

Intensiv Familjeterapi – en arbetsmodell i särskilda omständigheter

Johan Sundelin

Inledning

Intensiv familjeterapi (IFT) har blivit en bred benämning på ett arbetssätt huvudsakligen inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). I detta kapitel kommer jag att presentera hur sammanhanget såg ut där arbetssättet växte fram, hur arbetsmetoden utvecklades över tid samt beskriva vad som speciellt utmärker detta familjeterapeutiska arbetssätt. För att förstå denna process är det viktigt att känna till de viktigaste inspirationskällorna till Intensiv familjeterapi och hur inspirationen omsatts i IFT-metodik.

Kort historik för Intensiv Familjeterapi (Sundelin, 1999 sid 57-, Sundelin, 2002)

I samband med att barn- och ungdomspsykiatri (BUP) utvecklades och differentierades under 1970- och 80-talen, kom även familjeterapeutiska arbetsformer att bli vanligare. Familjeavdelningar startades vid flera BUP-kliniker dit familjer kom för en tids behandling, sedan polikliniken uttömt sina resurser att hjälpa dem. Anledningarna till denna form av familjebehandling var flera:

1. I denna kontext kunde man utveckla en hållbar och kontinuerlig kontakt med familjemedlemmar, som var svår att åstadkomma i en poliklinisk miljö.
2. Man kunde också erbjuda mer allsidiga insatser kombinerade med sedvanliga terapeutiska arbetsformer samt följa och stödja familjen med psykoedukativa insatser så nära dess vardag som möjligt. Familjer som kom till dessa enheter beskrevs ofta som multiproblemfamiljer eller multibehovsfamiljer. Barnen hade ofta utvecklat allvarlig barnpsykiatrisk problematik i en miljö där även föräldrar och syskon var belastade av psykisk ohälsa, allvarlig traumatisering och/eller missbruksproblem.

Konfliktnivån i dessa familjer beskrevs ofta som hög och problemlösningsförmågan som låg.

3. Föräldrarnas förmåga att i dylika situationer upprätthålla en kontinuerlig och motiverande kontakt med en poliklinik var begränsad. Föräldrarnas tidigare erfarenheter av hjälpinsatser var inte sällan negativa och ofta förknippad med hot om familjesplittring. I denna kontext, med en högre omhändertagandenivå, kunde kontakt och förtroende mellan familj och behandlingsteam byggas upp på ett annat sätt.
4. Logistiska problem med långa resor till barnpsykiatrisk hjälp utgjorde ofta en av flera viktiga faktorer, och ibland en huvudanledning, till att få insatser vid dylika enheter.

Från att familjeavdelningarna tog emot familjer ett antal veckor för ett heldygnsböende, differentierades arbetsformerna ibland till dagvård, ibland till en mix av familjebehandling på institutionen och i hemmet eller som ”boosterdagar” omgärdade av mindre intensiva arbetsformer.

Många av arbetsmetoderna kan idag identifieras inom ramen för det som kallas ”mellanvård” inom BUP. En trend har varit att man rört sig från en institutionell, miljöterapeutisk organisation till en multimodal insats som äger rum i samarbete med ett koordinerat behandlingsteam med olika kompetenser (t.ex Mellanvård Sydväst, BUP, Stockholms läns landsting). Vissa inslag med insatser till flera familjer i grupp har utvecklats, liksom att man integrerat och specialanpassat manualbaserade familjepedagogiska program för denna kontext med tillägg för terapeutiskt bearbetande moment som den intensiva arbetsformen erbjuder.

Några typiska kännetecken för metoden (Sundelin, 1999 sid 59, Sundelin, 2002)

En kontext för intensiv multimodal insats

Intensiv familjeterapi utgör i första hand ett försök att skapa ett sammanhang inom en begränsad tidsperiod. Denna brukar kunna sträcka sig från tre till sex månader för att sedan avskrivas eller återremitteras för fortsatta insatser från öppenvården. Behovet av en multimodal insats och en högre grad av intensitet bygger på det systemiska antagandet att familjen har "havererat" under ett alltför hårt tryck av ett antal nedbrytande faktorer. För att kunna åstadkomma den fokusering på barnens psykiska hälsoutveckling, som situationen kräver, och rusta det kontextuella stöd som krävs runt barnet, måste en kraftsamling till. Därför måste ett antal "energitjyvar" i familjens liv samtidigt adresseras. Behandling är en energi- och resursskapande insats som sker under en intensiv period med ett team som familjens tillfälliga följeslagare. Ett koordinerat behandlingsteam med olika kompetenser har möjlighet att i god ordning och i samverkan med familjen utveckla motstrategier mot ett antal parametrar som samverkat negativt till familjemedlemmarnas förmåga att hantera sina problem. Tillsammans utformar man en multidimensionell behandlingsplan i systemisk medvetenhet om hur dessa parametrar ömsesidigt påverkar varandra och förhindrar en positiv utveckling. T.ex. kan man i arbetet med en familj där man överenskommit om att ge föräldrarna bättre redskap att trygga och vägleda sina två barn i förskoleåldern samtidigt etablera samarbete med förskolan och med vuxenpsykiatri för moderns svårigheter med panikångest och med familjerådgivningen för föräldrarnas uppenbara inbördes tillitsproblematik. IFT-teamet utgörs av läkare, psykologer, socionomer och medicinsk omvårdnadsutbildade personer med påbyggnadskompetens inom det psykoterapeutiska området i allmänhet och i det ovan beskrivna systemiska arbetssättet i synnerhet. Eftersom problemen kan beskrivas från en biologisk via en psykologisk till en social nivå måste

upplägget adresseras med samtidiga insatser med olika perspektiv. Systemisk kompetens leder denna samordning för utveckling av kontakt och relationer internt i familjen, mellan familjen och andra viktiga sammanhang för barnen och för problemlösning och beslutfattande för barnens bästa (skola, socialvård etc.). Centralt i denna kompetens är begreppet ”isomorfi” (samma form). Detta begrepp används för att förstå hur beskrivningar (ibland diagnoser) av ett barn och dess familj skapade med deltagande av olika professionella kompetenser på olika nivåer i samverkan, skapar ett antal kompletterande ”delberättelser”. Av dessa olika berättelser bygger sedan familj och terapeutiskt team en gemensam övergripande berättelse av både vägen för och målet med den terapeutiska insatsen.

Alliansbyggande (kontakt och kontrakt) (Petitt, Olson 1992, Sundelin, 2002, 2007)

En av de viktigaste anledningarna till att arbetsformen kom att utvecklas under 1970- och 1980-talen var svårigheten att nå fram till och få igång en fungerande terapeutisk kontakt med dessa familjer. Detta innebar primärt att företrädare för familjebehandlingsenheterna fick ta ett rejält omtag i sin kompetens i att initialt möta dessa familjer och hur den första trevande kontakten fram till någon form av överenskommelse för insats skulle utformas.

Alliansbyggande utanför konventionerna blev på så sätt ett viktigt kännetecken i arbetet med att möta var och en av dessa familjer med deras ambivalens inför en intensiv insats. Familjens tveksamhet behövde analyseras och mötas med respekt vare sig den huvudsakligen bestod av rädsla, av bristande tilltro till samhällets insatser eller av föräldrarnas bedömning att barnets problematik var överdrivet beskriven av ”tredje part”. Många av dessa familjer menade att de var utsatta av samhällets representanter sedan lång tid. Det krävdes därför ofta extra tålamod och uthållighet hos det behandlande teamet för att vinna förtroende och skapa hopp hos familjerna att de hade något konstruktivt att hämta ur den utsträckta handen. Konkret utvecklades därför en ordning med ett antal förberedande möten, där familjen tillsammans

med inremitterande fick insyn i det föreslagna erbjudandet i en rimlig takt. Man fick också möjlighet att samråda om de svårigheter man brottades med och hur dessa skulle kunna hanteras med den metodik, som den intensiva insatsen erbjöd.

Numera manifesteras denna alliansbyggande samverkan mellan vårdtagare och vårdgivare genom upprättade vårdplaner och genomförandeplaner. Viktigt är att planeringen är feedbackbaserad för regelbundna avstämningar och korrigeringar. Den framväxande terapeutiska alliansen får på så sätt konkret form. Denna ”berättelse” beskriver både de utmaningar som det terapeutiska systemet (familj + behandlare) står inför och vägen fram mot en lösning konkretiserad i arbetsmetoder, organisation av arbetet avseende olika former med olika innehåll och fokus.

När sedan det terapeutiska arbetet blir verklighet etablerar det terapeutiska teamet de bästa förutsättningar för ett gott samarbete med familjen och de olika familjemedlemmarna genom att fortsätta att skapa hopp om förändring till det bättre. Det görs genom att hela tiden presentera en meningsfull och för familjemedlemmarna begriplig koppling mellan de terapeutiska mål som man tillsammans satt upp och de terapeutiska arbetsuppgifter som man arbetar med (Det familjeterapeutiska temat). I terapeutiska samtal bekräftas och utmanas familjemedlemmarna inom ramen för en trygg, hållande terapeutisk allians. Om kommunikationsbrott uppstår till någon familjemedlem eller till hela familjen ägnas mycket tid åt att gå igenom och hantera anledningen till kontaktbrottet. Man kan ha upplevt sig kränkt, ej bekräftat ojuste behandlad, avsiktligt missuppfattad etc. Vid planeringen av psykoedukativa moment går teamet i förväg igenom arbetsformer för in vivo feedback från terapeut till t.ex. en förälder, som enligt överenskommelse ska få hjälp att bättre kunna bekräfta och stödja sitt barn t. ex med att utveckla tryggande rutiner vid sänggående på kvällen. Terapeuten coachar då föräldern där och då under ett kvällspass i hemmet.. Om det

ändå uppstår ett kommunikationsbrott och en tillitssvikt i samband med träningsmomentets genomförande kan man återvända till den uppgjorda planen i samtalet efteråt.

I ett intensivt familjeterapeutiskt program möts familjemedlemmar och behandlande team i flera olika sammanhang. Man arbetar tillsammans i gemensamma familjesamtal, i enskilda samtal, i föräldrasamtal, i möten med samarbetspartners som skola och socialvård men man möts också kanske huvudsakligen i problemlösande kritiska vardagsituationer och i träningsmoment för att utveckla föräldraomsorg och lösa interpersonella behov på kollisionkurs mellan familjemedlemmar. Den ”turbo” som utvecklas i det systemiskt ömsesidiga spelet mellan ny insikt som ger nya färdigheter och terapeutiskt iscensatta erfarenheter som leder fram till ny självinsikt är ett ”trademark” för intensiv familjeterapi.

Terapeutiskt arbete i faser från det lilla perspektivet till det stora (Sundelin, 1999 sid 79-83, Sundelin, 2007).

De flesta familjer i intensiva familjebehandlingsprogram prioriterar i första hand att man adresserar problem och hittar lösningar som tillfredsställer familjemedlemmarna här och nu, innan man har ork över att reflektera, konsolidera och generalisera erfarenheter av förändringsarbetet och hur dessa ”träffar” självbild och identitet på djupet. De slutsatser som intensiv familjeterapi dragit av detta är att arbeta i en fasrelaterad struktur, där alliansarbete och kontraktformulering inleder en första fas. I nästa fas fokuseras huvudsakligen på problemlösning ”här och nu” för att skapa en stabilare grund att stå på. Den består inte minst av en trovärdig och hoppfull arbetsplan framåt. Först så småningom i tredje fasen, när arbetet burit viss frukt och tilltron till det terapeutiska förändringsprojektet och dess villkor börjat skönjas tydligare för de inblandade, är det dags för bearbetande samtal med alla inblandade både enskilt och tillsammans. Samtalen sträcker sig från ”här och nu” bakåt i både deras

gemensamma och var och ens individuella livshistoria. Man tittar också framåt mot drömmar och planer för att få kraft att påverka framtiden redan nu. Det terapeutiska arbetet går från det triviala och vardagliga till det stora och märkvärdiga, från exemplet till det generella, från ”här och nu” till historia och framtid. I en fjärde fas arbetar man med konsolidering och generalisering av de terapeutiska erfarenheterna. I denna fas genomförs vid behov samråd med lokala aktörer och noggrann återremittering via möten med eventuella anslutande terapeuter för någon eller några av familjemedlemmarna. En inte oviktig sista del i arbetet blir avslutningen av denna intensiva period i en familjs liv. Vad tar man med sig vidare i livet från denna period? Hur gör man egenmakt av det stöd och den support man fått för att möta nya utmaningar och svårigheter?

Teoretiska perspektiv

Intensiv familjeterapi är ett förhållningssätt som växt fram ur den kliniska vardagen. De utmaningar som mötte oss som bidrog till utvecklingen av modellen, hanterades med pragmatiska försök att hitta lösningar på kontakt- och kontraktsfrågor med familjerna samt behandlingsupplägg som visade sig konstruktiva för att optimera möjligheter för framgång i behandlingsarbetet. Metoden har hämtat inspiration genom teoretisk validering från ledande inriktningar inom familjeterapi men även från andra håll. Metodik från forskningsbaserade familjeterapeutiska modeller har integrerats i kontext för IFT (Funktionell familjeterapi, Anknätningsbaserad familjeterapi). Empirisk evidens har byggts utifrån utvärderingar av olika slag. Det ligger dock i sakens natur att modellens utgångspunkter och varje familjs unika behov inte givit möjligheter till vetenskapliga studier av RCT-karaktär. Evidensinformation har i hög grad hämtats från forskning kring värdet av viktiga principer för god terapi, såsom vikten av gemensamt formulerade tydliga uppdrag, förändringsarbete både i teori och praktik, känslomässig intensitet etc. (Frank och Frank, 1991, Wampold, 2001). En stor

multicenterstudie av metoden genomfördes under 1990-talet av författaren till denna artikel. Den presenterades i ett avhandlingsarbete vid Lunds universitet (Sundelin, 1999).

Nedan följer korta presentationer av hur olika ledande inriktningar inom familjeterapin inspirerat IFT. Det som kan framstå som speciellt spännande är att de olika skolbildningarnas utnyttjande i IFT-modellen kompletterar varandra i den struktur för arbetet inom IFT som tidigare beskrivits. Detta är tydligast när man upptäcker hur IFT-modellen i början av en terapeutisk kontakt fokuserar på anmälda problem hos någon familjemedlem eller i familjens relationer och vi tillsammans börjar identifiera sekvenser i familjens samspel kring upplevda problem. Dessa tycks upprepa sig i mönster eller transaktioner. När vi i den första fasen kartlägger dessa och tillsammans med familjen formulerar terapeutiska uppgifter för att försöka bryta dessa mönster och ersätta dem med mer fungerande samspel, är vi tydligt strukturella i vårt arbetssätt. Sedan fördjupar vi sekvensanalysen och försöker tillsammans förstå tolkningarna av varandras intentioner och de beteendeeffekter, som dessa automatiserade sekvenser leder till. Därefter ställer vi frågor om hur man uppfattar interna budskap och vilken betydelse var och en ger sin respektive den andres tolkning. Vi är då mer systemiska i vårt förhållningssätt. Processen hanteras i ”slow-motion” genom arbete i reflekterande position vilket stärker familjemedlemmarnas förmåga till mentalisering, affektuttryck etc. Vi är då aktiva i att arbeta med anknytningsperspektiv, traumatisering etc.

Det salutogena perspektivet (Antonovsky, 1991, Walsh, 1998)

En viktig utgångspunkt för behandlare, när man möter psykosocialt belastade familjer för att hjälpa dem familjeterapeutiskt, är att försöka skaffa sig en bild av familjen som man arbetar med utanför den problemfamilj som presenterar sig vid de första sammankomsterna. För att aktivt söka en bredare bild av familjen är det viktigt att också leta efter och beskriva familjens resurssidor. Ett bra sätt att få grepp om detta är att tidigt i kontakten göra ett hembesök och i

den miljön sondera ingångar till egenmakt. Det finns alltid resurser och kompetens att använda för att bygga ork till förändring.

Vi söker meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet både för familjemedlemmarna och oss i vårt gemensamma projekt. Speciellt användbart är detta i samband med de kontinuerliga utvärderingar av behandlingens upplägg och utfall som görs. Skapar det vi gör känsla av sammanhang för alla inblandade? Vidare finns i bakhuvudet alltid den evidensbaserade kunskapen om salutogena faktorer för att stimulera familjen i salutogen riktning oavsett problemformulering. Salutogena faktorer finns beskrivna både på individuell- och på familjenivå (Hansson och Cederblad, 1995).

Det strukturella perspektivet (Minuchin och Fishman, 1990, Minuchin och Nichols, 1993, Minuchin et al 2014)

Den strukturella terminologin för familjens organisation finns alltid i basen av vår analys. Hur ser närhet och distans ut mellan familjemedlemmarna? Hur ser hierarkifördelningen ut mellan subsystemen? Vems perspektiv dominerar? Var befinner sig den aktuella familjen i sin utvecklingscykel visavi de krav på flexibilitet, öppenhet, kontroll etc. som den aktuella situationen kräver. Hur har familjen klarat av övergångsfaser från en familjeform till en annan?

Vi som arbetar med IFT använder vidare det strukturella ögat för att identifiera och skapa problematiserande samtal kring ”transaktioner” mellan familjemedlemmarna samt göra dessa till fokusmål för terapin (familjeterapeutiskt tema). Vi använder olika strukturella metoder för att arbeta med för problemlösningen viktiga transaktionsmönster. Den tydligast använda metoden är den som på svenska översatts till ”iscensättning”. Den innebär att familjen spelar upp sitt sätt att vara framför ögonen på oss. I de psykopedagogiska eller miljöterapeutiska delarna av behandlingsarbetet är detta angreppssätt väldigt vanligt under namnet Time-out-

repris (se nedan). Här plockar vi upp det viktiga och stora från exemplet i vardagen och gör terapi av problemlösning här och nu.

Det systemiska perspektivet (Andersen, 1991, Boscolo och Betrando 1998, Hoffman, 2002)

Med det systemiska synsättet är det viktigt att ge familjemedlemmarna tolkningsföreträde för hur de transaktioner som man identifierar som problembärande ska tolkas och förstås.

Meningen, som var och en tillskriver det som händer, bildar utgångspunkten för fördjupade samtal mellan dem om ”det fortfarande inte sagda”. Denna fördjupade analys skapar också ökad förståelse för det sätt, på vilket familjen hittills ”valt” att försöka förhålla sig till problemet, som ”bästa möjliga lösning”. Vi kan så hjälpa familjemedlemmar att värdera de utmaningar som man måste konfrontera för att utveckla alternativ. Ibland ”kostar” det mer att ge sig in i förändringsarbetet än vid andra tillfällen.

Från den postsystemiska traditionen har vi tagit till oss kunskap om hur man arbetar konstruktivt med den reflekterande positionen. Förutom att metoden stimulerar familjemedlemmarnas självkänsla är den kanske det viktigaste redskapet för att metodologiskt skapa förutsättningar för träning i mentaliseringskapacitet och medkänsla.

Det narrativa perspektivet (White, 1991, White och Epston, 2000, Lundby, 2000).

Från detta perspektiv har IFT-metodiken tagit till sig vikten av att hjälpa familjen att skapa en berättelse om sig själv, som i högre grad är fylld av stolthet och familjemedlemmarnas goda självkänsla. Berättelser skapas tillsammans med familjen där man bygger upplevelser av positiv förändring och utveckling ur svåra livserfarenheter. I denna nya ”historieskrivning” är man också mer fokuserad på familjemedlemmarna som aktiva agenter än som passiva offer. Detta är inte alltid så lätt då familjen aldrig helt äger kontrollen över berättelsen om sig själv på grund av de socioekonomiska faktorer som omger den. Med hänsyn taget till detta använder vi ”externalisering” som ett konstruktivt sätt att skapa en förändringsberättelse, som

mobiliserar familjen mot det problem man upplever. Problemet flyttas ut ur personerna i familjen och blir den gemensamma motståndaren.

Det lösningsfokuserade perspektivet (Kim Berg och De Jong, 2003)

Lösningsfokus finns alltid med i mobiliseringen av familjens resurser härifrån och framåt. Metodologiskt används ”Mirakelfrågan” mycket frekvent i upprättandet av hanterbara mål att sträva mot i den terapeutiska förändringsprocessen. ”Längtanstårtan” (se nedan) är ett exempel på vår tillämpning.

Det utvecklingspsykologiska perspektivet (Fonagy et al. 2002)

Anknytningsperspektivet har alltid varit viktigt i IFT-sammanhang (Sundelin 2002, 2007). Själva kontakt- och alliansarbetet med familjen har beskrivits som en reparerande anknytningsprocess. Förutom det har den utvecklingspsykologiska kunskapen om det viktiga sambandet mellan en trygg miljö och förmågan att utveckla mentalisering, kapaciteten till intersubjektivitet samt ett affektspråk blivit alltmer tydligt. Detta är ju sedan grunden till kvalitativ problem- och konfliktlösning.

Traumaperspektivet (Schore, 2003, 2012)

Traumaperspektivet handlar ju egentligen om när anknytningen skadats. Kunskap om detta perspektiv och dess samband med rigida familjemönster är viktigt. Traumaskador hos en eller flera familjemedlemmar i målgruppen för IFT är mer regel än undantag. Det måste därför finnas en beredskap för parallella traumainsatser för IFT-familjerna om förbättringar ska nås. Flexibilitet, omställningsförmåga och förmåga till ”uppdatering” är viktiga egenskaper i familjens utvecklingscykel. Olika faser i familjens liv ställer olika krav på relationsmönster mellan föräldrar och barn. Traumaskador kan i ett familjeutvecklingsperspektiv beskrivas som

hinder för denna flexibla anpassning till familjemedlemmarnas utvecklande behov av varandra. Dessa hinder behöver därför adresseras.

En mer precis metodpresentation

Varje enhet för intensiv familjeterapi har utvecklat sin metodmeny för olika sammanhang. Denna meny är komponerad utifrån medarbetarens specialintressen men har gemensamma nämnare för att skapa nya samtal mellan familjemedlemmar med ett språk som berikar och skapar nya förlösande perspektiv och resurser för fördjupad kontakt. Nedan följer några exempel på ingångar till IFT-arbete som jag varit med att utveckla.

Time-out-repris

Time-out-repris är ett sätt att i sex punkter beskriva en vardaglig och vanlig sekvens i ett behandlingsarbete med en familj. Den är baserad på och utvecklad i IFT-arbete från den strukturella metoden ”iscensättning”.

a) Identifiering av det terapeutiska fältet:

I loppet av en terapeutisk process identifieras en svårlöst interaktiv scen i familjens vardag t.ex. en måltidssituation. Familj och terapeuter går igenom hur familjen skulle vilja få det att fungera. Man går igenom ”hands-on”-metodiken mellan terapeuter och familj i genomförandet av den terapeutiska måltiden.

b) Observera den “spontana“ processen:

Måltiden arrangeras och genomförs med terapeuterna i bakgrunden så länge det hela utvecklas som planerat.

c) Time-out:

När situationen vid matbordet börjar urarta bryter terapeuterna situationen och går in på var sida som hjälp-jag för snabb coaching. Man påminner om den förberedande planering som gjorts och uppmuntrar parterna att ge den en chans.

- d) Repris: Måltiden fortsätter förhoppningsvis med framsteg helt eller delvis och avslutas
- e) Utvärdering:
I omedelbar anslutning ges positiv feedback till de inblandade för genomförandet, även om enbart intentionen till en trevligare måltid noterades.
- f) Reflektion:
Vid nästa behandlingstillfälle samtalar man om upplevelsen av den terapeutiska måltiden. Hur såg svårigheterna ut och vilka utmaningar hos speciellt de vuxna behöver adresseras terapeutiskt i det fortsatta arbetet?

Sekvensanalys

Sekvensanalys genomförs med fördel grafiskt på ett blädderblock. Underlaget kan vara gemensamma processobservationer hur familjen hanterar ett problem, en diskussion eller en videofilmad sekvens som man gemensamt tittat på i efterhand. Det som är kritiskt att fokusera på är ”kopplingarna” mellan deltagarna i sekvensen. Frågan är hur man aktiverar och aktiveras av varandra. Samtalet fördjupas successivt genom att man får tillfälle att fundera över egna tolkningar och intentioner likväl som sina föreställningar om de andras. Dialogen mellan familjemedlemmarna kan så fördjupa den ömsesidiga förståelsen. Det blir naturligt att prata vidare om hur det skulle kunna fungera och hur man kan hjälpa varandra att förhålla sig konstruktivt. Detta arbetssätt kan sedan leda vidare till fördjupade mentaliseringsbaserade samtal av kris- eller traumakarakter antingen för enskilda familjemedlemmar eller för subsystem. Vid ömsesidig misstro eller sviktande tillit mellan föräldrar eller till samtal om anknytningsbrott (otrohet etc.) hänvisas till familjerådgivning för fortsatt arbete med dessa frågor.

Den reflekterande positionen (Andersen, 1991)

Vi har mycket goda erfarenheter av att organisera konfliktfyllda och känsloladdade samtal i "slow-motion", tvärt emot vad man skulle kunna tro vara möjligt utifrån målgruppens ofta kaotiska situationer. Det är dock viktigt att först skapa en trygg miljö och ge återförsäkring till de inblandade att genomförandet på detta sätt kan ge förutsättningar till konfliktlösning och större ömsesidig tillfredsställelse. Eftersom vi är flera i behandlingsteamet delar vi upp oss och agerar som hjälp-jag till parterna som med denna metod utbyter tankar och erfarenheter i en reflekterande ton. Ett parsamtal mellan föräldrarna kan t.ex. struktureras så att kvinnan först guidas av den ena terapeuten att berätta om sin relationella bakgrund genom att bygga sitt familjetråd med mannen i lyssnande position med stöd av den andre terapeuten. Mannen får sedan möjlighet att i reflekterande samtal med sin terapeut fundera över sin partners berättelse för att sedan själv få berätta om sitt familjetråd och få höra sin partner reflektera över den berättelsen. En specialvariant av reflekterande team, som vi lärde från Tönsbergs BUP i Norge och som kallas "flugan på väggen", används av det behandlande teamet för att på ett respektfullt sätt ge feedback till familjens strävanden i en för dem problematisk vardaglig samspelssekvens t.ex. en läxläsningssituation där en av föräldrarna ska hjälpa sitt barn igenom en matematikläxa. Behandlingsteamet följer sekvensen tyst vid sidan om i rummet för att sedan i anslutning till arbetet ge samlad feedback vad man upplevde under sekvensen antingen skriftligen eller muntligen.

Framtidsarbete (Penn, 1985, Tomm 1989)

Med uppgift att i collageform redovisa den framtid varje familjemedlem (över 7 år) önskar, initieras ett arbete som kan sträcka sig över flera sessioner. När de individuella collagen

färdigställt samlas familjemedlemmarna till sittningar kring vars och ens collage. Varje enskild familjemedlem presenterar sin dröm i en guidad systemisk intervju med en av terapeuterna. Personen får inte bara beskriva sin dröm utan också förhålla sig till systemiska frågor om hur hen tror att de övriga familjemedlemmarna reagerar på collage. Känner man stöd för sina drömmar eller kommer de att dömas ut? Varje sittning avslutas med att de övriga familjemedlemmarna i reflekterande position kommenterar vad man varit med om.

Längtanstårtan (Sundelin, 2005)

I arbete med familjer där barnen nått tonåren måste man tydligare individualisera det systemiska arbetet och aktivt hjälpa den problemtyngda tonåringen att uppleva egen medverkan i beslut om hur föräldrar ska engageras till hjälp. Denna lösningsfokuserade metod inleds i enskilda samtal med tonåringen om olika problemområden som man kämpar med. I nästa steg identifieras en beskrivning av en "mirakelsituation" då problemen är borta, t.ex en rörelse från "jag är deprimerad, tycker inte om mig själv och känner mig ensam" till "jag mår bra och har många vänner". I tredje steg utformas arbetet för den terapeutiska kontakten "på väg mot stjärnorna". Vad behöver vi arbeta med enskilt och tillsammans med viktiga anhöriga? Hur ska detta arbete utformas och vilka delmål ska vi försöka nå?

En fallbeskrivning

Elias (7 år) är impulsiv och utagerande därhemma. Lillasyster (4 år) har visat tydliga tecken på rädsla för sin storebror. Föräldrarna beskriver ständiga konflikter och uppträden i hemmet. Familjen har varit föremål för tidigare insatser från socialförvaltningen via KOMET. Ingen utredning därifrån är gjord utan familjen rekommenderas BUP-kontakt för att få hjälp med "trots" och utagerande. Pojken utreds vid BUP:s öppenvård och får diagnosen ADHD. Då fortsatt stöd till familjen sviktar, p.g.a. svårigheter att etablera en kontinuerlig

behandlingskontakt, remitteras familjen vidare till BUP:s mellanvård (alternativt ”förstärkt Komet”).

I Mellanvårdens initiala bedömning framkommer, förutom allvarliga svårigheter för Elias, att föräldrarna båda är allvarligt psykosocialt belastade. Båda föräldrarna har egna traumatiska erfarenheter och visar tecken på föräldrasvikt.

Vårdplanen växer fram genom möten först med inremitterande därefter med inremitterande och familjemedlemmarna. Vårdplanen inkluderar en kombination av individuella stödsatser med traumabehandlande inslag och insatser till föräldrarna gemensamt för att uppnå samordnade konstruktiva hanteringsstrategier i kritiska situationer med mer lågaffektivt bemötande samt försök till anknytande samspelsbehandling mellan föräldrar och barn.

Vårdplanen utformas över en 3-månaders period med uppföljning tillsammans med familjen och BUP. Behandlingsarbetet kommer att äga rum både i familjens hem och i Mellanvårdens lokaler.

I den gemensamma utvärderingen efter ungefär 3 månader framkommer att behandlingsarbetet har fortskridit i stort sett enligt plan. Arbetet kom till en början att fokusera på att försöka bringa en tydligare struktur till familjens vardag genom att tillsammans med föräldrarna upprätta ett dags- och veckoschema för familjens interna och externa aktiviteter. Mycket arbete kom därefter att läggas ner på träning för föräldrarna att enskilt och tillsammans utveckla mer konstruktiva, lågaffektiva strategier i situationer när bemötandet av Elias ställde speciella krav. Där ingick att särskilt hjälpa föräldrarna att uppmärksamma lillasysters behov av skydd. Under den senare fasen av behandlingsperioden kom behandlingskontakten att mer och mer kompletteras med reflekterade föräldrasamtal, både enskilt och tillsammans, avseende tidigare livserfarenheter som försvårade föräldrarnas

möjligheter att hitta nya vägar och strategier. Familjebehandlarna hjälpte föräldrarna att skapa ”goda stunder” enskilt med vart och ett av barnen och tillsammans som familj.

Marte-Meo-insats (en form av videobaserad insats för feedback av föräldra-barn-samspel) sattes också in (Hedenbro och Wirtberg, 2000). Fokus kom att ligga på att förstärka föräldrarnas förmåga att upptäcka Elias tydliga signaler till dem om försök till kontakt, bekräftelse och stöd och hur föräldrarna skulle kunna hitta vägar att möta detta. Man upptäckte härvidlag påtaglig anknytningsproblematik som var ett fortsatt observandum. Mellanvårdens behandlare har under behandlingstiden stöd av den upprättade planen för behandlingsarbetets genomförande. Arbetet lyfts och diskuteras på behandlingskonferenser (en gång/vecka).Handledning ges vid ett tillfälle varannan vecka. Behandlingsplaneringen är feedback-baserad och korrigeras fortlöpande för att målen i vårdplanen ska nås i så stor utsträckning som möjligt. Inte minst är de regelbundna utvärderingssamtalen om behandlingsarbetet tillsammans med föräldrarna till stor nytta, då arbetsmoment utvärderas som mer eller mindre hjälpsamma i arbetet mot de uppsatta målen kring att skapa bästa möjliga förutsättningar för barnens psykiska utveckling.

I samrådet diskuterades familjens fortsatta behov av insatser samtidigt som en orosanmälan till Socialförvaltningen lämnades in. Trots att föräldrarna väl utnyttjat Mellanvårdens insats kvarstår oro för föräldrarnas förmåga att kontinuerligt upprätthålla vad som krävs för att Elias och hans syster ska få den hjälp och det stöd de behöver. Olika lämpliga insatser från Socialbyråns familjestöd och/eller boendestöd föreslogs.

Efter en uppföljningsträff en månad senare beslöts att Mellanvården avslutar sitt engagemang i ärendet. Elias har fortsatt kontakt med BUP-mottagningen för medicinuppföljning.

Socialförvaltningens familjestöd får ett insatsuppdrag efter den utredning som blev resultatet av Mellanvårdens orosanmälan.

Avslutning

Ett gammalt svenskt ordspråk lyder ”nöden är uppfinningarnas moder”. Intensiv familjeterapi utvecklades ur en frustration av att metoder saknades inom BUP av möta en målgrupp med konstruktiv terapeutisk hjälp. Metoden tog form ur den kliniska vardagens erfarenheter av det som tycktes vara verksamma insatser. Det systemiska familjeterapeutiska perspektivet i bred mening var en stark inspirationskälla för att kunna organisera en samlad koordinerad insats. Modellen har utvecklats över tid och integrerat familjeterapeutisk metodik från olika håll. Den har utmärkts av ett pragmatisk feedback-baserat perspektiv till hur de klienter som erbjudits den har svarat. Har ”hjälpen hjälpt” har varit den viktiga frågan som sökt sitt svar. Traditionella, etablerade förhållningssätt får därför kontinuerligt omprövas för att upprätthålla en levande verksam terapeutisk dialog i Cecchins anda om ”Irreverence” (1992).

Reflekterande uppgifter

Hur kan man se på förhållandet mellan terapeutisk allians och terapeutisk metod?

Vad är de viktigaste faktorerna för att klienter ska attraheras av ett erbjudande om en behandlande insats och därefter kunna fullfölja arbetet?

Fundera över var i vårdkedjan som Intensiv familjeterapi kan bli aktuell?

Hur behåller man ett fokus på de prioriterade frågeställningarna i ett perspektiv av multimodal problematik?

Hur kan man binda samman psykopedagogik med familjeterapi?

Hur upparbetar man samverkanskanaler med andra medaktörer?

Referenser

Andersen T. (1991), Reflekterande team, Samtal och samtal om samtalen, Stockholm, Mareld.

Antonowsky A. (1991), Hälsans Mysterium, Köping, Natur & Kultur.

Boscolo L., Betrando P. (1993), The Times of Time, A new Perspective in Systemic Therapy and Consultation, Norton, New York.

Cecchin G., Lane G., Wendel R. (1992) Irreverence. A strategy for Therapist's Survival, Karnac Books, London.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. (2002) Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self, New York, OtherPress.

Frank, J.D., Frank, J. B. (1991). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. (3rd ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.

Hansson, K, Cederblad M., (1995) Salutogen familjeterapi, *Fokus på familjen*, 23, 3-18.

Hansson K, Sundelin J, editors (1995) Familjeterapi, olika tillämpningar ur ett svenskt perspektiv. Lund: Studentlitteratur.

Hansson K., Sundelin J. (2001) Intensiv familjeterapi. Kap 5 i Hansson K. Familjebehandling på goda grunder, Växjö, Gothia AB,.

Hedenbro M., Wirtberg I. (2000) Samspelets kraft, Marte meo – möjlighet till utveckling, Stockholm, Liber.

Hoffman L. (2002) Family Therapy – an intimate History, New York, Norton.

Kim Berg I., De Jong P. (2002) Att bygga lösningar – en lösningsfokuserad samtalsmodell, Stockholm Mareld.

Lundby G., (2000), Livsberättelser och terapi – om nyskrivning av historier och ett narrativt arbetssätt., Stockholm, Natur&Kultur.

- Mellanvård sydväst, BUP Stockholms läns landsting, www.bup.se
- Minuchin S., Fishman, C. (1990), *Livets dans – Familjeterapeutiska tekniker*. Stockholm, W&W.
- Minuchin S., Nichols M. P. (1993), *Family Healing*, New York, The Free Press.
- Minuchin S., Reiter M., Borda C. (2014), *The Craft of Family Therapy – Challenging Certainties*, New York, Routledge.
- Penn P., (1985), Feed Forward: Future Questions, Future Maps, *Family Process*, 24, 299-310.
- Petitt B., Olson H. (1992), *Om svar anhålles!*, Stockholm, Mareld.
- Schore A. (2003), *Affect Dysregulation and Disorders of the Self*, New York, Norton.
- Schore A. (2012), *The Science of the Art of Psychotherapy*, New York, Norton.
- Sundelin J. (1999), *Intensive Family Therapy - a context for hopes put into practice*. Doctoral Dissertation Lund University, Department of Child and Youth Psychiatry.
- Sundelin J. (2002), *Joining revisited - den terapeutiska alliansens ramfunktion i arbete med multibehovsfamiljer*. *Fokus på Familien*, 3, 207-217.
- Sundelin J. (2005), *E-mail och Längtanstårtan – terapeutiskt arbete med tonåringar i tiden*, *Fokus på Familjen*, 33, sid 294-305
- Sundelin J. (2007), *IFT-trappan. Den intensiva familjeterapins viktigaste terapeutiska agenter i modern utvecklingspsykologisk belysning*. *Fokus på Familien*, 2, 127-142
- Tomm K., (1989), *Systemisk intervjumetodik – En utveckling av det terapeutiska samtalet*, Stockholm, Mareld.
- Walsh F. (1998), *Strengthening Family Resilience*, New York, The Guilford Press.
- Wampold B. E. (2001), *The Great Psychotherapy Debate Models, Methods and Findings*, Routledge New York, Taylor & Francis Group.
- White M. (1991), *Nya vägar inom den systemiska terapin*, Stockholm Mareld.
- White M., Epston D. (2000), *Narrativ terapi – en introduktion*, Stockholm, Mareld.