



Om man vandrar i andras skor kan man förstå var de klämmer

Therapeutic Assessment with Children (TA-C)

i kombination med familjeterapi

- ett alternativ till dagens barnpsykiatriska utredningar?

Eva Digas

Psykoterapeutprogrammet inriktning familj 90 hsp

Institutionen för klinisk vetenskap, psykoterapi

Höstterminen 2011

Examensarbete 15 hsp

Handledare: Björn Wrangsjö, docent i barn- och ungdomspsykiatri

TILLKÄNNAGIVANDEN

Jag vill tacka min handledare Björn Wransjö för all kunskap han ville dela med sig till oss. Det var inspirerande och givande samtal som vi kommer att ha med oss i vårt fortsatta arbete med våra medmänniskor.

Ett stort tack vill jag rikta till de två familjerna som tog emot vårt erbjudande till att utredas enligt TA-C metoden. Särskilt tack vill jag ge till familjen som jag har beskrivit om i resultat delen i detta arbete.

Jag vill också tacka min kollega och vän Richard Lundgren för ett gott samarbete. Han har stöttat och hjälpt mig med att sammanfatta detta omfattande arbete som vi gjorde tillsammans.

Till sist men inte minst vill jag tacka mina barn som har visat tålamod med mig och framför allt min dotter Veronica som hjälpt mig med redigeringen av uppsatsen.



SAMMANFATTNING

Therapeutic Assessment with Children (TA-C) är en utrednings- och behandlingsmetod som på ett uttalat och strukturerat sätt tar med familjen och barnet under hela utredningen för att fånga underliggande strukturer som bidrar till beteenden. Utredning och behandling flätas in i varandra. Denna kombination väckte mitt intresse till att närmare undersöka denna relativt nya metod genom att inom ramen av detta arbete, utreda en familj som jag hade haft en fungerande kontakt med.

Utvärderingen med föräldrarna visade att de främst uppskattade möjlighet att få vara med under alla delar av utredningen. Testsituationerna blev synliga då föräldrarna tillsammans med familjeterapeut observerade barnet och psykologen bakom en enväggsspegel och kopplade det som hände i testrummet till vardagssituationer. Föräldrarna var kollaboratörer, observatörer och tolkare av de psykologiska testen tillsammans med utredarna. Detta sätt att utreda bidrog till ny förståelse och ökad nyfikenhet hos familjen. Föräldrarna som de själva beskrev det ”växte långsamt in i processen” och utvecklade en berättelse om sitt barn som var mer överensstämmande och användbar för att skapa mer positiva och framgångsrika sätt att interagera med barnet. Utifrån mina tidigare erfarenheter av att använda utredningsmetoden TA-C i kombination med familjeterapi och denna utredning så anser jag att det finns många anledningar till att involvera föräldrarna i utredningarna.

Vår hypotes utifrån studiet är att metoden skulle kunna tillämpas i familjer med social problematik där flera instanser är inkopplade och då man inte kommer vidare i behandlingsarbetet. Det krävs då erfarna terapeuter som dels har en familjeterapeutisk utbildning och dels att psykolog har fördjupad utbildning i TA-C metoden. Det finns många frågor som behöver undersökas närmare och vi rekommenderar varmt fortsatt forskning i utredningsmetoden.

Sökord: Terapeutiska utredningar, engagemang, nyfikenhet

Innehåll

1. INLEDNING	1
1.1 Bakgrund	1
1.2. Teoretisk ansats	5
1.3 Syfte	12
2. METOD.....	12
2.1 Testperson/familj.....	13
2.2 Procedur/genomförande	13
2.3 Analysmetod.....	14
2.4 Etiska överväganden.....	14
3. RESULTAT.....	14
3.1 Inledningsfasen:.....	14
3.2 Test och administrationsfasen	15
3.3 Interventionsfasen:	17
3.4 Summering och diskussionsfasen:.....	19
3.5 Uppföljningsfasen:	20
4. DISKUSSION	23
4.1 Kan familjeterapeutiska interventioner integreras i diagnostiska processer?.....	23
4.2 Hur kan dessa interventioner förstås utifrån familjeterapeutisk teori?.....	23
4.3 Slutsater	24
REFERENSER.....	26

1. INLEDNING

1.1 Bakgrund

Författarens bakgrund och erfarenhet

I mitt tidigare arbete inom socialtjänsten har jag mött många familjer vars barn och ungdomar vi inte lyckades förstå och hjälpa trots omfattande insatser. Relationerna inom familjen var konfliktfyllda och ibland brutna. Barnen kände sig många gånger oförstådda och beskrev en utanförkänsla gentemot samhället och sin familj. Barnens beteende var för omgivningen ofta svårt att förutse och förstå vilket gjorde att de inte fick det rätta stödet. Min förhoppning när jag började inom barn- och ungdomspsykiatri 2008 var att kunna öka min kunskap för hur man tar reda på barnets behov, hur man kan arbeta för att förstå deras beteende och hur man tar reda på hur man bemöter dem. Barnpsykiatriska utredningar fann jag därför som särskilt utmanande och intressanta.

Allt eftersom upptäckte jag dock vissa brister vid de barnpsykiatriska utredningarna. Det blev extra tydligt då familjeproblematiken var av mer komplex karaktär. I dessa familjer fungerade inte skolsituationen och många gånger var socialtjänsten inkopplad. Föräldrarna var ofta trötta, pressade och kände sig otillräckliga i sin föräldraroll. De bar ofta en känsla av både skuld och skam då omgivningen många gånger uttryckte om barnets beteende som ett uppfostringsproblem. Familjen lade ned mycket tid på utredningen. Föräldrarna intervjuades för sig för att ta anamnes och vid efterföljande tillfällen genomförde barnet tester på egen hand tillsammans med psykolog medan föräldrarna satt i väntrummet. Föräldrarna hade ingen eller begränsad insyn i vad som pågick i testrummet. Till återgivningen kom föräldrarna med höga förväntningar på att de nu äntligen skulle få svaren på sina problem, att dels få en utförlig beskrivning av orsakerna till barnets problem och dels hur föräldrar och skolpersonal skulle bemöta barnet i vardagen. Psykologen redogjorde för anamnes och testprestation samt bedömning om barnet uppfyllde en diagnos eller inte. Utifrån diagnosen och testprestationen gav man sedan rekommendationer om hur man skulle bemöta barnet i hemmet, skolan och fritiden. Rekommendationerna handlade om hur de skulle bemöta ett ADHD-barn men inte hur man skulle bemöta just deras barn med ADHD. Rekommendationerna var inte alltid förankrade i de vardagssituationer som uppstod i just deras hem, skola och fritid. I det vidare behandlingsarbetet efter utredningen bekräftades många gånger mina misstankar att liksom jag hade inte heller familjen förstått hur de skulle hantera just deras barns beteende i

vardagssituationerna. Föräldrarna fortsatte många gånger med samma beteende i vardagen då de dels inte förstod kopplingen mellan bedömning/diagnos och åtgärder samt dels inte förstod hur de skulle hantera just deras vardagskonflikter. I dessa fall kände sig föräldrarna ofta missförstådda och uttryckte missnöje över att de inte fått tillräcklig hjälp. Min uppfattning är att den familjeterapeutiska kompetensen behövs inte bara före och efter en utredning utan under hela utredningsprocessen för att föräldrarna skall kunna få en djupare förståelse och nyfikenhet för barnets behov. Föräldrarna behöver få en ökad insyn i utredningsprocessen för att sätta alla svårigheter och testresultat i sitt sammanhang, i familjens vardag.

Idehistorisk bakgrund

Idehistorikern Sven-Erik Liedman (2001) menar att under större delen av 1900-talet fram till 1990-talet beskrevs människan främst som en social och psykisk varelse men att man efterhand börjat fokusera allt mer på människans biologi och hjärna. Det amerikanska psykiaterförbundets diagnosmanual DSM III publicerades under åttiotalet och kan ses idag som markören för ökad fokusering på kategorisering och diagnostisering. Det skulle underlätta och systematisera arbetet mellan kliniker och forskare där evidensbaserad behandling blev ett krav. En förskjutning från kollektivism till individualism och testpsykologin återtog sin förlorade plats som den tappade under 1960-talet. Tongivande representanter för läkarkåren är idag splittrade där vissa är kritiska till utvecklingen då de anser att dåliga ekonomiska tider i samhället har medfört att frågan om diagnoser ökat för att få samhällsstöd och resurser i skolan. Andra representanter ser det som en viktig och nödvändig utveckling och pekar på att många skolsvårigheter är orsakade av neuropsykiatriska funktionshinder och att man bör utreda och diagnostisera det.

Familjeterapeutisk bakgrund

Lundsbye et al (2010) berättar att familjeterapins utveckling började under 1940-talet i USA där man började lägga allt större tonvikt vid det sociala sammanhanget och terapiarbetet försköts från individen till hela familjen. Patienten hade tidigare pratat om sin familj nu började man istället se patienten tillsammans med familjen. Under 1950-talet fortsatte utvecklingen från individen, till dyaden, till familjen, till nätverket. Under 1970-talet började familjeterapin ha en stark ställning inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige. Familjesamspelet var i centrum av förståelsen för hur ungdomarnas symtom uppstått och vidmakthölls. Under 1900-talet utvecklades en mängd olika riktningar inom familjeterapin

men huvudinriktningarna var: den psykoanalytiska, kommunikationsteoretiska, den experimentella, den strukturella, den strategiska, den lösningsfokuserade, gestaltterapi och beteendeterapi.

Lundsbye et al (2010) säger att andra ordningens cybernetik innebär att diagnosen är en metateoretisk omöjlighet eftersom man observerar familjen samtidigt som klinikern ingår i det terapeutiska systemet och är därmed en del av det man studerar. Diagnoser förutsätter en objektiv verklighet men som endast kan uppfattas av subjektiva konstruktioner. Diagnostik i traditionell psykiatrisk bemärkelse där man konstaterar ett statistiskt tillstånd som beskriver om personen är sjuk eller frisk ska klart skiljas från familjeanalys. Familjeanalysen är strukturerad som ett analyschema och består av rubrikerna: kommunikation-process-struktur kopplat till familjen-terapeutiskasystemet-terapeutteamet. Schemats syfte är att skapa en bättre överblick för att viktiga områden inte ska tappas bort i analysen. En analys kan aldrig bli fullständig men kan vara ett hjälpmedel för att terapeuten ska bli effektivare. Den skarpa gränsen mellan diagnos och behandling är oönskad och omöjlig vid familjeterapi.

Vad är en barnpsykiatrisk utredning?

Gillberg (2004) menar att det ska innehålla anamnes, journalhandlingar med information om graviditet och förlossning, BVC-journaler samt skoljournaler. Psykiatrisk status och utvecklingsmedicinsk undersökning, sociala omständigheter inklusive familjeförhållanden. Barnets kognitiva funktionsnivå skall bedömas med psykologiska test. En mångfacetterad och rättvisande bedömning av ungdomar som uppvisar psykiska svårigheter kräver information från olika håll som sedan fogas samman. Avslutningsvis gör läkaren en diagnostisk bedömning med hjälp av DSM-IV eller ICD-10 som är kriteriebaserat. Det underlättar och systematiserar arbetet mellan kliniker och forskare.

Kritik mot barnpsykiatrisk utredning

I en artikel från Socionomen (Gustafsson et al, 2011) beskrivs en övertro på manualbaserade utredningsmetoder inom barn- och ungdomspsykiatri där resultatet lätt tas för sanningar. Författarna beskriver: ”*denna smala expertkunskap, som ofta är byggd på linjära resonemang om orsak - verkan får alltmer tolkningsföreträde, framför att se människor och sociala system som kännetecknade av komplexa orsakssamband*”. Risken är att klinikern ser sig själv och ses av andra som experten som kan göra objektiva bedömningar och att individen ser sig själv och

ses av andra som sin egen diagnos. Ett systemiskt tänkande, menar författarna skulle: *”problematisera diagnosens betydelse och funktion i systemet och betona det speciella och relationella i sammanhanget.”* Smith et al (2010) pekar på att både kliniker och föräldrar fokuserar främst på barnets svårigheter vid barnpsykiatriska utredningar och föräldrarna deltar begränsat i utredningarna. Utredningar har främst setts som en kunskaps inhämtning inför framtida behandlingsinsatser, snarare än en behandlande insats i sig. Detta trots att både teoretisk, empirisk och klinisk erfarenhet visar på att systemet och familjen har stor inverkan på barnets funktion.

Symptomskattning kan liknas vid toppen på ett isberg. Den ger ingen information om individspecifika eller underliggande faktorer. Patientens individuella problematik särskiljs inte från andra med samma diagnos. Diagnosen ger alltså inte tillräcklig information om problemets natur för den enskilda patienten. I värsta fall kan det leda till två felaktiga antaganden: 1) att alla patienter med samma störning uppvisar likartade beteenden och problem och 2) att en patient som har en viss diagnos uppvisar alla, eller åtminstone de flesta av de för diagnosen karakteristiska symptomen. En barn- och ungdomspsykiatrisk bedömning behöver därför innehålla mer information än diagnos för att vara vägledande. Individspecifika uppkomstmekanismer, i den mån dessa går att identifiera samt vidmakthållande faktorer både inom patienten och i miljön liksom friskhetsfaktorer bör innefattas i bedömningen för att sedan kunna besluta om lämplig behandling.

Gorske och Smith (2009) menar att patientcentrerad vård är viktig även inom neuropsykologisk utredning/barnpsykiatrisk utredning då en bristande relation till den utredande psykologen kan påverka patientens förmåga att prestera optimalt. Den erbjuder även en möjlighet till att förstå vad som ligger bakom patientens prestation, vilket i sin tur kan leda till mer precis diagnostik eftersom patientens upplevelse och erfarenhet tas i beaktande. Therapeutic Assessment with Children (TA-C) är en innovativ och lovande metod där man utreder på ett mer kollaborativt och terapeutiskt sätt för att få fram mer av familjens potential. För neuropsykologiska utredningar är de behandlande insatserna i hög grad utforskade och litteraturen begränsad. Det finns således ett stort behov av forskning inom området.

Val av uppsatsämne

Mitt val av ämne kommer från en önskan om att lära mig mer, om det är möjligt, och i så fall hur familjeterapi kan användas som en del av barnpsykiatriska utredningar. Om det går att komplettera det neuropsykiatriska paradigmet med familjeterapeutiska perspektiv.

Therapeutic Assessment with Children (TA-C) är en kollaborativ utrednings- och behandlingsmetod som på ett uttalat och strukturerat sätt tar med föräldrarna och barnet under hela utredningen för att fånga underliggande strukturer som bidrar till beteenden. Sedan 2009 har jag vid några tillfällen provat TA-C. Metodens främsta styrkor i jämförelse med ”vanliga” utredningar är att föräldrarna får vara delaktiga i alla delar av utredningen. Testsituationerna blir synliga då föräldrarna tillsammans med familjeterapeuten observerar barnet och psykologen bakom en envägsspegel och kopplar händelser i testrummet till vardagsituationer. Detta ökar föräldrarnas nyfikenhet och förståelse för barnets svårigheter och därmed de problem man haft inom familjen i samspel med varandra. Föräldrarna hittar svaren till sina frågor istället för att ”experterna” ska tala om vad de ska göra.

1.2. Teoretisk ansats

Detta avsnitt består först av en genomgång av familjeterapi och dess teoretiska referensram. Sedan orienteras läsaren i TA-C, dess teoretiska referensram och slutligen sammanfattas vad som påträffats kring forskningen inom TA-C.

Narrativ terapi

I boken ”Psykoterapeutens förnyare” (Abrahamsson & Berglund, 2007) beskrivs att Michael White och David Epston som är grundare till denna teori, har utvecklat ett förhållningssätt som främjar samarbete och allians i möten med hjälpsökande. Terapeuten utgår från vad familjen själva formulerar som problem, möter dem generöst och utgår från de påstående de har om sina liv. Man bygger sedan försiktigt upp en samarbetsrelation och genom frågor kommer man fram till nya utsiktsplatser där man stannar upp för att se vad som är problemet, för vem, och på vilket sätt. Ifrån varje utsiktsplats gör man nya upptäckter som väcker nyfikenhet, utforskarglädje och handlingsberedskap. Samtalen utmärks av kreativitet inte bara hos behandlare utan också hos familjen. ”Externaliserande” konversation lättar upp klientens skuldbörda och anklagelsernas onda cirkel. Genom ”Dekonstruktion” som är ett sätt att studera det vardagliga med ett ”främmande och exotiskt levnadssätt och tankar” menade White att problemet förlorade sin kraft. ”Genom att identifiera och förkroppsliga dess

sanningar får vi möjlighet att se att det finns alternativa vägar, val.” (Abrahamsson & Berglund, 2007 s.112)

Identitet är något som vi erövrar i samspel med andra. I lyssnandet av andras berättelser och när vi återberättar dem utifrån oss själva, våra egna erfarenheter och associationer, bidrar vi till andras pågående identitetsprojekt. Teorier om att människan har en sann natur och att lösningen finns i att upptäcka den, utestänger en mångfald av tänkande som finns i livet. Istället för att fråga ”vem är jag” frågar en narrativ terapeut ”vem är jag idag?” Vilka personer har jag i min ”livsklubb” som utformar min berättelse om mig själv? Hur påverkar de min identitet? Finns det andra som kan ingå och på vilket sätt skulle de påverka mig? Terapeuten ställer nyfikna frågor som påverkar människan att berätta och återberätta sin berättelse och varje gång söka efter rikare beskrivningar och få fram skillnader som ger nya ”fakta” och unika tillfällen/undantag från den ursprungliga problem berättelsen. Att vrida och vända och se det från olika perspektiv bidrar till nya och mer närande berättelser. Dessa nya kunskaper eller upptäckter man har gjort, ger nya förutsättningar mot en berättelse som finns närmare personens liv. Att utveckla sin berättelse som han eller hon har om sig själv och som inkluderar hans eller hennes kultur, familj och historia. ”White menade att den största gåvan vi kan ge till klienter är att hjälpa honom att bli sin egen författare.” (Abrahamsson & Berglund, 2007 s. 113)

Strukturell familjeterapi

Salvador Minuchin beskriver i sin bok ”Familjer i terapi” (Minuchin, 1976) om den strukturella skolan som han bland andra företräder, om familjen som en enhet som ständigt är i förändring. Den förändrar sin organisation och struktur allt efter de olika familjemedlemmarnas varierande behov. Minuchin har utvecklat en ny syn på individens identitet. Från att ha betraktat individen som en autonom enhet med en oföränderlig ”personlighet”, fokuserade han allt mer på samspelet mellan individer och deras ömsesidiga påverkan på varandra. Den strukturella familjeterapin har en systematisk teoretisk grund. Den ser varje individ i hela sitt sociala sammanhang.

”I alla kulturer märker familjen sina medlemmar med en egen identitet. Människans upplevelse av identitet har två element: en känsla av att tillhöra och en känsla av att inte tillhöra. Det laboratorium där dessa ingredienser blandas och fördelas är familjen, identitetens ursprung... Känslan av att tillhöra kommer när barnet anpassar sig till familjegruppen och när han tar upp dem transaktionsmönster i familjestrukturen som ska

bestå under olika skeenden i livet... Varje familjemedlems känsla av identitet påverkas av hans upplevelse av att tillhöra en speciell familj... Känslan av avskildhet och att ha en individualitet uppstår genom deltagande i familjens subsystem i olika sammanhang i familjen, och också genom deltagande i grupper utanför familjen. När barnet och familjen växer samman avgränsas, genom familjens anpassning till barnets behov, vissa områden som är autonoma som det upplever som avskildhet.” (Minuchin, 1976 s.63)

Minuchin menar att när systemets struktur förändras med nya samspelsmönster, förändras även familjemedlemmarnas känslor, upplevelser och beteenden. Den strukturella familjeterapeuten arbetar med inriktning på familjens subsystem som även kallas dem funktionella delsystemen. Familjen organiserar sig i flera subsystem; efter generation, ålder, kön, intressen m.m. Föräldrasubsystemet är orienterat mot barnet, med funktionen att ge barnet den omvårdnad den behöver. Det kan sammanfattas med två ord, kärlek och disciplin. Det kräver att båda föräldrarna kan samarbeta. Barnsubsystemet är orienterat mot föräldrasubsystemet, precis som föräldrasubsystemet är orienterat mot barnet. De är komplementära och påverkar varandra ömsesidigt. Föräldrarnas funktion är att ge barnet möjlighet att utveckla de färdigheter som behövs för att kunna relatera till auktoriteter som att lyda, förhandla, utveckla självständighet och slutligen frigöra sig. I observationsrummet i form av lägenhet med one-way-screen utvecklade han teknik för att *”bringa basal ordning i ett kommunikativt kaos; en ordning som var nödvändig för att några problem överhuvudtaget skulle kunna redas ut.”* (Minuchin, 1976 s.11) Terapeuten har en mycket aktiv roll. Han fastställer möjliga behandlingsmål i samarbete med familjen. Familjemedlemmarna får stöd att omorganisera sin vardagliga samlevnad vilket i sin tur kommer att förändra deras känslor och upplevelse av sig själva och andra i familjen.

Anknytnings betydelse

I boken ”Anknytningsteori” (Broberg, Granqvist, Ivarsson, & Risholm-Mothander, 2006) beskrivs hur psykoanalytikern Peter Fonagy tillsammans med en grupp i London har undersökt innebörden i föräldrarnas sätt att möta barnets emotionella upplevelser. Utifrån mentalisering som begrepp eller ett reflekterande sinne, beskriver han hur barnet genom sin relation till anknytnings personen, lär sig att utveckla känsla av att ha ett eget jag som kan uttrycka känslor. Han menar att ”det psykobiologiska syftet med anknytningen är att ge barnet möjlighet att lära sig förstå sina egna och andras sinnestillstånd. Att kunna uppfatta och tolka sinnestillstånd (inklusive känslor) är kärnan i allt social samspel ...” (Broberg et al 2006 s.

224) Han refererar till Bions (1962) begrepp om emotionellt härbärgerande, att föräldern med sin omvårdnad hjälper barnet att stå ut med sin oro och rädsla. Anknypningspersonen tar hand om barnets upprördhet och gör den mindre obehaglig. I detta samspel tränar barnet att representera sin känsla genom att uttrycka den för att andra ska förstå och sedan ”lagom mycket” ta ansvar för den själv.

Broberg et al (2006) beskriver också Sean Ainsworths observationer om vikten av föräldrarnas känslighet eller lyhördhet för barnets signaler. Hon formulerade fyra dimensioner som betydelsefulla i föräldrarnas lyhördhet för att barnet ska kunna utveckla en trygg anknytning. Den första dimensionen är *graden av lyhördhet*. Hon menar att föräldern behöver vara beredd att förstå och tolka barnets signaler utifrån den specifika situationen som uppstår och sedan kunna värdera vilket svar som är bäst för barnet just då. Den andra dimensionen är *graden av acceptans – bortstötande* och menar vikten med att föräldern har förmåga att balansera sina positiva och negativa känslor gentemot sitt barn. Som förälder kan man inte uppskatta allt vad barnet gör men förmedla ändå till barnet att acceptans fullt ut. Den tredje handlar om *graden av samarbete och inblandning*. Vikten av att föräldern har förmåga att respektera barnets integritet och egna önsknings. Att vara mer inställd på att vägleda än att kontrollera sitt barns beteende. Vara mer ”med” än ”på” sitt barn. Och slutligen den fjärde dimensionen handlar om *tillgänglighet – ignorans*. Avser förmåga att vara närvarande i barnets vardag både fysiskt och psykiskt och kunna reglera det efter barnets ålder (Broberg et al, 2006 s.215).

Affektreglering

Leif Havnesköld beskriver i boken ”Barn som märks” (Wransjö, 1998) om affekter och emotioner är psykobiologiska fenomen som spelar en central roll i barnets psykiska utveckling under de första 3-4 åren. Affekterna är ett antal nedärvda ”basprogram” som kan beskrivas som *ett primärt motivationssystem* och drivkraften till vårt handlande. De är ”psykets ursprungliga råmaterial för att skapa meningsfulla sammanhang, det vill säga ”limmet” i våra psykiska strukturer och *ett övergripande informationssystem* rörande förhållandet till omvärlden och till oss själva. (Wransjö, 1998 s.110) Affektprogrammet är med andra ord ”ett mönster som binder samman” hjärna och psyke.

Goleman använde i sin definition (1997) om ”känslomässig intelligens” eller ”emotionell intelligens” fem områden som utgångspunkt i sin diskussion. Dessa var: **1. Att ha kontakt med sina känslor.** Att vara medveten om sina känslor och tolerera dem är avgörande för

psykologisk insikt och självkänedom. **2. Att kunna hantera känslor.** Detta kan innebära att kunna reglera sina känslor och då framför allt negativa känslor. Också viktigt här är att kunna förstå vilka känslor som kan och bör visas i olika sammanhang (visningsregler). **3. Att kunna motivera sig själv,** eller självkontroll. Att kunna reglera sina omedelbara impulser och vänta på behovs tillfredställelse för att nå långsiktiga mål. **4. Att uppfatta känslor hos andra.** Förmågan att kunna visa empati som är en av de viktigaste sociala färdigheter. **5. Att skapa och bevara relationer.** Personer med hög ”social kompetens” kan skapa kontakt, leda, organisera och lösa konflikter som är oundvikliga. För att klara av det krävs självkänedom, empatisk förmåga och färdigheter att skapa och bevara goda relationer. (Wransjö, 1998 s.111). Havnesköld menar att genom de självreglerandeprocesser som utvecklas i den tidigaste spädbarnsperioden tillsammans med nyfikenhet och intresse för världen får barnet tilltro till sin förmåga att reglera sina känslor och intressera sig för omvärlden. Vissa barn har exempelvis lättare att bli överstimulerade, andra är undvikande, en del är dominerande med drag av ilska, andra uppfattas som passiva och har hög tröskel för stimulering. Hur känslig ett barn är till olika sinnesintryck påverkar dess över- och/eller underaktivitet. En del barn är känsliga för ljud andra för beröring osv. Greenspan (1997) har föreslagit att svårigheter i självregleringsprofilerna är den grundläggande faktorn i utvecklingen av syndrom som DAMP/ADHD och att uppmärksamhetsproblemen kan vara en följd av dessa brister. Man kan säga att de genetiska variablerna påverkar beteendet främst genom självregleringsprofilen som i sin tur kan påverka de tidiga relationerna. Hos alla barn med neuropsykiatriska diagnoser som DAMP/ADHD och autism i olika former finns brister i den emotionella intelligensen. Denna brist är inte enbart ett symptom som alla andra utan utgör själva ”kärnan” i dessa syndrom. (Wransjö, 1998 s.133) Leif Havnesköld beskriver affektsystemet som ett instrument som naturen har givit oss att spela på men att vi måste öva för att bli bra, oavsett talang. En fördel med den emotionella kompetensen är dock att det är möjligt att förbättra. Emotionell utveckling pågår livet igenom.

Therapeutic Assessment with Children (TA-C)

Stephen Finn (2007) har tillsammans med bland annat Constance Fischer, Leonard Handler och Caroline Purves varit pionjärer de senaste tjugofem åren när det gäller utvecklandet av Therapeutic Assessment (TA) och sedan Therapeutic Assessment with Children (TA-C). Den halvstrukturerade metoden kan beskrivas som en kollaborativ utredningsprocess och terapeutisk korttidsintervention. TA-C inkluderar traditionella utredningsmetoder som; att överväga diagnos och ge förslag till åtgärder samt utvärdera dem. Men det övergripande målet

är att föräldrarna ska utveckla en ny förståelse och ökad nyfikenhet om familjen samt utveckla en berättelse om sitt barn som är mer överensstämmande och användbar för att skapa mer positiva och framgångsrika sätt att interagera med barnet. De psykologiska testen används som en intervention på samma gång som man samlar in data om barnet. I TA-C involveras barnet, familjen och andra viktiga vuxna i alla delar av utredningen med syfte att öka deras motivation till att skapa en ökad förståelse av dem själva och/eller för barnets behov och dess styrkor för att kunna skapa en förändring. Man erbjuder inte några färdiga resultat utan erbjuder familjen och barnet att själv få vara med i utforskandet så att de kommer fram till bättre självförståelse och minska risken för desintegration. Föräldrarna ska få en ny upplevelse och "berättelsen" om barnet ska bli mer exakt/noggrann/medlidsam/godhjärtad och användbar. Familjen är med som kollaboratörer, observatörer och tolkare av de psykologiska testen. Med olika terapeutiska metoder strävar man efter att sätta igång en process som kan förbättra kommunikationen och samspelet mellan barnet och familjen samt andra viktiga vuxna. Helhetssynen om familjens behov är viktig varför man uppmärksammar även föräldrarnas mående. Syftet är att väcka engagemang inom familjen för varandras behov och motivation till förändring. Man ger alltid verbal feedback till barnet, föräldrarna och andra viktiga vuxna samt sammanställer ett skriftligt dokument. En individuell och speciellt anpassad sammanställning görs till barnet. Vid avslut utvärderas utredningen av deltagarna. En framgångsrik TA-C leder till ny förståelse för barnets och familjens svårigheter, skapar mer positiva och framgångsrika sätt att interagera med barnet.

Finn (2007) delar upp TA-C modellen i sex faser:

1. Inledningsfas. 2. Test- och administrationsfas. 3. Interventionsfas. 4. Summering /diskussionsfas. 5. Feedback- och skriftlig kommunikationsfas. 6. Uppföljningsfas

I. Inledningsfasen: Endast föräldrarna bjuds in till det första samtalet och man låter barnet stanna hemma för att stärka skillnaden mellan generationerna då den ofta har suddats ut. Tillsammans sammanställer man föräldrarnas frågeställningar som ska vara kopplade till vardagen och formulerar målet med utredningen. Vid andra tillfället bjuds barnet in tillsammans med sina föräldrar. Barnet får information om utredningen och får möjlighet att ställa egna frågor inför utredningen.

2. Test och administrationsfasen: Föräldrarnas och barnets frågeställningar ligger till grund för utredningsprocessen och valet av utredningsmaterial. Psykologen och barnet genomför testuppgifter samtidigt som föräldrar och familjeterapeut observerar genom en envägsspegel.

Tillsammans diskuterar och reflekterar de över vad som händer i testrummet och kopplar det till vardagen och de sammanställda frågeställningarna. Hjälper familjen att se under ytan.

3. Interventionsfasen: Valet av terapeutisk metod ska utgå från den sammanlagda bedömningen från testprestationen, observationer, diskussionerna, frågeställningarna, anamnes och inom det egna teoretiska utgångsperspektivet. Familjesessionen ger möjlighet för kliniker att observera barnet i en familjekontext och prova olika hypoteser ur ett systemiskt perspektiv.

4. Summering och diskussionsfasen: Utredarna refererar till situationer under utredningen och hur man kan koppla det till vardagssituationer. Genom att utredarna och föräldrarna tillsammans sammanställer materialet ökar möjligheten att sätta sig in i familjens skor.

5. Skriftlig kommunikation och feedbackfas: Barnet och familjen är med tillsammans vid feedbackfasen. Skriftlig feedback och muntlig redogörelse ges till barnet i form av en saga eller fabel. Forskning har visat att fabeln bidrar till att barnet känner sig förstådda och mer förhoppningsfulla efter en framgångsrik feedback session.

6. Uppföljningsfas: Det är vanligt att man bokar ett uppföljningssamtal med familjen två till tre månader efter familjen fått feedback. Familjen ges möjlighet att diskutera nya eller gamla problem kopplade till fynden/resultatet/bedömningen av utredningen och de tidigare rekommendationerna modifieras för att möta det aktuella behovet hos barnet och familjen.

Vad skiljer TA-C från traditionella barnpsykiatriska utredningar?

Traditionella utredningsmetoder har som mål att överväga diagnos och ge förslag till åtgärder samt utvärdera dem. Man ger verbal feedback till barnet, föräldrarna och andra viktiga vuxna samt sammanställer ett skriftligt dokument. TA-C inkluderar allt detta men strävar dessutom efter att skapa positiva förändringar hos barnet och föräldrarna, vilket också är dess främsta mål. De psykologiska testen används som en intervention på samma gång som man samlar in data om barnet. Man involverar barnet, föräldrarna och andra viktiga vuxna i alla delar av utredningen med syfte att öka deras förståelse för barnets behov och dess styrkor. Med terapeutiska metoder strävar man efter att sätta igång en process som kan förbättra kommunikationen och samspelet mellan barnet, föräldrarna och andra viktiga vuxna.

Helhetssynen om familjens behov är viktig varför man även uppmärksammar föräldrarnas mående. Man strävar efter att väcka engagemang för varandras behov inom familjen och motivation till förändring. En individuell och speciellt anpassad sammanställning görs till barnet i form av en fabel. Vid avslut utvärderas utredningen av deltagarna.

Forskningsstöd för TA-C

Bevis för positiva effekter med den mer omfattande *Therapeutic Assessment with Children* (TA-C) med barn och familjer kommer från ett fåtal empiriska studier men är lovande (Smith, 2010). Kliniker och forskare som använder sig av TA-C har funnit klinisk effekt i fallstudier som genomförts i skolor universitets-baserade kliniker och barnsjukhus. En sammanställd gruppstudie använde sig av den omfattande TA-C-modellen med fjorton familjer och barn som hade sökt för beteendeproblem och känslomässiga problem hos barnet. Barn och mödrar rapporterade minskade symtom och färre konflikter i familjen, förbättrad kommunikation och familjesammanhållning. Mödrarna rapporterade mer positiva och färre negativa känslor gentemot barnet när de genomfört TA-C. I en studie med föräldrar som fick utvärdera utredningsmetodiken rapporterades att de mest uppskattade delarna av utredningen var möjligheten att observera när barnet testas och arbeta med dem kollaborativt.

1.3 Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka tillämpningen av TA-C inom familjeterapeutisk referensram och om familjeterapeutiska interventioner kan integreras i diagnostiska processer.

Frågeställningar:

Kan interventioner utifrån TA-C förstås och tillämpas utifrån familjeterapeutisk teori och praktik?

Vilka fördelar och nackdelar upplever familjen med TA-C?

Vilka fördelar och nackdelar kan en familjeterapeut se med TA-C?

2. METOD

För att besvara frågeställningarna genomfördes en fallstudie. Eftersom kombinationen mellan TA-C och familjeterapi är en relativt ny metod valde jag en familj som jag redan hade en fungerande kontakt med. För att undersöka hur TA-C är tillämpbar inom familjeterapeutisk referensram skulle utredningen genomföras med ett antal familjer av olika karaktär men inom

ramen för detta arbete har jag begränsat mig till en familj. Utredningen gjordes tillsammans med en tidigare kollega, psykolog Lundgren, som har särskild kompetens inom TA-C. Vi arbetade koncentrerat på förmiddagar under en vecka, sommaren 2011.

2.1 Testperson/familj

Kalle är en 11 årig pojke som har ett utagerande beteende i både hem och skola. Kalle har haft aggressionsutbrott alltsedan 1½ års ålder. Han slogs, svor och kunde inte kontrollera sina känslor och impulser. Andra barn var rädda för honom. Det gjorde att han ofta bytte kamrater. Enligt specialpedagogisk bedömning var hans främsta svårigheter dålig uthållighet och ojämn koncentrationsförmåga. Svårigheter med övergångar, ta instruktioner och komma igång med skolarbetet. Under åren har hem och skola på olika sätt försökt att bemöta och skydda Kalle från att utsätta sig själv och andra i fara. I kontakten med BUP har familjen tillsammans med mig och en kollega, arbetat med föräldrastöd, familjesamtal, nätverksträffar med skola och hem. Detta hjälpte periodvis men inte över tid. Alltefter som kraven från skolan ökade, la man märke till att Kalle inte klarade av att reglera sina känslor och han kom allt oftare i konflikt med andra eller så agerade han hotfullt och impulsivt. Var ledsen efteråt för de skador han orsakade. Kalle bor med sina båda föräldrar och en yngre syster. Föräldrarna var trötta och kände sig maktlösa.

2.2 Procedur/genomförande

Kalle och hans föräldrar genomförde utredningen på en BUP-mottagning. Samtalen filmades med familjens medgivande. Barnet testades av psykolog och dessutom diskuterade man utifrån Kalles tankar, känslor och beteenden i testrummet. Föräldrarna tillsammans med familjeterapeut observerade vad som hände i testrummet bakom envägsspegel. Utifrån familjens egna frågeställningar kopplade familjeterapeuten observationerna till familjens vardagssituationer i hem och skolan och tillsammans strävade man efter att finna svaren till frågeställningarna. I familjesessioner som följde efter test- och observationssessionerna, valdes familjeterapeutiska metoder utifrån det som framkom i testprestationen, observationer, diskussionerna, frågeställningarna och anamnes. Problembeteendet fick yttra sig i samtalsrummet och bli observerat av samtliga för att sedan tillsammans sträva efter att utveckla andra sätt att hantera den specifika situationen. I slutet av veckan fick även familjens nätverk möjlighet att delta. Utvärderingssamtal via intervju gjordes av mottagningens barnpsykiatriker tillsammans med familj och behandlare.

2.3 Analysmetod

För att besvara frågeställningarna gick jag förutom själva utredningen igenom även journalanteckningarna och de initiala minnesanteckningarna från test- och observationssessionerna samt tittat på de inspelade filmerna som gjordes enbart på familjesessionerna och utvärderingssamtalen. Det gick ut på att hitta fynd om familjemedlemmarnas uttryck och samspel gentemot varandra samt utredarnas samspel med familjen och de behandlingsmetoder som användes. En ny berättelse utformades med fokus på processen och det som gjorde skillnaden i förståelse av problematiken. Sedan koncentrerades varje samtal till de olika faserna som ingår i TA-C metoden.

2.4 Etiska överväganden

För att genomföra denna fallstudie har tillstånd inhämtats från den aktuella klinikkens verksamhetschef och enhetschef. Föräldrarna fick vid det första kontakten som skedde via telefon, kort information om utredningens genomförande och syftet med själva studien. De informerades om att deltagandet var frivilligt samt att resultatet inte skulle avslöja deras identitet. Båda föräldrarna har vid besök på mottagningen läst och godkänt den skrivna texten på resultatdelen. Samtalen filmades med barnets och föräldrarnas medgivande. Vidare har filmerna förvarats under säkra former och förstörts efter analysarbetet.

3. RESULTAT

Observationer från de inspelade samtalen och journalanteckningar presenteras utifrån de faser som ingår i TA-C metoden. Efter varje beskrivning följer en koppling till familjeterapeutisk teori.

3.1 Inledningsfasen:

Endast föräldrarna bjöds in till det första samtalet och man låter barnet stanna hemma för att stärka skillnaden mellan generationerna. Vi gjorde föräldrarna viktiga och kompetenta - att det är de som har störst betydelse för barnets utveckling. Föräldrarna fick information om hur utredningen var upplagd. Vi hjälpte föräldrarna att hitta, formulera och utveckla sina frågor till utredningen. Frågorna var kopplade till familjens vardag vilket gav oss en del bakgrundsinformation och en inblick om hur föräldrarna resonerade om problematiken. Vid andra tillfället som var under samma förmiddag, bjöds barnet in tillsammans med sina föräldrar. Barnet fick information om utredningen och möjlighet att ställa egna frågor inför utredningen. Vi strävade efter att lägga grund för ett samarbete och bygga en förtroendefull relation med varje familjemedlem för att göra möjligt för dem att bli aktiva deltagare under hela utredningsprocessen.

3.2 Test och administrationsfasen

Med hjälp av familjeterapeutens frågor blev föräldrarna uppmärksamma på att utredaren gav kort och konkret, tydlig information till Kalle. Under hela testsituationen är psykologen lyhörd för Kalles behov och instruerar honom för att skapa trygghet. Det gjorde att Kalle kunde behålla sin uppmärksamhet och arbeta längre än vad som var vanligt.

Familjeterapeuten hjälpte föräldrarna att se det som hände i testsituationen genom att benämna. Föräldrarna blev då nyfikna på barnets behov. Observationerna kopplades till vardagssituationer. Det framkom att Kalle inte alltid fick hjälp med att benämna det som hände, speciellt i stressade situationer. Efterhand insåg föräldrarna att när Kalle inte fick hjälp att benämna och bli trygg med en situation så blev han orolig, överaktiv och impulsstyrd. Han blev allt mer irriterad och det kunde sluta med ett utbrott. Psykologens sätt att bemöta Kalle gjorde att föräldrarna lärde sig ett annat sätt att bemöta honom. Frågan uppstod hur stort behov Kalle hade av uppmärksamhet och stöd för att han skulle kunna känna sig trygg och fungera bättre.

Teori: *White (2007) menar att familjeterapeuten ska ställa nyfikna frågor som påverkar föräldrarna att berätta och återberätta sin berättelse och varje gång söka efter rikare beskrivningar, få fram "nya" fakta. Att vrida och vända och se det ur olika perspektiv bidrar till nya och mer närande berättelser. Ainsworth menar att föräldrarnas lyhördhet för barnets signaler är av stor vikt. Att vara tillgängligt, närvarande i barnets vardag både fysiskt och psykiskt och kunna reglera det utifrån barnets ålder är en viktig förmåga hos föräldrarna.*

Familjeterapeuten i dialog med föräldrarna i observationsrummet började reflektera över hur Kalles risk till utbrott påverkade familjens sociala umgänge med vänner och släkt. Föräldrarna beskrev Kalle som ett besvärligt barn där morföräldrarna undvek att ha Kalle på besök eller vara barnvakt. Att en del av föräldrarnas vänner uttryckte att Kalle var ouppfostrad. Familjen undvek att handla tillsammans med Kalle. Föräldrarna berättade att de hade börjat begränsa sin sociala tillvaro så som till exempel att bjuda hem sina vänner för att man inte ville skämmas för Kalles utbrott. Kalle upplevdes som trotsig och hade svårt att ta emot tillsägelser från de vuxna. Familjeterapeuten tog emot föräldrarnas berättelse och bekräftade deras farhågor och skamkänslor. De uppmuntrades att använda sig mer av sin auktoritet som föräldrar och våga styra och vägleda Kalle som fungerade bättre när de vuxna var tydliga med vad som förväntades av honom och gav honom de ramar han behövde utifrån den specifika situationen. Detta med koppling till testsessionerna och samarbetet mellan Kalle och utredare.

Teori: *White (2007) säger att man i de narrativa samtalen bygger upp en samarbetsrelation och allians där familjeterapeuten utgår från vad familjen formulerar som problem, möter dem generöst och utgår från de påstående som de har om sina liv. Minuchin säger att familjen måste ha ett verkställande subsystem som kan fatta beslut, speciellt avseende barnuppfostran. Det är oftast föräldrarna som utgör det subsystem. Föräldrasytemet måste ha auktoritet. Ett barn måste få tillfälle att experimentera med att bli stort och veta att föräldrasytemet sätter gränser (Minuchin, 1976, s 162).*

Vid andra testsessionen bedömde utredarna och föräldrarna att Kalle arbetade långsammare än tidigare. De observerade att Kalle var extra trött denna dag, hade återkommande harklingar och vrickade mycket med handlederna. I pausen beslutade utredarna att man skulle utmana Kalle genom att ställa högre krav på arbetstempot och ge honom tydliga instruktioner om det. Det visade sig att Kalle då började arbeta snabbare än tidigare. Föräldrarna jämförde det med skolsituationen där skolpersonalen anpassade sig allt för mycket efter Kalles arbetstempo och att han då arbetade långsammare än sin förmåga. Föräldrarna insåg att de måste våga styra och vägleda Kalle tydligare än vad man gjort tidigare och de skulle prata med skolpersonalen om detta. Familjeterapeuten stärkte föräldrarna i sin föräldraroll och underströk att de är experterna på sitt eget barn.

Teori: *Ainsworth pratar om vikten av lyhördhet, att vara beredd att tolka barnets signaler till den specifika situationen och sedan värdera vilket svar som är bäst för barnet just då. Att vara mer inställd på att vägleda än att kontrollera sitt barns beteende.*

Psykologen observerade att Kalle gav signaler när han blev trött genom att fråga hur länge det hade kvar. Strax därefter svarade han fel på frågor. Kalle fick sedan beskriva hur han tänkte och kände om sin trötthet och psykologen gav honom förtroendet att själv säga till när de skulle ta paus under utredningen. Föräldrarna överraskades över Kalles ansträngningar för att koncentrera sig och att han blev så trött. Det kopplades till vardagssituationer där Kalle lämnade sina kamrater när han blev trött för att se på TV. Dessutom kopplades Kalles trötthet till hans ilske utbrott i samband med press och stress. Föräldrarna fick en annan förståelse av Kalles behov av lugn och ro som en förutsättning för att behålla uthålligheten och kunna fokusera på det han gör. Det var viktigt med att tillåta honom att ta pauser istället för att förebrå honom.

Teori: *White (2007) menar att föräldrarnas berättelse ändras och berikas efterhand som hittar nya utsiktsplatser där man stannar upp för att se vad som är problemet, för vem och på vilket sätt. De nya upptäckterna ger nya förutsättningar mot en berättelse som ligger närmare*

personens liv. Anderson et al (1992) nämner att ur ett språkssystemiskt synsätt står terapeuten som deltagande observatör och inte i en "meta-" position i förhållande till det system som behandlas. Terapeuten är "med där inne" som en som lär sig, samarbetar med, försöker att förstå och arbeta inom klientens meningssystem.

Familjeterapeuten benämnde pojkens ansträngningar i testrummet för föräldrarna. Efterhand började föräldrarna uttrycka förvåning och stolthet över Kalles tålamod och uthållighet när han genomförde testuppgifterna. Familjeterapeuten förstärkte föräldraskapet och berömde Kalle i pausen. Föräldrarna började allt oftare ta Kalles perspektiv när man diskuterade konflikter i hemmet eller i skolan och började beskriva Kalle som en kämpe.

Teori: *Wrangsjö et al (1998) menar att föräldrarnas empatiska bekräftelse av barnets grundläggande behov är avgörande för hur barnets självkänsla utvecklas.*

3.3 Interventionsfasen:

Inledde med att göra en skulptur för att hjälpa Kalle att illustrera sitt behov av stöd av sina föräldrar i samband med morgonrutinerna. Kalle tyckte om att göra skulpturen och visade snabbt hur föräldrarna skulle göra för att få upp honom på morgonen. Utifrån testprestation och föräldrarnas observationer tillsammans med familjeterapeut hade de kommit till insikt att de skulle ha fasta rutiner och våga styra samt förbereda i hög grad för att det skulle fungera. Föräldrarna uttryckte oro att de på sikt inte skulle orka stödja Kalle varje morgon. När Kalle hörde och förstod detta blev han engagerad i samtalet och ville ta ansvar för att påverka situationen. Vi började reflektera över vad som var rimligt att kräva av Kalle utifrån hans ålder och de specifika behov han hade. Kalle jämförde sig själv med andra jämnåriga och sa att han ville prova att kliva upp på morgonen på egen hand med hjälp av väckarklocka. Konkreta förslag diskuterades mellan föräldrar och Kalle och gjorde överenskommelser som skulle underlätta morgonrutinerna.

Teori: *De narrativa samtalen utmärks, enligt White (2007), av kreativitet hos behandlare och familj. Genom att studera det vardagliga med ett "främmande och exotiskt levnadssätt och tankar" förlorade problemet sin kraft. Genom att identifiera och förkroppsliga problemets sanningar får vi möjlighet att se att det finns alternativa vägar och val.*

Utifrån prestationer i testrummet där Kalle snabbt blev trött och därefter familjeterapeutens aktiva samtal i observationsrummet, så kopplade föräldrarna för första gången detta till Kalles ilske utbrott. Kalles utredningsfråga gällde varför han blev arg. Kalle och föräldrarna benämnde det som ilska och som ett problem som han inte förstod. Familjeterapeuten valde

då att externalisera ilskan och kallade det för ”monster” och vad monstret gör med Kalle och familjen när den angriper dem. Bland annat framkom det att Kalle upplevde att föräldrarna blev så rädda att de gömde sig för monstret. Föräldrarna instämde och fick en annan upplevelse där de insåg att Kalle blev ensam med monstret. Vi pratade då om hur familjen tillsammans skulle göra monstret mindre i vardagen.

Teori: *I boken Familjeterapins grunder (Lundsbye et al, 2010) beskrivs att enligt Haley är individen ett uttryck för hur familjen fungerar tillsammans och när dessa mönster förändras så förändras också förutsättningarna för individens upplevelser och beteende. I familjeterapi använder man en individs problem för att ändra ett systems processer för att fungera utan symptom.*

I familjesamtal uppmärksammades lillasysters roll i familjen. Hennes behov illustrerades med hjälp av BOF dockorna. Det framkom att hon tog större ansvar i sin familj än vad som var åldersadekvat. När flickans behov blev tydligt för föräldrarna ville de engagera sig mer i henne och hjälpa henne att bli den sexåriga flicka som hon var. Familjeterapeuten illustrerade flickans utsatta position i familjen och sedan hur de borde göra för att göra dottern till den sexåriga flicka hon är och hur de ska vägleda henne till att vara det.

Teori: *Lundsbye skriver att i BOF är aktiviteten i fokus. Terapeuten arbetar samtidigt på leknivå/symbolnivå och på verklighetsnivå. Barnet väljer olika sätt att presentera sig och sina olika delsjälv. Ibland behöver föräldrarna hjälp att upptäcka att det finns andra delar av barnet än vad som visar sig i symptomet.*

I sista familjesamtalet deltog familjen tillsammans med morföräldrarna. Vi, Kalle och hans föräldrar tillsammans med utredare och familjeterapeut hjälptes åt att berätta för morföräldrarna om Kalles svårigheter med uppmärksamhet, överaktivitet, impulsivitet och trots. Morföräldrarna ställde frågor om sin osäkerhet, om hur de skulle bemöta Kalle. Exempelvis undrade de vad de skulle göra när Kalle vill ha fika och de är upptagna av annat. Skall de låta honom vänta med risk att han får utbrott och bråka med sin syster eller bemöta honom omedelbart? Utifrån tankesättet att göra Kalle till den elvaåriga pojke som han är och utifrån hans behov som framkom under utredningen, påpekades betydelsen av att det är viktigt att förtydliga ramarna runt situationen för honom då han annars blir orolig vilket visade sig i testrummet. Vikten av morföräldrarnas stöd till familjen förtydligades som en av de skyddande faktorer som kan påverka Kalles uppväxt och utveckling på ett bra sätt.

Teori: Enligt White (2007) är identitet något som vi erövrar i samspel med andra. När vi lyssnar på andras berättelser och när vi sedan återberättar dem utifrån våra egna erfarenheter bidrar vi till andras pågående identitetsutveckling. Nätverksterapi: Olika undersökningar har visat att det emotionella och materiella stöd som föräldrar får från sina nätverk indirekt, påverkar även barnet. Genom att föräldrarnas nätverk erbjuder en pålitlig, accepterande och kärleksfull miljö, som kan lindra föräldrarnas besvikelser och tvivel på föräldrarollen, ökas deras förmåga att vara lyhörda för sina barns behov. Bronfenbrenner (1977) menar att det är bra för ett barn att ha tillgång till flera olika värderingssystem, men att det är av avgörande betydelse att mellan dessa system finns en överensstämmelse gällande mål, tillit, positiv grundinställning till barnet och dess handlingar. Han antar att kontakter mellan systemen och interaktioner mellan individerna i de olika systemen förbättrar barnets utvecklingsmöjligheter. (Nätverksterapi teori och praktik 1985)

3.4 Summering och diskussionsfasen:

Summeringen av utredningen gjordes vid två tillfällen. Den ena enbart med föräldrarna och den andra då även Kalle deltog.

I återgivningen med föräldrarna inledde de med att berätta att de under utredningsprocessen hade fått en annan förståelse för Kalles behov då den besvarade deras frågor. Det var däremot smärtsamt för dem att acceptera att många av Kalles svårigheter måste han och de själva lära sig att leva med och förhålla sig till. I diskussionen utgick vi från föräldrarnas ursprungliga frågor. Vi sammanställde rekommendationerna som redan hade diskuterats under utredningen i samband med bland annat föräldrarnas observationer av barnet i testrummet. Psykologen sammanfattade testresultatet och benämnde Kalles svårigheter i diagnos termer som ADHD, Trots och Tics. Föräldrarna höll med om denna bild av Kalles svårigheter och vi beslutade oss för att ha ett möte med barnpsykiatriker för att diskutera och fastställa diagnos samt överväga medicinering för koncentrationssvårigheter, impulsivitet och överaktivitet. Under utredningen hade vi diskuterat Kalles konkreta sätt att tänka som en svårighet i sociala sammanhang. Föräldrarna rekommenderades att observera mer omkring detta och vi beslutade oss för att avvakta med fördjupad utredning inom detta område. Vid återgivningen av utredningen till Kalle deltog även föräldrarna. Vi skulle nu bland annat svara på hans egen frågeställning till utredningen: ”Varför blir jag så arg?”. Det gjordes i form av en fabel som psykolog och familjeterapeut författade utifrån Kalles behov och styrkor. Fabeln lästes upp av pappan efter Kalles önskan.

Teori: Andersson et al (1992) säger att utifrån ett språkssystemiskt synsätt deltar både terapeuter och klienter tillsammans i skapandet av diagnos, eller som språkssystemiska skolan föredrar att kalla det, definition av problem.

3.5 Uppföljningsfasen:

Under uppföljningssamtalet som var cirka tre månader efter utredningen fick familjen möjlighet att ta upp utvecklingen om nya eller gamla problem och andra omständigheter som hade påverkat familjen. Båda föräldrarna deltog och barnet var med i början och i slutet av samtalet. Under samma samtalstillfälle utvärderades familjens och utredarnas upplevelse av utredningsförfarandet i form av intervju av klinikens barnpsykiatriker. Resultatet beskrivs genom att svara på två av frågeställningarna i syftet av detta arbete.

Vilka fördelar och nackdelar upplever familjen med TA-C?

Fördelar: I utvärderingen säger föräldrarna att de uppskattade att få vara med under hela utredningen och att de fått växa långsamt in i processen och lärt sig nya saker under tiden. De skulle ha haft svårare för att ta till sig utredningsresultatet om de inte hade varit med under utredningen. Trots att de varit motiverade för att genomföra utredningen tyckte de att de behövde tid för att acceptera saker och ting. Det var bra med två utredare för att de fick lyssna till olika åsikter och infallsvinklar. De skulle inte ha fått samma förståelse med endast en utredare. De uppskattade att få delta aktivt och titta på när deras barn genomförde testuppgifterna, att sitta tillsammans med en familjeterapeut för att observera tillsammans istället för att sitta själva, möjligheten att ställa följdfrågor för att öka sin förståelse för sin son och hur man ska agera hemmavid, att få hjälp med att förstå saker på andra sätt. Detta tillsammans bidrog till att underlätta deras process att senare förstå varför deras son uppfyllde diagnoserna. Föräldrarna hade ändrat sitt förhållningssätt gentemot sonen och hade en annan kunskap för hur de ska göra för att det ska bli bra. De upplevde inte att sonen hade ändrat sitt beteende men de var inte besvikna utan påpekade att de hade accepterat att det kommer att vara jobbigt och att de måste lära sig att utveckla sitt förhållningssätt och sitt humör. Genom den ökade förståelsen hade de nu fått ett större tålamod. Föräldrarna tyckte det var bra att morföräldrarna fick möjlighet att vara med i delar av utredningen. Det blev uppenbart för morföräldrarna att familjen behövde avlastning. Föräldrarna upplevde att den nya förståelsen från morföräldrarnas sida inneburit ökat engagemang från deras sida och att sonen besökt dem oftare efter utredningen. Lillasyster hade fortsatt med att vara den ”omtänksamma” och ”duktiga flickan” men hon hade fått nya upplevelser genom att brodern svurit mindre och blivit snällare mot henne. Föräldrarna hade inte läst fabeln efteråt för sin son men sa att de skulle prova att göra det framöver. Pojken hade börjat koppla vissa egna beteenden till sin diagnos och ökat sin acceptans om sig själv samt börjat fundera över utredningen på

kvällarna. Föräldrarna trodde att sonen tyckte om att föräldrarna tittade på och att utredningen var rolig för honom samt att föräldrarna tyckte att alla varit på sonens sida under utredningen. Föräldrarna var nöjda med utredningens upplägg vad gäller att träffas halvdagar under en vecka. De hade då haft tid att smälta intrycken när de kommit hem och tyckte att det varit en kontinuerlig process. Föräldrarna vill hälsa till beslutsfattare att denna utrednings metod är på sikt effektiv då de som föräldrar får en djupare förståelse för sitt barns behov genom detta sätt att utreda. De påpekade att familjer som inte är motiverade och inte har förberett sig genom att läsa faktaböcker innan utredningen borde uppskatta detta utredningssätt ännu mer.

Nackdelar: Föräldrarna framförde ingen ifrågasättande kring tillvägagångssättet.

Vilka fördelar och nackdelar kan en familjeterapeut se med TA-C?

Fördelar: Utifrån den erfarenhet vi har sedan tidigare av TA-C och studiet med denna familj upplever vi så här långt att bedömningarna blir mer tillförlitliga genom att vara både en psykolog och en familjeterapeut samt komplettering av läkare. På ett tydligare sätt kan man följa familjen och göra en tillförlitlig bedömning ur ett bio-psyko-socialt perspektiv. Psykologen blir inte ensam i sin bedömning utan har både familjebehandlaren och familjens respons under hela utredningsprocessen. Likaså görs rekommendationerna tillsammans med familjen vilket gör att de känner ökat engagemang och blir aktiva deltagare. Det ökar möjligheterna till att de ändrar beteenden i sin vardag samt ser nyttan med eventuella vidare åtgärder. En annan fördel med TA-C metoden är att barnen kommer till tals på ett mer påtagligt sätt med stöd av utredarna och de deltagande föräldrarna. Bland annat ska barnet formulera egna frågeställningar i början av utredningen. Föräldrarna lyssnar och observerar när barnet genomför olika testuppgifter. Under familjesessionerna som görs parallellt med testsessionerna, får barnet möjlighet att visa för sina föräldrar genom bland annat rollspel, skulptur och externalisering av problemet hur den upplever sin situation i de olika sammanhang den befinner sig och i samspel med andra. Det blir då på ett konkret sätt tydligt för föräldrarna hur det är för barnet hemma och på skolan. Det blev överraskande för föräldrarna vi mötte hur mycket barnet kämpar och anstränger sig för att det ska fungera. Wrangsjö (1998) menar att dessa barn ofta blir behandlade som besvärliga, icke önskvärda och känner sig ofta oförstådda. Barnets självkänsla påverkas negativt och frustrationen över att inte få tillräckligt med stöd är mer påfrestande för barnet än dess eventuella diagnos. När barnet får signaler om att dess beteende uppfattas som besvärligt startar ofta en ond spiral med en ökad känsla av otillräcklighet och försämrade självkänsla. Barn som får möjlighet att själva

beskriva sin situation och får föräldrarnas förståelse, resulterar till att deras känsla av skuld och skam minskar och därmed ökar förutsättningarna för ett bättre samspel mellan föräldrarna och barnet. Föräldrar till dessa barn har inte sällan många funderingar och en känsla av otillräcklighet i sitt föräldraskap. Är det mig det är fel på? Borde jag orka mer? Föräldrarnas självkänsla utsätts för påfrestningar genom att de exempelvis oroar sig för barnets problem eller känner sig provocerade. Det är inte sällan föräldrarna får en känsla av att bli avvisade av sitt barn då barnet inte tar emot deras tröst och närhet. De har slitit på relationerna till varandra, stått ut med känslor av vanmakt och inte sällan känner de skuld och skam. Vår uppfattning utifrån denna studie är att föräldrarnas deltagande i alla delar av utredningen och att vi har utgått ifrån deras frågeställningar, har bidragit till att de blivit engagerade och motiverade till att ta reda på barnets behov istället för att vara passiva personer som inväntar experternas bedömning i slutet av utredningen. Med hjälp av utredarna kunde familjen koppla det som sker i testrummet till vardagssituationerna på ett konkret sätt. Föräldrarnas förståelse för hur de kunde förbättra sin kommunikation och sitt samspel med varandra och barnet förbättrades. En ökad förståelse för barnets svårigheter minskar både föräldrarnas och barnets känsla av skuld och skam. Förutsättningarna då för att föräldrarna ska använda sig av den auktoritet som ligger i föräldraskapet ökar och därmed är möjligheten större att deras bemötande gentemot barnet förbättras.

Som det har nämnts tidigare har det funnits funderingar över hur det blir för barnet när föräldrarna observerar. Vid utvärderingar har man dock funnit att barnet inte bara är villig att testas med föräldrarna som observatörer utan använder den som en möjlighet att kommunicera med föräldrarna. En viktig förutsättning är dock den starka alliansen med utredarna. I de fall då barnet inte vill bli observerat ska man inte genomföra TA-C eller så ska utredarna jobba intensivt med föräldrarna i andra sammanhang än i observationsrummet.

Nackdelar: När familjeproblematiken är av mer komplex karaktär, där det finns sociala problem, missbruk eller psykisk ohälsa bland en eller båda föräldrar, finns risk att familjeterapeutiska interventioner kommer att aktivera familjens svårigheter. Föräldrar som av olika anledningar har egna problem kan i ett klimat av trygghet och tillit, ta stor utrymme och be om stöd för sin egen del. Detta är förrädiskt för både terapeuter och föräldrar då de kan se det som en del i behandlings arbete och nödvändigt för att hjälpa barnet på sikt. Risken är att barnet kommer återigen i andra hand och man tappar den diagnostiska processen. Familjer med skilda föräldrar där föräldrarna har en ”hemlig agenda” och kommer till mottagningen för att få information som de kan använda sedan mot varandra i exempelvis rätten, kan det

vara klokt att överväga om det är lämpligt med TA-C. TA-C beskrivs som en halvstrukturerad metod som utgår från att vara en kollaborativ utredningsprocess och terapeutisk korttidsintervention. Denna kombination av utredning anser vi kräver av både utredare och behandlare att de dels är väl insatta i själva metoden och dels har familjeterapeutisk kompetens för att kunna genomföra denna utredningsmetod. Risken är i annat fall och som tidigare nämnts, att de vuxnas svårigheter kommer att dominera och att man tappar fokus på den diagnostiska processen. Familjeterapeutiska interventioner riskerar då att ta över den diagnostiska processen så att föräldrarna inte får något tydligt besked i slutet av utredningen om barnet uppfyller kriterierna för en diagnos eller inte. I värsta fall kan de då missa rättigheterna som det sociala systemet i samhället erbjuder till familjer med barn med särskilda behov.

4. DISKUSSION

4.1 Kan familjeterapeutiska interventioner integreras i diagnostiska processer?

Det framgår av skildringen av de olika sekvenserna i utredningen som presenteras i resultatdelen att familjeterapeutiska interventioner vid observations- och familjesessioner kompletterar testsessionerna. Det som sker i testsessionerna och därmed i den diagnostiska processen observeras av föräldrar och familjeterapeut som tillsammans förankrar observationerna kring barnets svårigheter och styrkor samt dess samspel med utredare till vardagslivet och familjens samspel med varandra. Detta illustreras och förtydligas sedan i familjesessionerna av samtliga familjemedlemmarna och med hjälp av utredarna. Med andra ord kan man säga att psykologiska tester och behandling är inflettade i varandra. De står inte var för sig och separata ifrån varandra utan de är integrerade i varandra.

4.2 Hur kan dessa interventioner förstås utifrån familjeterapeutisk teori?

Interventionerna som beskrivs i resultat delen kopplas till familjeterapeutisk teori som kommentar. Ett exempel är psykologens observationer av Kalles trötthet och hur samtalet mellan psykolog och Kalle öppnade upp nya vyer och nya infallsvinklar hos föräldrarna för hans dilemma. Föräldrarna, med hjälp av familjeterapeut, kopplade Kalles ansträngningar till att koncentrera sig med hans trötthet och ilske utbrott. De fick en annan förståelse för Kalles behov och sökande efter lugn och ro. Denna intervention kopplades med Whites teori (2007) om berättelsen som ändras och berikas efterhand då man hittar nya utsiktsplatser där man stannar upp för att se vad som är problemet. En annan teori som kopplas till interventionen är

utifrån det språkssystemiska synsättet om terapeuten som deltagande observatör. Han samarbetar och försöker förstå som en av teamet genom sin nyfikenhet. Både psykolog och familjeterapeut är ”med där inne” och arbetar inom klientens meningssystem.

4.3 Slutsater

Min erfarenhet utifrån TA-C som utredningsmetod är begränsat och inom ramarna för denna studie har vi arbetat med enbart en familj som jag innan utredningen hade en fungerande kontakt med. Under denna studie har vi gjort vissa fynd som vi vill dela med oss och som kan vara till nytta i våra sätt att arbeta och utreda barn och ungdomar med särskilda behov.

TA-C är en relativt ny utredningsmetod som jag finner sympatisk och unik i sin kombination med familjeterapeutiska metoder. Strukturen den är uppbyggd på, erbjuder familjen ett starkt ”hållande sammanhang” så att föräldrarna ska känna sig accepterade och trygga med situationen. TA-C erbjuder föräldrarna ett forum där de tillsammans med familjeterapeuten kan gå in i ”svarta lådan” och göra sina fynd. Den ”svarta lådan” är utredningen och föräldrarna har möjlighet att delta på ett kollaborativt sätt då familjen uppmuntras att vara aktiva redan vid första samtalet istället för att, som idag, många gånger låta dem sitta i väntrummet. De psykologiska testerna bidrar som ”empatiska förstärkare” där man utifrån testprestationen kan få ökad förståelse för barnets svårigheter. Genom att föräldrarna kan observera och reflektera över detta tillsammans med en familjeterapeut väcks föräldrarnas nyfikenhet för barnets behov. Föräldrarnas förståelse för barnets svårigheter ökar och därmed minskar familjens skam vilket är en förutsättning för att föräldrarna i sin tur ska kunna stödja sitt barn. När föräldrarna har fått en annan förståelse för sitt barns behov, korrigerar de sin ”berättelse” både om sig själva och andra. Med den nya berättelsen om barnet och familjen kan föräldrarna bli mer lyhörda och tolka barnets signaler på ett mer korrekt sätt och bemöta barnet med ökad förståelse och värme. Under utredningens gång kan barnet få goda erfarenheter tillsammans med sina föräldrar och utredarna så att barnet så småningom kommer i kontakt med sina egna känslor. Under testsessionerna och familjesamtalen kan föräldrarna lära sig att benämna och tolerera barnets känslor och beteende vilket på sikt gör att barnet även på egen hand kommer att kunna hantera sina känslor och på sikt lära sig att hantera dem och förstå hur man ska bete sig i olika situationer. Föräldrarna i den aktuella familjen uttryckte på utvärderingssamtalet att detta är en ansträngande process för hela familjen. Det är nödvändigt att de vuxna runt barnets nätverk får samma förståelse för problemet för att dessa barn ska kunna fungera i vardagslivet. Genom att familjen deltar i alla delar av utredningen så kan de ge återkoppling och förslag samt prova på olika alternativ som de sedan kan använda sig av: ”Den som har skon på sig vet bäst var det klämmer”.

Vad kräver då detta tillvägagångssätt av terapeuterna? Och kan man klara av det själv? Eftersom metoden är inflätad av både en utrednings del och behandlings del anser vi att det krävs både familjeterapeutisk kompetens och utbildning inom TA-C. Detta är särskilt viktigt i familjeproblematik av komplex karaktär. Vårt förslag är att i ärenden med hög allvarlighetsgrad, ingredienser av mycket starka familjekonflikter (mellan föräldrar och mellan föräldrar och tonåringar), skolproblematik, tydlig och aktiv inblandning av socialtjänsten, där en eller båda föräldrarna befaras ha en egen allvarlig problematik (psykisk sjukdom, missbruk etc.) som kan befaras komplicera, att förloppet för detta arbete ska bedrivas av två behandlare. Som det har nämnts tidigare finns vissa risker, att man tappar metodens struktur så att den familjeterapeutiska processen tar över den diagnostiska processen. Denna risk ökar när familjeproblematiken är av ovanstående karaktär. Vi anser därför att familjeterapeutisk utbildning är nödvändig dels för att undvika dessa fallgror och dels för att familjearbete ska göra en skillnad. I ärenden av enklare familjeförhållanden anser vi att TA-C skulle kunna bedrivas av en psykolog och att det skulle räcka med att ha ett familjeterapeutiskt förhållningssätt.

Till sist vill vi varmt rekommendera TA-C i kombination med familjeterapi som ett alternativ till traditionella barnpsykiatriska utredningar för barn som har grava svårigheter och/eller lever under svåra familjeförhållanden. När det finns skolproblematik och socialtjänsten är inkopplad eller när föräldrarna har tappat tilliten till myndigheter eller av någon anledning har bristande motivation för att ta reda på och förstå barnets svårigheter. Med hjälp av TA-C i kombination med familjeterapi kan man göra omfattande bedömningar både vad gäller det enskilda barnets förmåga och behov samt familjesystemets, för att öka förståelsen och nyfikenheten hos föräldrarna. Med hjälp av familjens ökade delaktighet under utredningen kan man på ett konkret sätt koppla denna kunskap till andra situationer så som skolsituationen och kontakten med socialtjänsten vilket kan bidra till ett förbättrad samverkan och minskade risker för kostsamma placeringar. Det finns fortfarande mycket att forska vidare om vad gäller denna utredningsmetod och vi tycker det skulle vara intressant att fortsätta med vidare undersökningar i framtiden.

REFERENSER

Andersson H, A. Goolishian H. (1992). Från påverkan till medverkan. Stockholm. Mareld.

Abrahamsson E, Berglund G. (2007). Psykoterapins förnyare, samtal och systemiskt förändringsarbete. Falun: Mareld

Assarson N, Hofsten G. (1997). Familjeterapi för barn med neuropsykiatriska handikapp, en utvärdering. Enebyberg: Omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting.

Als fjell J, Stenberg J. (2008:4). Psykiatriska diagnoser och förändringar hos en grupp SiS-ungdomar. Stockholm: Allmän SiS- rapport.

Bihlar B. (2009:8). Uppföljning av klienter som bedöms ha ADHD. Stockholm: Allmän Sis-rapport.

Broberg A, Granqvist P, Ivarsson T, Risholm Mothander P. (2006). Anknypningsteori, Betydelsen av nära känslomässiga relationer. Falköping: Natur och Kultur.

Finn S. (2009). In our clients shoes. Texas. Routledge Member of the Taylor and Francis Group.

Gillberg C, Hellgren L. (2004). Barn- och ungdomspsykiatri. Falköping: Natur och Kultur.

Gorske T, Smith S. (2009). Collaborative therapeutic neuropsychological assessment. New York. Springer.

Gustafsson K, Hagström U, Redemo Weine B. (2011). Diagnosens dominerande röst, Om expert-och ängslighetskultur hos professionella. Socionomen 3.

Hansson L, Hansson L.(2010). Kollaborativ och terapeutisk psykologisk utredning av barn: Effekt på självvärdering. Umeå universitet: Examensuppsats.

Lundsbye M, Sandell G, Wårhnborg P, Fålth T, Holmberg B. (2010). Familjeterapins grunder. Natur och Kultur.

Minuchin S. (1976). Familjer i terapi, strukturell familjeterapi i teori och praktik. Lund: Wahlström & Widstrand.

Smith J, Finn S et al (2010). Therapeutic Assessment of families in healthcare settings: a case presentation of the model's application. American Psychological Association.

Smith J (2010). Therapeutic assessment with children and families. Civic research institute.

Svedhem L (red)., Bergerhed E, Brebdlar M, Forsberg G, Hultkranz-Jeppsson A, Klefbeck J, Linnér A, Marklund K, Mårtensson L, Swaling J. (1985). Nätverksterapi, teori och praktik. Malmö: Carlsson bokförlag AB.

Wrangsjö B. (1998). Barn som märks, utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter. Falun: Natur och Kultur.