräver därför ofta multimodala insatser där familjeterapeutisk kompetens är en av flera kompetenser. Med början i att vi själva tydligare formulerar vårt arbetssätt speciella ”target” (våra viktigaste terapeutiska agenter) och berättar om dessa för andra, kan vi samverka i enlighet med evidens på området i multimodala behandlingsupplägg som IKB på BUP i Uppsala (Intensiv kontextuell behandling av självskada). Sådana modeller kräver familjeterapeutens kunskaper för samordning av teambaserade insatser. Tid för ”Närteam” måste avsättas och prioriteras för att kunna utnyttja turbo-effekten i teamets samlade resurser och undvika parallellprocesser och intern konkurrens i teamet.

## Ett speciellt föräldraorienterat terapeutiskt program

Det finns idag ett vacuum runt föräldraorienterat stöd med direkt koppling till barnets barnpsykiatriska symptom. Ett vanligt förfarande är att barnet erbjuds hjälp på BUP medan föräldrarna hänvisas till annan vårdgivare. Detta förfarande har smugit sig in mer och mer allteftersom resurserna har minskat relativt de arbetsuppgifter som åläggs BUP. Visst gör Familjerådgivningen, familjeenheter inom socialvården, vuxenpsykiatrin stora och viktiga insatser. Det är inte det som är problemet. Problemet är att det nära sambandet mellan barnets rehabilitering och barnets sammanhang positiva medverkan spelas bort. Man försöker skydda BUP:s kärnverksamhet men ”kastar ut föräldrarna med badvattnet”. Problemet som man förbiser kan också beskrivas så att man missar finliret i hur just detta barn med sina egenheter eller problem tas emot av just sina föräldrar med sina styrkor och svagheter. Man missar därmed också möjligheter att på mikronivå och genom exemplet kunna arbeta med att utveckla mer hälsobringande sekvenser i samspelet här och nu. Att prata om detta är en sak – att få feedback på hur man omsätter detta mellan varandra är en annan sak! Analysen blir som bortblåst när barnet får hjälp på ett håll och föräldern på ett annat utan att temat för de separata behandlingarna samordnats även om man naivt hoppas på det - kanske!.

I den barnpsykiatriska målgruppen är det idag på det sättet att långt mer än hälften lever med separerade föräldrar. Familjeterapin måste i detta läge utveckla sin metodik för att på ett uppdaterat, respektfullt sätt möta denna konstellation av ofta mycket engagerade föräldrar med gemensam vårdnad men inte sällan i konfliktfyllda interna relationer. Med ”uppdaterat sätt” menar jag att vi måste söka kunskapsutveckling i det som kallas ”post-divorce-relationships” där föräldrar har avslutat sin vuxenrelation men fortsätter att samverka i sin föräldrarelation och med ”respektfullt” menar jag de hänsyn som vi som terapeuter måste visa dessa personer avseende gemensamt och enskilt terapeutiskt arbete kring deras gemensamma barns problem.

Vi familjeterapeuter ser detta vacuum tydligast och vi måste formulera oss kring nödvändigheten av ett välplanerat barnfokuserat, intensivt föräldrastöd i de familjebildningar som är mycket vanliga idag.

Vi måste driva detta utvecklingsarbete som en självklar evidensbaserad ingrediens i ett barnpsykiatriskt behandlingsarbete.

Tankar till denna skiss av fokuserat familjearbete på BUP har kommit till mig från många håll under den senaste 15-års-perioden då jag tillsammans med min kollega arbetat tillsammans med BUP i Dalarna som externt inköpt behandlare. Familjeterapeuter med ett antal olika perspektiv kommer att känna igen sig i både struktur och komponenter. Själv är jag förhoppningsvis en integrerad produkt som familjeterapeut efter 40 års klinisk erfarenhet. Själv ser jag tydliga inslag

från strukturell familjeterapi, IFT, FFT, ABFT, AFFT, Motivational interviewing, MBT-F så där direkt. Det finns säkert spår också av andra influenser. Det viktiga för mig när jag utarbetat detta har inte varit adherence till någon speciell skolbildning utan snarare till den tidsaktuella arbetsuppgiften för familjeterapeuter på BUP, nämligen att hitta konstruktiva vägar till viktiga kompletterande evidensinformerade insatser i BUP:s arsenal av hjälpinsatser. Arbetssättet måste utvecklas ytterligare, utvärderas och jämföras i forskning på sedvanligt sätt för att hitta sin form och bli etablerad.

Jag kallar upplägget för "Familjeterapi med ärende". Arrangemanget skulle kunna benämnas FFS-BUP (Fokuserat Familjeterapeutiskt stöd på BUP). Jag skissar innehållet i denna fokuserade insats via fyra faser:

Fas 1 information, tematisering, comittment

Fas 2 formulering av barnets specifika stödbehov av sina föräldrar

Fas 3 arbete att tillsammans med föräldrarna skapa en hälsobringande miljö trots svårigheter

Fas 4 arbete med generalisering och återfallsprevention

Jag tänker mig en serie samtal på 10-15 samtal beroende på hur många parallella samtal som måste hållas på av föräldrarnas samarbetssvårigheter.

Ett familjeterapeutiskt program med ärende.

#### FOKUSERAT FAMILJESTÖD (i post-divorce families) NÄR BARN OCH UNGDOMAR FÅR HJÄLP PÅ BUP ( FFS-BUP)

MÅL FAS 1	AKTIVITET FAS 1	"ATT TÄNKA PÅ"	UTV
<p>Comittment till modellen: "Föräldrar aktiva närvaro och deltagande är viktig i vårt barns rehabiliteringsprocess"</p> <p>Personlig allians med båda föräldrar och respektive förälder som part i dyad ev. triad</p> <p>Acceptans av läge, personligt stöd, empowering. KASAM kring problem i kontext; här och nu-fokus, first cure then growth</p>	<p>Programmets fokuserade syfte presenteras. Att ge och få mandat och uppdrag Alliansbyggande och tematisering med föräldrar som föräldrar och barn som har föräldrar engagerade i behandlingen.</p> <p>"Roller i arbetet" (Tillsammans eller var för sig)</p> <p>Läsa personernas relationsstil och respektera den: balansera närmandearbete mot personliga preferenser: affektiv väg, kognitiv väg, beteendeväg (action love) Inventering av personligt stöd för respektive förälder Delgivning till den andre föräldern (om möjligt) "Man behöver en terapeut för att gå i terapi som förälder"</p>	<p>Strukturerad genomgång av modellen Pinsofs alliansbyggarmodell Bredbandsmodellen Sammanhangsmarkering</p>	<p>Journal Digital</p>



utveckling av mentaliseringskapacitet och ökad intersubjektivitet och affektstabiliserande närvaro	”pedagogik om mitt problem, ditt problem och vårt problem		Journal Digital
FAS 4 MÅL	FAS 4 AKTIVITET	”ATT TÄNKA PÅ”	
Generalisering Återfallsprevention ”Booster-sessions”	Samråd; rollspel, läxor, återbesök Genomgång och träning, läxor i dyad eller triad” ”de tre svåraste stunderna”  Sekvensanalys Video feedback Externaliserings-arbete	BOF, Marte Meo, MAFI. FFT, Samtal i reflekterade position	Journal Digital

## Sammanfattning

### Utmaningar för familjeterapeuten i BUP

Öka vår kontextmedvetenhet

Ta ett tydligare kunskapsbaserat ansvar

Reflektera över egna föreställningar om ”riktig familjeterapi”

Fördjupa vår kunskap om utvecklingspsykologi

Fördjupa kompetensen i ett kontextanpassat språk med samarbetspartners

Ta del av goda exempel

Modernisera arbetsformer för att passa dagens familjebildningar

## Avslutning

Antingen väljer vi att se familjeterapins definitiva uttåg ur BUP eller så insisterar vi med ett gott forskningsstöd både från allmän forskning kring skydds- och riskfaktorer för barns och ungdomars psykiska hälsoutveckling och mer precis Outcome- och Interventionsforskning att hävda en självklara plats för uppdaterad relationistisk/familjebaserad/systemisk ansats. Förhoppningsvis har de tankar som jag framfört här idag åtminstone till liten del kunnat bidra som sporre i denna process.

Tack för mig! Hej!