



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

BÅDE OCH

-att utgå från systemteori och psykodynamisk teori i kliniskt
arbete med ungdomar och deras familjer

Elisabet Bergenmar Ivarsson

Vetenskapligt arbete, 15 högskolepoäng
Psykoterapeutprogrammet med inriktning
mot familjeterapi, 2008
Handledare: Lars Engkvist

TACK!

Stort tack till Bjarni Arngrimsson, Unni Bonnedal och Karl-Gustav Piltz som jag fick intervju och som alla generöst delade med sig av sin kunskap och sina erfarenheter. Tack för Ert bidrag till uppsatsen och till min kunskapsutveckling!

Jag vill också tacka Eva Lundholm som varit min arbetskamrat och co-terapeut i utforskandet av olika sätt att kombinera teori/metod i arbete med ungdomar och deras familjer. Bjarni Arngrimsson har på många sätt stöttat och bidragit med sin kunskap och erfarenhet i detta utforskande - tack!

”Så som vattenpölar på en fotbollsplan när det regnar hela tiden utvidgas och ändrar form och förhållande till varandra, tänker vi oss att nya idéer och tankar hela tiden uppstår. De är olika och förändras ständigt, men ingen är kvalitativt bättre än de andra. I ett sådant perspektiv blir det också viktigt att studera tidigare tankar och känna till det som inte längre praktiseras. Man kan finna lika mycket värdefull kunskap där som i det allra senaste. Världen går inte bara framåt”(Hårtveit & Jensen, 2005, s 31-32).

Jag vill tacka min handledare Lars Engkvist som har inspirerat mig och hjälpt mig med att skapa struktur och hitta en riktning i det stora område som uppsatsens ämne utgör.

Stort tack också till min familj som stöttat mig, var och en på sitt sätt, i mitt arbete med uppsatsen.

Sist men inte minst ett stort tack till de barn, ungdomar och föräldrar som jag haft förmånen att träffa i mitt arbete och som hjälpt mig vidare i mitt lärande.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Bakgrund/Inledning	5
Syfte	6
Teori	7
<i>Det psykodynamiska eller individualterapeutiska paradigmet</i>	7
<i>Det systemteoretiska eller det familjeterapeutiska paradigmet</i>	9
<i>Stern- exempel på ett psykodynamiskt arbetssätt</i>	10
<i>White-exempel på systemiskt/narrativt arbetssätt</i>	11
<i>Att arbeta integrativt</i>	13
<i>Integrative Problem- Centered therapy</i>	14
<i>Samspel och självutveckling</i>	17
Metod	21
<i>Den hermeneutiska utgångspunkten</i>	21
<i>Litteraturstudier</i>	22
<i>Datasökningar</i>	22
<i>Intervjuer</i>	22
<i>Urval/Förförståelse</i>	23
Resultat	25
<i>Litteraturstudie</i>	25
<i>Datasökningar</i>	25
<i>Artiklar</i>	25
<i>Intervjuer</i>	30
<i>Sammanfattning av intervjuerna</i>	54
Diskussion	56
<i>Etiska ställningstaganden</i>	56
<i>Egen erfarenhet</i>	56
<i>Stern och White</i>	57
<i>Poänger och svårigheter</i>	58
Slutsatser	60
<i>Frågor</i>	60
<i>Svar</i>	60
<i>Mina slutsatser</i>	61
Referenslista	63
Bilagor	65
<i>Syfte/målsättning med intervjun:</i>	65

Sammanfattning

Uppsatsen är en studie av möjligheter och begränsningar när det gäller att på olika sätt kombinera psykodynamisk teori och systemteori i det kliniska arbetet med företrädesvis ungdomar och deras familjer. Genom litteraturstudier, genomgång av forskningsartiklar på området samt intervjuer med tre psykoterapeuter med utbildning och klinisk erfarenhet från båda teoriområdena, ges olika bilder av hur kombinationer av ovan teori och metod kan se ut och de svårigheter som finns. Uppsatsen berör även generella frågor kring att arbeta integrativt som psykoterapeut. Resultatet av studien visar att det går att kombinera ovan teorier/metoder och att de svårigheter som behöver hanteras, främst handlar om lojalitet och sekretess. Svårigheterna kräver en tydlighet från terapeutens sida när det gäller struktur för behandling och informationsflöde. I dessa frågor rymmes även etiska ställningstaganden.

Sökord: integrativ psykoterapi, systemisk terapi, psykodynamisk terapi, ungdomar

Bakgrund/Inledning

Min strävan är att i mitt teoretiska kunnande omfatta både systemteori och psykodynamisk teori, eftersom jag anser att båda är viktiga för att kunna förstå och hjälpa människor. De behandlar människan ur olika aspekter, vilket på ett sätt är självklart- ingen teori kan ensam omfatta och beskriva hela fenomenet människan.

Men hur skall detta teoretiska kunnande och de metoder/verktyg som kommer ur dessa teorier användas? Hur skall det omsättas i den praktiska kliniska vardagen?

Motivet till att undersöka detta är min egen utveckling till psykoterapeut. Att kombinera min i huvudsak psykodynamiska utbildning till psykolog med den utbildning till familjeterapeut som jag nu läser. Jag tycker också att frågan är aktuell eftersom titeln leg. psykoterapeut är densamma oavsett vilken inriktning man har läst, teoretiskt eller med inriktning på barn, vuxen eller familj. Då behöver man som leg. psykoterapeut kunna förhålla sig till andra inriktningar än den man själv har läst. Min utgångspunkt är också att en bredare teoretisk och metodmässig utgångspunkt är en tillgång för de familjer och individer som man som terapeut möter. Hur skall en sådan bred utgångspunkt kunna förvaltas utan att det innebär en urvattning och att det varken blir hackat eller malet?

En kombination av ovan teorier/metoder ger en helhetsbild av människan som både omfattar individens intrapsykiska- och interpersonella fungerande. Vidare även hur det sociala sammanhanget påverkar och påverkas av individen. Sammanfattningsvis att se individen i sitt sammanhang – samtidigt, både och.

Att kombinera systemteori och psykodynamisk teori kanske är något självklart? Ja, enligt min mening, men det finns svårigheter och jag tänker mig att man kan göra det på många olika sätt. Exempel på svårigheter som jag tänker mig hänger ihop med sekretessfrågor och lojalitet. Att arbeta aktivt för att skapa överföring/motöverföring mellan klient och terapeut och att då behöva skydda denna relation för att kunna arbeta med detta och få en så ”ren” och tydlig överföringsreaktion som möjligt, kontra att terapeuten har att se de viktiga relationerna i rummet och att terapeuten går in och arbetar med dem direkt med alla närvarande.

Syfte

Syftet med uppsatsen är att ge olika bilder av och exempel på hur systemteori och psykodynamisk teori kan kombineras och integreras i kliniskt arbete, företrädesvis med ungdomar och deras familjer. Hur kan detta gå till praktiskt kliniskt?

Jag kommer att använda begreppet paradigm för att beskriva både teori och de metoder, den kliniska tillämpningen, som kommer ur teorin. Genom att koppla teori till olika kliniska exempel, modeller och sedan intervjua terapeuter som arbetar utifrån både det systemteoretiska och det psykodynamiska paradigmat och kombinationer av dessa, hoppas jag ge olika bilder av hur paradigmerna kan kombineras i praktiskt kliniskt arbete.

Frågeställningar som är viktiga att belysa är;

1. Vilka möjligheter och begränsningar finns när det gäller att i kliniskt behandlingsarbete med ungdomar, utgå från en kombination av systemteori och psykodynamisk teori?
2. Hur kan olika utformningar av det praktiskt kliniska arbetet se ut?
3. Finns det situationer där det av olika skäl inte är möjligt att praktisera en behandling som utgår från en kombination av systemteori och psykodynamisk teori? Vad är kännetecknande för dessa situationer?
4. Vad säger aktuell forskning om detta och vad säger verksamma terapeuter med utbildning och verksamhet utifrån båda paradigmerna?

Teori

Jag inleder med att skissartat beskriva utvecklingen inom båda paradigmen, det psykodynamiska och det systemteoretiska. Jag behandlar systemisk teori och metod som en del av det systemteoretiska paradigmet. Sedan har jag valt ut två moderna teoretiker och kliniker som jag har fördjupat mig i från respektive paradigm. Michael White och den narrativa inriktningen får representera det systemteoretiska paradigmet och Daniel Stern det psykodynamiska. Jag har valt att i teoridelen fokusera på hur teorin kommer till uttryck i kliniskt arbete eftersom detta är syftet med uppsatsen. Efter att ha givit en kort beskrivning av hur man på olika sätt kan arbeta integrativt och eklektiskt, ger jag exempel på hur man kliniskt kan kombinera de båda paradigmen, Pinsofs modell och de modeller som beskrivs i boken "Samspel och självutveckling" (Johnsen, m fl, 2000).

Det psykodynamiska eller individualterapeutiska paradigmet

Detta stycke bygger på boken "Utvecklingspsykologi" av Havnesköld och Risholm Mothander, (1995). De refererar till Fred Pine, amerikansk psykiater, som beskriver den historiska utvecklingen inom psykoanalys/psykodynamisk teori som fyra vågor/riktningar: Driftpsykologin, jagpsykologin, objektrelationsteorin och självpsykologin. Havnesköld och Risholm Mothander lägger till en femte våg utifrån aktuell kunskap inom utvecklingspsykologi och forskning – affektteori.

Driftpsykologin

Driftpsykologin kom med Freuds teori om att omedvetna psykiska konflikter under barndomen formar vår vuxna personlighet och kan vara grund för psykopatologi. Han formulerade idén om barns psykosexuella utveckling och beskrev en utvecklingspsykologisk teori där barnet går igenom vissa faser, oral, anal, fallisk och genital, där barnet möter olika förutbestämda utvecklingsuppgifter. Om barnet/ungdomen stötte på problem i någon utvecklingsfas kunde det leda till att det skapades fixeringspunkter i denna fas som försvårade möjligheten att möta kommande utvecklingsuppgifter och kunde leda till psykiska symtom senare i livet. Det är drifterna, livs- och dödsdrifterna, som driver utvecklingen framåt och de utgör vår psykiska energi.

Jagpsykologin

Jagpsykologin utvecklades i och med att Freud kompletterade sin teori med idéer och tankar om hur uttrycken för drifterna och de omedvetna konflikterna anpassades till kraven från omvärlden. Freud formulerade sin strukturella modell 1923 med detet, jaget och överjaget. Jaget och dess funktion kom att inta en central plats. Anna Freud är en viktig gestalt inom jagpsykologin bland annat genom hennes bok "Jaget och dess försvarsmekanismer". Jagpsykologin är nära förbunden med utvecklingspsykologi. En senare viktig teoretiker inom jagpsykologin är Erik Homburger Eriksson, som bidrog med sin teori om människans livscykel och kontinuerliga utveckling genom livet. Eriksson ville införliva både psyke, soma och kultur i sin utvecklingsteori.

Objektrelationsteorin

Denna inriktning uppkom ur diskussionerna om drifternas och de sociala relationernas betydelse för utvecklingen.

”Objektrelationstänkandet är först och främst en reaktion mot tron på att människor främst motiveras av driftsmässiga krafter (Tudor-Sandahl, 1992).” (Havnesköld & Risholm Mothander, 1995, s 52)

Inom denna inriktning satte man den tidiga samspelsutvecklingen och den sociala miljön i fokus. Melanie Kleins utvecklingspsykologiska teori och modell för människans psykiska fungerande var på vissa punkter radikalt annorlunda än Freuds. Bland annat betonade hon betydelsen av barnets relation till modern och ansåg att den psykosexuella utvecklingen sker långt tidigare och att det förspråkliga barnet skapar en inre omedveten föreställningsvärld som utgörs av mönster av inre objekt. Dessa inre objekt grundar sig på de känslomässiga erfarenheterna barnet gjort i samspel med andra. Vidare var även hennes teori om den depressiva positionen och den betydelse som hon gav den provocerande för den psykoanalytiska rörelsen. Tre grupper utkristalliserade sig inom det brittiska psykoanalytiska sällskapet, A. Freuds anhängare, M. Kleins anhängare och den oberoende gruppen. Både Kleins grupp och den oberoende gruppen kallade sig för objektrelationsteoretiker. En av de mest framträdande personerna inom den oberoende gruppen var Donald Winnicott. En viktig teoretisk skiljelinje mellan kleinianerna och den oberoende gruppen är att kleinianerna utgår från en medfödd aggressiv drift hos människan, alltså Freuds dödsdrift. Den oberoende gruppen tog avstånd från teorin om människans medfödda aggressiva drift. I objektrelationsteorin är relationsutvecklingen primär och barnets utveckling förstås utifrån en tvåsamhet.

Självpsykologin

Självpsykologin skapades av Heinz Kohut. Han satte självet i centrum och lämnade därmed Freuds strukturella modell. Självpsykologin innebar en ny utvecklingspsykologisk teori och en förändring i det kliniska arbetssättet. Utvecklingspsykologiskt skiljer man på två utvecklingslinjer, en innebär en narcissistisk utveckling och den andra utveckling av objektskärlek. Kohut introducerade begreppet självobjekt. Genom barnets inre upplevelse av relationer till viktiga andra formas självobjekt som blir funktionella delar av självet. Självobjektets empatiska bemötande av barnet är avgörande för barnets utveckling och detta återspeglas också i Kohuts kliniska arbetssätt. Inom självpsykologin betonas empati och intersubjektivitet, det handlar om interaktionen mellan självet och andra.

Affektteori

Affektteori utgör en femte våg och innebär att forskare, teoretiker och kliniker närmar sig varandra även om det inte finns någon utvecklingspsykologisk teori som accepteras av alla skolbildningar. I detta närmande finns några gemensamma drag. Det handlar om att affekterna ses som psykets centrala informationsprocess och att se människans psykologiska utveckling i ett livsloppsperspektiv. Utvecklingen av relationer ses ur ett subjektivt och transaktionellt perspektiv. Vidare karaktäriseras utvecklingen av integration mellan psyke och soma och mellan känslolivet och tänkandets utveckling. Affekterna ses som länken mellan psyke och soma.

Anknytningsteorin

Anknytningsteorin kan placeras någonstans mellan objektrelationsskolan och självpsykologin. Den är också en teoribildning som varit aktuell när det gäller den forskning som den femte vågen, affektteori, grundar sig på. Anknytningsteorin har sin grund i objektrelationsskolan, men bygger också på experimentella studier, observationer av spädbarn och mödrar, etiologi, cybernetik och kognitivteori. När anknytningsteorins grundare John Bowlby presenterade anknytningsteorin blev den först inte accepterad av den brittiska psykoanalytiska föreningen. Numera är den det (Holmes, 1993). Bowlby menade att en persons trygghet eller otrygghet

när det gäller anknytningspersonernas tillgänglighet, och de förväntningar och uppfattningar om sig själv och om omvärlden som personen har, på ett i stort sett riktigt sätt reflekterar hur personen blivit bemött och behandlad av sina anknytningspersoner under uppväxten (Bowlby, 1973).

Det systemteoretiska eller det familjeterapeutiska paradigmet

Familjeterapin utvecklades ur och från psykoanalysen. Freud lade grunden för familjeterapi genom att tala om konflikter mellan individ och familj som orsak till psykiska symtom. Men han fokuserade på de intrapsykiska konsekvenser dessa konflikter fick och arbetade med dessa. Freud skrev även om gruppsykologi utifrån ett psykoanalytiskt perspektiv. De tidiga familjeterapeuterna är nästa samtliga utbildade psykoanalytiker och har med sig psykoanalysen som en grund i arbete med familjer. Men familjeterapirörelsen har också utvecklats som ett alternativ till psykoanalysen där man tagit avstånd från att utgå från individens intrapsykiska konflikter. Detta synsätt associerades till att kategorisera den enskilda individen. Psykiatrisk och psykoterapeutisk praxis ifrågasattes som varande ett uttryck för konservativa värderingar, maktutövning, rasism och kvinnoförtryck. Man kan dela in utvecklingen i två vågor, enligt den första och andra ordningens cybernetik. I den första vågen finner vi:

Den transgenerationella traditionen- Murray Bowen

Man lägger tyngdpunkten på att bearbeta obalans och olösta konflikter mellan generationerna för att undvika att de förs vidare till nästa generation.

Den strukturella traditionen- Salvador Minuchin.

Man lägger tyngdpunkten på att bearbeta strukturen i familjen via att analysera gränserna mellan olika subsystem i familjen.

De strategiska traditionerna

Tyngdpunkten läggs på att via olika strategier hjälpa familjen att förändras och minska de homeostatiska krafterna i familjen. Här finns olika inriktningar

MRI- traditionen- Paul Watzlawick

Haley och hans strategiska terapi

Milano-traditionen- Mara Selvini Palazzoli

Lösningorienterad terapi- Insoo Kim Berg och Steve de Shazer

Första- och andra ordningens cybernetik

Den första ordningens cybernetik kännetecknas av en syn på orsakssamband som cirkulära, det vill säga att man inte kan gå in någonstans i processen och säga att händelse A orsakar händelse B, därför att B också orsakar A och så vidare. Milanogruppen beskrev också detta genom att visa hur vårt språk är uppbyggt på ett linjärt sätt som förleder oss att tro att verkligheten också är linjär (Hårtveit & Jensen, 2007).

Milanogruppen beskriver hur handlingar språkligt beskrivs och tolkas som egenskaper hos dem som handlar på grund av att språket är linjärt uppbyggt och skolar in oss i ett kausalt och statistiskt tänkande om verkligheten. Det innebär att det som synes inte behöver vara verkligt

eftersom verkligheten i själva verket är cirkulär, dynamisk och föränderlig (Schjöldt & Egeland, 1994; Selvini Palazzoli m fl, 1982).

Den andra ordningens cybernetik innebär att terapeuten ses som en del av systemet familj-terapeut. Milanogruppen var först med att sätta ord på och i kliniskt arbete införliva detta grundantagande. Det innebär att terapeuten själv är del av det system som observeras och samtidigt är observerande. Som del av systemet kan terapeuten inte göra en objektiv observation och heller inte göra anspråk på att ha tillgång till en mer "sann" bild än vad familjemedlemmarna har.

Den andra vågen rymmer en modell av terapi som ett samskapande mellan familj/klient och terapeut. Fokus är på språket. Familj och terapeut möts i språket och terapeutens roll kan ses som den av en redaktör av familjens historier. Den språkkonstruktivistiska skolan med Harlene Anderson och Harry Goolishian samt Tom Andersen återfinns här liksom den lösningsfokuserade terapin som vidareutvecklade sig och anpassade sig till utvecklingen inom fältet i stort och fokuserar på språket för att uppnå terapeutisk förändring. Man rör sig från samtal om problem till samtal om lösningar. Här finns också den narrativa skolan som företräds av bland andra Michael White. Skolbildningarna i den andra vågen präglas av det postmoderna tänkandet som bland annat innebär att all kunskap uppfattas som konstruerad. Det blir då mest meningsfullt att i terapi koncentrera sig på hur människor konstruerar sina historier, bilder eller uppfattningar om sig själva och om världen och relationen mellan dessa. Narrativa terapeuter utgår från att de historier vi skapar om oss själva organiserar våra upplevelser och erfarenheter, vad vi minns bäst och vad som framträder tydligast i mångfalden av de erfarenheter som vi gör. De historier vi skapar styr vårt beteende och våra upplevelser (Hårtveit & Jensen, 2007).

Stern- exempel på ett psykodynamiskt arbetssätt

Stern beskriver ett sätt att arbeta terapeutiskt som bygger på möte och samspel mellan klient och terapeut eller mellan barn, föräldrar och terapeut. Genom arbete med och kartläggning av föräldrars inre bilder och upplevelser, sk scheman eller representationer av att vara tillsammans med en annan och de erfarenheter av detta som föräldrarna bär med sig från sina respektive ursprungsfamiljer, kan man arbeta med samspelssvårigheter mellan små barn och deras föräldrar (Stern, 1996).

Sterns forskning om samspelet mellan spädbarn och föräldrar har inneburit att han intresserat sig för hur människan upplever nuet. Hans fokus på möte, samspel, samskapande och intersubjektivitet har lett till att han studerat hur kunskapen om det nuvarande ögonblicket kan användas i terapi. Detta får konsekvenser för det kliniska arbetet. Stern ser intersubjektiviteten som ett betydelsefullt motivationssystem för människan. I psykoanalysen menade man att det bara finns två motivationssystem- livs och dödsdrift. Detta gjorde att andra motivationssystem som anknytning/utforskande av världen (Holmes, 1993) och intersubjektivitet överskuggades och sågs som delar av dessa två motivationssystem (Stern, 2005).

Stern menar att det är önskan om intersubjektiv förståelse som driver terapiprocessen vidare och att det är en önskan som finns hos både klient och terapeut. Att i samspelet, som är både verbalt men framförallt icke-verbalt, öka det intersubjektiva fältet- det som är möjligt att dela och förstå tillsammans. Det innebär att fokus flyttas från det omedvetna till det medvetna, eftersom de upplevda mötesögonblicken i nuet som innebär en ökad eller förändrad intersubjektiv kontakt, inte är omedvetna. De tillhör den medvetna varseblivningen som vi i och för sig inte alltid är medvetna om. I det fallet finns varseblivningen inom området för det icke-medvetna som kan bli medvetet om vi flyttar vår uppmärksamhet dit.

Vidare innebär Sterns utgångspunkt att fokus flyttas från att vara mer i verbala återgivning av historiska händelser till samspelet i nuet, vad händer verbalt men framför allt icke-verbalt

när vi samtalar om viktiga händelser. Stern betonar vidare att detta samspel och de mikro handlingar, alltså de rörelser, ögonkast, tonfall som det icke-verbala samspelet utgörs av, inte behöver verbaliseras eller tolkas utan har en terapeutisk och potentiellt förändrande effekt i kraft av sig själva. Tyngdpunkten läggs på det icke-verbala samspelet inte på det verbala innehållet.

Stern menar att när terapeuten kommer med en tolkning förändras den intersubjektiva jämvikten och terapeuten kommer i ett överläge. Då krävs att klient och terapeut börjar en process för att hitta en ny intersubjektiv balans. De steg, rörelser, interaktioner och sekvenser som samspelet här och nu utgörs av, Stern benämner det som söka-sig-vidare-processen, i syfte att hitta en ny intersubjektiv balans, ett sätt att vara tillsammans, i en förändrad samspelssituation, har ofta tolkats som motstånd i psykoanalytisk/psykodynamisk terapi. Stern menar att det bland annat har att göra med att man inte fäst tillräckligt stor vikt vid samspelet här och nu och intersubjektivitet som motiv och drivkraft i den psykoterapeutiska processen.

Det handlar om en delvis förändrad syn på vad som är verksamt i terapi. Relationen och samspelet här och nu mellan terapeut och patient ställs i fokus samt den implicita kunskapen och den icke-verbala kommunikationen.

Vidare handlar det om synen på tid. Sterns arbete fokuserar på hur upplevelsen av nuet påverkar det förflutna och hur det förflutna påverkar nuet.

”Det förflutna och nuet har blivit jämbördiga parter.... Det viktigaste ur terapeutisk synvinkel är kanske att man börjar förstå hur upplevelsen av det nuvarande ögonblicket kan skriva om det förflutna.”(Stern, 2005, s 222).

Stern sätter utforskandet av nuet, upplevelsen av det gemensamma nuet, skapandet av den intersubjektiva väven i fokus, istället för det verbala berättandet om dåtiden. Exemplifiering av kliniska perspektiv utifrån Sterns teori följer nedan under rubriken ”Samspel och självutveckling”.

White-exempel på systemiskt/narrativt arbetssätt

Berättelser/narrativer ger mening åt oss själva, vår tillvaro och omgivningen. Det narrativa arbetssättet är inriktat på samskapande av nya narrativer för att ge människor som söker terapi fler valmöjligheter i livet och nya alternativa sätt att se på sig själva och på sina relationer. Det narrativa sättet att arbeta syftar till att relativt snabbt få till stånd en terapeutisk allians med klienten/familjen genom externaliserande samtal, vars mål är att objektifiera problemet för att därmed skilja det från personen/erna och från relationen/erna. Denna process gör det möjligt för terapeuten och klienten/familjen att få syn på problemet och även diskutera olika sätt att bekämpa, överlista eller hantera problemet tillsammans. Man samtalar om unika resultat som är situationer där man överlistat eller undgått problemet. Syftet är att tillsammans skapa alternativa berättelser (White, 1991, 2007, Lundby, 2002). Externaliserande samtal syftar även till att tydliggöra människors värderingar, vad som är viktigt för dem i livet och att se det i relation till det externaliserade problemet och dess påverkan på livet. Vidare kan man i externaliserande samtal även externalisera styrkor och motkrafter för att tydliggöra medel och förmågor som familjen/klienten har för att komma till rätta med problemet. Terapeuten arbetar med att ställa olika typer av undersökande frågor och klienten/familjen intar ofta en hållning som liknar en undersökande reporter som mer och mer exponerar det externaliserade problemet och dess verkningar i det egna livet (Lundby, 2002).

White beskriver det narrativa sättet att arbeta i form av externaliserande samtal, se ovan, nyskrivande samtal, återkallande samtal, hedrande ceremonier, samtal med unika resultat i fokus och samtal som fokuserar på att skapa byggställningar för utforskande av vad White kallar zone of proximal development- området mellan det välkända och familjära och det som är möjligt för människor att veta om sina liv.

Nyskrivande samtal

Med nyskrivande samtal menas att klienten/familjen ges möjlighet att upptäcka glömda/dolda delar av de berättelser de berättar om sina liv. Att upptäcka potentiellt viktiga, detta avgör klienten/familjen, delar av de dominerande berättelserna som inte passar in riktigt i den dominerande berättelsens handling. Dessa delar kan bli unika resultat eller undantag som utgör en utgångspunkt för nyskrivande samtal där klienten/familjen tillsammans med terapeuten skapar nya berättelser, skriver om berättelser. Terapeuten använder sig av frågor på handlingsplanet, medvetande planet, upplevelseplanet och om värden/ mål i livet.

Återkallande samtal

Utgångspunkten för dessa samtal är att människors identitet består av en slags livsklubb. Livsklubben utgörs av viktiga personer som betytt något för en i livet och som har inflytande över hur man ser på sig själv, identiteten. Det kan även handla om ett gosedjur, en författare som skrivit böcker som varit betydelsefulla i en människas liv, rollfigurer i en film eller seriefigurer. Det handlar om personer/figurer i det förflutna, i nuet och i den framtid man föreställer sig. Återkallande samtal syftar till att hjälpa klienten/familjen att revidera medlemmarna i livsklubben. Vissa medlemmar kanske skall uppgraderas och andra uteslutas beroende på hur väl de passar in i hur klienten vill leva sitt liv, de värderingar och mål som är viktiga. Återkallande samtal handlar om att aktivt engagera sig på nytt i sina relationer till viktiga andra och se vad dessa relationer tillför när det gäller min syn på mig själv och vem jag är som människa. Dessa samtal förs utifrån en relationell, ömsesidig utgångspunkt och lyfter fram ömsesidigheten i relationen mellan klienten och den viktiga andra personen och hur klienten tror att hon/han själv påverkat den andra personens liv och identitet (White, 2007).

Exempel på arbete med återkallande samtal är Whites arbete med personer som på olika sätt lider av en förlust av någon viktig person och fått diagnosen patologisk sorgereaktion. White vänder på begreppen när han med dem arbetar för att de skall "säga hej igen" och inte "säga adjö" och gå vidare. White menar att det handlar om att återupprätta den inre relationen till den förlorade personen och att därmed också levandegöra en del av klientens identitet som gått förlorad i samband med förlusten av den inre relationen till den viktiga personen (White, 1991, 2007).

Hedrande ceremonier

Hedrande ceremonier syftar till att uppgradera, ära, erkänna, visa uppskattning och respekt för människors liv. Det är en ceremoni där en klient får möjlighet att berätta sin historia inför en noggrant utvald publik sk *outside witnesses*. Dessa vittnen får sedan ge sina reflektioner kring vad berättelsen väckte för reaktion hos dem. Vad lade de märke till utifrån sin egen erfarenhet och vilka bilder, metaforer som väcktes hos dem utifrån deras liv. Hedrande ceremonier ger människor en upplevelse av att vara förenade i vad de värdesätter i livet och gör att människors berättelser om sig själva blir mer rika och nyanserade (White, 2007).

Samtal om unika resultat

Fokus i dessa samtal handlar om att klienten/familjen tillsammans med terapeuten undersöker händelser och upplevelser som inte faller inom ramen för de dominerande berättelserna klienten/familjen har om sina liv. Dessa samtal ger möjlighet att upptäcka unika händelser, unika resultat och att klienten/familjen får möjlighet att själva ge innebörd och värdera betydelsen av dessa händelser eller unika resultat. Detta innebär också möjligheter till samtal om vad klienten/familjen värderar i livet. Samtal med fokus på unika resultat kan fungera som en språngbräda till att ta itu med svårigheter och dilemman i livet (White, 2007).

Samtal som fokuserar på att skapa byggnadsställningar- scaffolding conversations

Fokus i dessa samtal är att skapa en stödjande struktur, byggnadsställning, för utforskande av zonen för möjlig utveckling. White bygger här på Vygotskys teori om hur barn utvecklas och lär sig nya saker, klarar av att behärska nya områden. Vygotsky menar att barn utvecklas genom social inlärning. Att barn lär sig och utvecklas vidare genom att omgivningen, vuxna och äldre kamrater, strukturerar barns inlärning så att barnen kan röra sig från det bekanta som de känner till och behärskar, till det som är möjligt för dem att kunna och veta med omgivningens stöd och samarbete, *zone of proximal development*. White menar att det är på ett liknande sätt med utveckling och förändring i terapi och att det är terapeutens ansvar att förse klienten/familjen med den struktur/byggnadsställning som behövs för att klienten/familjen skall kunna röra sig vidare i sin *zone of proximal development*. För att skapa dessa byggnadsställningar är språket och språkliga begrepp viktiga. Terapeuten hjälper klienten/familjen att diskutera sig fram till den personliga innebörd de ger ord och begrepp. Andra sätt att skapa byggnadsställningen är att som svar på klientens ”jag vet inte” ge svar på vad andra i en liknande situation tänkt eller gjort och höra om något av de alternativen passar för klienten. Om inte de passar hur vet klienten det? Att skapa dessa byggnadsställningar innebär att stärka klientens/familjens känsla av att själva styra och ta ansvar för sina liv, en upplevelse av bemästrande (White, 2007).

I det narrativa arbetssättet är det inte metodologiskt viktigt att skilja individualterapi från familjeterapi. Man kan arbeta både med individen och med delar av eller hela familjen eller andra viktiga personer i nätverket. Även inom den psykodynamiska inriktningen har man börjat använda sig av narrativer i terapi för att förstå terapeutisk förändring (Schafer, 1981; Spencer, 1982) ur (Lundby, 2002).

Att arbeta integrativt

Vad innebär det att som terapeut arbeta kliniskt utifrån en integrativ ansats? Man kan skilja mellan olika sätt att arbeta integrativt utifrån nivån av integration i det terapeutiska arbetet. Teoretisk integration, assimilativ integration, teknisk eklekticism och common factors. (Norcross, 2005) ur (Philips & Holmqvist, 2008).

Teoretisk integration

Teoretisk integration innebär att man ur flera terapimodeller skapar en ny modell. Syftet är att skapa en enhet av dessa olika terapimodellers begrepp och teori, som kan ligga till grund för forskning och klinisk praktik.

Assimilativ integration

Assimilativ integration betyder att man utgår från en terapiform och sedan plockar upp delar från andra terapiriktningar. Detta är en ”lättare” form av integration eftersom terapeuten inte behöver förändra den teoretiska utgångspunkten för sitt arbete utan mer kan fokusera på att komplettera den valda terapiinriktningen på områden där den har brister eller svagheter.

Teknisk eklekticism

Denna nivå av integrativt förhållningssätt i terapeutiskt arbete handlar om att använda det som fungerar. Här handlar det inte om integration i någon teoretisk mening alls, utan om att plocka upp interventioner från olika inriktningar som man bedömer att patienten/klienten kan ha nytta av. Det som skall vara styrande är dock att de interventioner man väljer skall ha stöd i forskning.

Common factors

Denna riktning används framför allt av forskare, ännu finns ingen terapimodell som bygger på common factors. Innebörden är att i alla olika terapiformer finns det gemensamma faktorer som är verksamma och att integrativa terapimodeller skulle kunna byggas upp runt dessa gemensamma faktorer.

Man kan även se på gemensamma faktorer genom att studera verksamma mekanismer/processer som återfinns inom olika terapiformer i olika skepnader. Det kan handla om teori eller teknik. Exempel på sådana mekanismer är exponering, affektiv närvaro, insikt, mentalisering och mindfulness och den terapeutiska relationen (Philips & Holmqvist, 2008).

”Det förefaller som om terapivärlden i sin helhet fått en större öppenhet för att använda metoder som förefaller verksamma, oavsett teoretisk hemvist.” (Philips & Holmqvist, 2008, s 158).

De följande två exemplen på integrativa sätt att arbeta är båda exempel på teoretisk integration. Det första exemplet är Pinsofs modell Integrative problem-centered therapy och det andra är de arbetssätt som beskrivs av Johnsen, Sundet och Thorsteinsson i ”Samspel och självutveckling”.

Integrative Problem- Centered therapy

Pinsof beskriver en modell för terapeutiskt arbete som innebär en syntes av familjeterapi, individualterapi och biologiskt/beteendeterapeutiskt grundad terapi. Han kallar den *Integrative Problem- Centered Therapy* (Pinsof, 1995).

Modellen bygger på uppfattningen att klienten/familjen anlitar terapeuten för att få hjälp med att lösa ett problem och det är problemlösandet som är i fokus. Pinsof använder begreppet patientsystem. Patientsystemet utgörs av alla de mänskliga sammanhang/faktorer som är involverade i vidmakthållandet av problemet eller som kan bidra till lösningen av problemet. Vilka som tillhör patientsystemet är svårt att tydligt definiera och Pinsof menar att det är bättre att inkludera än att exkludera. Modellen går ut på att analysera de problemuppehållande faktorerna som hindrar patientsystemet från att lösa problemet på egen hand.

Övergripande referensram

Den övergripande referensram som Pinsof använder består av sex olika områden som handlar om: social organisation, biologi, mening/värderingar speciellt avseende kultur, ras och kön, tregenerations perspektivet, objektrelationer och självets struktur. Det är den problemuppehållande strukturen och hur den ser ut, vilka av ovan områden som är engagerade, som avgör hur man skall arbeta tillsammans med patientsystemet för att lösa problemet. Det går alltså inte att forma lösningar som passar till en viss typ av problem/diagnoser enligt Pinsof.

Man kan arbeta med familj och andra närstående exempelvis skola/arbetsplats, paret eller individen.

Pinsof menar att alla terapeutiska inriktningar har idéer om vad som orsakar problem/symtom/lidande och utifrån dessa idéer har man utarbetat metoder för att arbeta med

svårigheterna. Utifrån detta använder Pinsof olika inriktningar som hör samman med de sex olika områdena ovan.

1. Beteendeinriktning

Fokus är på det interpersonella beteendet. Pinsof menar att denna inriktning handlar om att ändra människors beteenden gentemot varandra för att lösa problem. Hit hör enligt Pinsof, teori om social inläring (Bandura, 1977; Chamberlain & Rosicky, 1995; Jacobson & Margolin, 1979; Patterson, 1976) och problemfokuserad strategisk familjeterapi (Haley, 1976; Stanton 1981; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974). Vidare lösningsfokuserad terapi (de Shazer, 1988; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1989), funktionell familjeterapi som enligt Pinsof för samman social inläring, strategisk inriktning (Alexander & Parsons, 1982; Barton & Alexander, 1981) och strukturell familjeterapi (Fishman, 1993; Minuchin, 1974).

Dessa inriktningar som Pinsof för samman till sin beteende inriktning har olikheter men har det gemensamt att de menar att forandet och uppehållandet av psykologiska problem/symtom beror på dysfunktionella beteendemönster som återspeglar problem i den sociala organisationen.

2. Biologisk/beteendeinriktning

Riktas in på att använda interventioner på beteende eller biologisk nivå för att åstadkomma förändring när det gäller biologiska hinder/problem. Pinsof för samman 4 olika metoder i denna inriktning; betingning och träning (Bellack & Hersen, 1977), Biofeedback (Dicara, m fl 1975), psykofarmakologi (Gitlin, 1990; Lawson & Cooperrider, 1988) och psykoedukativa metoder (Falloon m fl, 1985). Dessa metoder utgör en biologisk/beteende inriktning i kraft av att de alla anser att bakom psykiska svårigheter kan finnas biologiska hinder eller blockeringar och att terapeutiska interventioner behöver riktas mot dessa biologiska hinder.

3. Erfarenhetsinriktning

Fokuserar på den mening vi tillskriver våra erfarenheter och kognitiva/emotionella upplevelser. Här spelar våra värderingar en viktig roll. Hit räknar Pinsof kognitiv terapi (Beck m fl, 1979), Milano skolan (Selvini-Palazzoli m fl, 1978) och narrativ terapi (White & Epston, 1990).

Alla dessa metoder sysslar med mening och hur man kommunicerar och delar mening med varandra i nära relationer. Den viktiga frågan är vad saker och ting betyder för dem som deltar i interaktionen. Att ändra betydelsen så att den blir mer konstruktiv och att patientsystemet empatiskt kan förstå innehållet i de upplevelser som funnits som grund för en viss mening eller betydelse.

De tre inriktningarna ovan menar Pinsof är nu-orienterade. De fokuserar på här och nu och anser att problemets uppehållande faktorer finns här och nu.

De tre kommande inriktningarna fokuserar även de på erfarenheter och mening men skiljer sig från erfarenhetsinriktningen, på det sättet att de anser att meningen bestäms av historiska händelser som behöver utforskas för att lösa upp de problemuppehållande faktorerna.

4. Ursprungsfamilj inriktning

Här är fokus på mönster mellan generationer i en familj. Det handlar om Boszormenyi-Nagys arbete om lojalitet och ansvar, vidare Bowens arbete kring problem som ett uttryck för brist på individuell differentiering hos olika familjemedlemmar, samt om att arbeta direkt med ursprungsfamiljen. Det innebär att bjuda in förälder/rar och eventuellt syskon till en vuxen patient. Det vanligaste är att ursprungsfamiljen bjuds till 1-3 sessioner inom ramen för en individual- eller parterapi, i syfte att underlätta att lösa blockeringar och hinder. Pinsof

betonar här vikten av noggranna förberedelser inför att ta in ursprungsfamiljen i terapirummet.

5. Psykodynamisk inriktning

Här ligger intresset på patientens inre värld och dess dynamik. Man fokuserar främst på patientens historia i hans/hennes ursprungsfamilj. Huvudorienteringen är objektrelationsskolan (Greenberg & Mitchell, 1983; Fairbairn, 1952; Winnicott, 1965). En annan orientering som Pinsof räknar till den psykodynamiska inriktningen är Schwartzs internal family systems model (Breulin m fl, 1992). Denna modell innebär att man använder strukturell familjeterapi på de inre objekten där patientens själv ses som ledare bland objekten och patienten arbetar med att uppleva och identifiera sig med sitt förflutna genom bland annat visualisering och rollspel i terapin.

Den psykodynamiska inriktningen fokuserar på de olika delarna i psyket, den inre regleringen inom psyket och hur de olika delarna/objekten används i interpersonella relationer och kan skapa symtom, hindra eller underlätta lösningar på problem.

6. Självpsykologisk inriktning

Fokuserar på hur patientens själv är strukturerat. Denna inriktning bygger på Kohuts självpsykologi (Kohut, 1971, 1977 & 1984). Den innebär en modell av självet som ett system öppet för förändring och som organiserar sig självt. Det finns en stor teoretisk överensstämmelse mellan självpsykologins syn på självet och synen på familjen som system i systemteori.

I Kohuts teori är självet den mest basala delen av vårt psyke och här finns grunden till vår upplevelse av mänsklig identitet. I självet rymmes de inre objekt som diskuterades tidigare. Självet utvecklas och vidmakthålls genom livet av självobjekt som skapas genom att vi internaliserar människor eller saker som är känslomässigt viktiga för oss. Självet är inte fixerat utan har kapacitet att växa i meningsfulla relationer genom hela livet. Denna inriktning undersöker och försöker förbättra självobjektsöverföringarna i familjen. Vidare kan terapeuten fungera som en självobjektsöverföring som stärker patientens själv. Psykologiska problem uppstår på grund av brister i självobjektsöverföringen orsakade av brister i relationen.

Hur hänger det ihop?

Pinsof kopplar de olika inriktningarna till de tidigare nämnda områdena; Beteende inriktning kopplas till området social organisation, biologisk/beteende inriktning kopplas till det biologiska området, erfarenhetsbaserad inriktning kopplas till mening/värderingar, ursprungsfamilj kopplas till tre- generationsperspektivet, psykodynamisk inriktning kopplas till objektrelationer och tillsist, den självpsykologiska inriktningen som kopplas till området självet.

De olika inriktningarna beskrivna ovan kan användas oavsett kontext, alltså med familjen, paret eller individen. Pinsof beskriver att hans modell generellt skall användas så att terapeuten utgår från den första inriktningen och går mot den sista- självpsykologin. Vice versa när det gäller kontext, att börja med familj och gå mot individ. Orsaker till att byta inriktning eller kontext är att det finns en blockering som hindrar att man löser problemet som man inte kommer åt, eller att man inte hittar någon blockering på den nivån. Pinsof är tydlig med att det i den kliniska verkligheten inte alltid går att helt följa hans modell utan att terapeuten får modifiera och anpassa efter patientsystemet och de livsomständigheter som råder.

Den teoretiska grunden till *integrative problem-centered therapy* är interaktiv konstruktivism som Pinsof definierar som i mitten av ett kontinuum som går från realism till radikal konstruktivism. Vidare utgör systemteori och ömsesidig kausalitet teoretiska

grundantaganden. Pinsof menar att ömsesidig kausalitet bättre beskriver orsakssamband som ju är ofta är samtidiga och multipla. Cirkulär kausalitet ger ett intryck av att A påverkar B som påverkar C som påverkar A. När alla i själva verket påverkar alla samtidigt (Pinsof, 1995).

Samspel och självutveckling

Praktisk erfarenhet och teoretisk bakgrund till att arbeta med olika kombinationer av individualterapi för barn och ungdomar med parallell föräldrabehandling och familjeterapi med hela eller delar av familjen, beskrivs av Johnsen, Sundet och Torsteinsson i boken "Samspel och självutveckling" (2000). Stycket nedan bygger på denna bok. Författarna beskriver hur de i sitt arbete med ungdomar och deras familjer kombinerar systemisk teori och psykodynamisk teori med betoning på Sterns teorier om självet utveckling.

Individen i familjen

Sterns begrepp terapeutisk nyckelmetafor, kan göra det individuella perspektivet tydligt i familjeterapi. Det innebär att undersöka de familjepremisser som råder i en familj och vad dessa premisser får för individuell betydelse för var och en i familjen, alltså vilken är varje familjemedlems terapeutiska nyckelmetafor och i vilken av Sterns självdomäner manifesterar den sig? I vilken självdomän uttrycks affekterna starkast? Familjepremissen/erna är familjens nyckelmetafor. Temat är alltså individuella och gemensamma historier och hur de individuella historierna ges mening och kan delas i en gemenskap med andra. Sterns utvecklingspsykologiska modell ger en förklaring till hur vi skapar narrativer eller mening om oss själva och om vår omvärld i nära samspel med de människor som står oss nära och hur dessa narrativer hänger intimt ihop med vår självupplevelse.

"Det betyder att det inte är vilken historia som helst som ger mening (som Gergen menar) utan bara den historia som är förknippad med en personlig identitet eller självupplevelse- det är den affektivt laddade självupplevelsen som ger en antydning till vad i historien som är viktigt." (Johnsen m fl, 2000, s 160).

Exempel på hur individen i familjen lyfts fram i systemisk familjeterapi, är användandet av cirkulära frågor och det neutrala förhållningssättet som bäddar för att individuella skillnader framträder och medvetandegörs.

Ett annat sätt att lyfta fram individen i familjen är att använda olika kombinationer av individualterapi och familjeterapi för en och samma familj. Det överordnade temat blir att arbeta med just likheter och skillnader och vilka erfarenheter och teman som är gemensamma och vilka som är individuella. I detta sammanhang är det viktigt att terapeuterna är medlemmar av samma team och alla har erfarenhet av att arbeta både med individual- och familjeterapi. Författarna lyfter fram Sterns begrepp affektintoning och hur det begreppet förhåller sig till betydelsen av likheter och skillnader. För att affektintoning skall upplevas, alltså att någon annan delar och förstår den känsla man själv har, krävs att den andres respons både speglar den känsla/upplevelse jag givit uttryck för, men också innehåller en skillnad, något den andra personen själv tillför. En viktig roll för terapeuten/erna blir att arbeta för ökad affektintoning mellan familjemedlemmarna i syfte att öka intersubjektiviteten mellan familjemedlemmarna, det som går att dela och förstå tillsammans med både likheter och olikheter.

När man kombinerar arbete med individualterapi och familjeterapi kan en utgångspunkt vara att låta det tematiska och kontextuella samverka. Det aktuella temat för den unge identifierade

patienten bestämmer kontexten, vilka som skall komma tillsammans i samtal och kontexten bestämmer också i viss mån temat i samtalet. Symtomet kan ha många innebörder. Inom systemisk familjeterapi har man fokuserat på vad symtomet har för funktion mot bakgrund av relationer inom familjen och hur symtomet påverkar och påverkas av samspelet i familjen. Men symtomet kan även vara ett sätt att kommunicera något om den unges relation till sig själv och något i sitt eget inre. Detta innebär att det kan vara nödvändigt att ta in en eller flera familjemedlemmar i en individualterapi, liksom att i en familjeterapi tillsammans med familjen bestämma vem eller vilka av dem som skall komma nästa gång. Det kan också vara så att andra i nätverket än familjen, exempelvis en vän eller en skolsköterska, kan vara viktiga att ha med. Det kan vara en hjälp för en ungdom att komma till terapin om viktiga personer i nätverket är med och engagerade i terapin.

Den affektiva och den narrativa dialogen

Stern beskriver fem olika områden för självupplevelser, det uppvaknande självet, kärnsjälvet, det subjektiva självet, det verbala självet och det narrativa självet. Olika sätt, olika former för kommunikation är kopplade till vart och ett av dessa områden. Ovan rubrik är ett sätt att sammanfatta kommunikationsformerna. De tre första områdena för självupplevelse är förspråkliga och då blir det en affektiv, icke-verbal kommunikation eller dialog. De två sista områdena är verbala eller narrativa och detta präglar då dialogen.

”I terapi för barn (över en viss ålder) kan man i all enkelhet säga att det huvudsakliga material som terapeuten har att arbeta med är symbolleken. Samtal är vuxenterapins medium, medan ungdomstiden utgör en tid som är en ’mittemellan-fas’.”(Johnsen, m fl, 2000, s. 166).

Sundet beskriver en form för att arbeta med ungdomar som betecknas som ”omotiverade” och som betraktas som ”föga behandlingsbara” bland annat utifrån att de inte har det verbala språket som sin starka sida utan är mer handlingsinriktade. De är inriktade på en samvaro som kännetecknas av upplevelser snarare än reflektion och insikt och har en passiv oförstående inställning till terapin och vad de skall göra där.

Han beskriver ett sätt att arbeta i terapi med ungdomar som i huvudsak inte är språkligt baserat även om det verbala språket förstås utgör en del av samspelet. Detta sätt att arbeta i terapi med ungdomar kopplar Sundet till Sterns fem områden för självupplevelse och kan utgöra ett komplement till modern familjeterapi som i stor utsträckning fokuserar på språket.

”I den utsträckning som det handlar om ett verbalt språk får vi en inriktning på orden eller på det verbala som kan hindra oss från att undersöka andra sätt att uppleva eller förstå saker och ting på. Varje form av ”centrism” eller privilegierad ståndpunkt skapar marginella positioner. Den terapi som bedrivs inom ramen för en idétradition som sätter (det verbala) samtalet i centrum skapar sina egna marginella grupper.”(Johnsen, m fl, 2000, s. 185).

Utifrån Sterns teorier om självet utveckling och de förspråkliga områdena för självupplevande, finns det en teori för att formulera terapi som ett direkt samspel. Detta benämns i annan litteratur som etablering av arbetsallians eller relationsarbete. Det omedelbara och oreflekterade samspelet kan lyftas fram som en egen och självständig terapeutisk aspekt enligt Sundet.

Det uppvaknande självet

Ungdomstiden är en tid av om- och nyorganisering. Ungdomen utvecklas och förändras biologiskt, psykologiskt och socialt. Förhållandet mellan det gamla och nya, mellan det bekanta och okända aktualiseras. Något nytt uppkommer och självet omorganiserar utifrån detta nya. Det som då blir kännetecknande är känslan av oro och att de nya upplevelserna är mer sammansatta än vad som kan uttryckas verbalt. Detta innebär att ungdomen behöver hjälp med affektreglering, liksom spädbarnet. Oron kan exempelvis yttra sig i att man är rastlös och känner sig tvingad att göra något för att få utlopp för rastlösheten. I spädbarnsåldern är det föräldrarna som ansvarar för att hjälpa barnet med affektregleringen. Tonåringen ställs inför kravet både från sig själv och från omgivningen att till största delen själv klara affektregleringen. En utmaning ligger för de vuxna omkring tonåringen att kunna hitta sätt att hjälpa den unge med affektreglering utan att gå ivägen för dennes självständighet.

Utifrån upplevelsen av det uppvaknande självet är det aktuellt att arbeta med känslor av oro som förknippas med spänningen mellan gammalt/nytt och känt/okänt. Vidare med teman såsom autonomi, beroende, närhet, distans, uppror och underordning. Dessa teman kommer att uttryckas och utspelas i en icke- verbal form.

Att utgå från det uppvaknande självet, de affektiva och enhetliga upplevelser som finns i denna domän, innebär att terapeutens fokus behöver vara det affektiva innehåll som kommer till uttryck både i relationen mellan ungdomen och terapeuten och i det övriga material som ungdomarna förmedlar. Relationstemat i detta självområde är affektreglering. Det är både det affektiva tillståndet hos ungdomen, hos terapeuten och i relationen dem emellan som är i fokus.

Att uppnå optimal reglering innebär i en terapeutisk situation med ungdomar, att hjälpa dem med att känna sig avslappnade och att förmedla en tillåtande attityd som innebär att de inte känner sig ifrågasatta eller ängsliga. Vidare att skapa trygghet och respekt i terapisituationen genom att exempelvis respektera det ungdomen förmedlar när man som terapeut upplever ett motstånd eller obehag hos den unge, inför att tala om ett visst ämne. Terapeuten kan då exempelvis föra över samtalen på något som inte är negativt laddat men som intresserar och engagerar. Terapeuten kan växla mellan att prata mycket och att låta det bli tyst i syfte att skapa reglering. Det kan innebära att flera timmar ägnas åt att samtala om ämnen som kan tyckas irrelevanta för terapin, som exempelvis handlar om den unges intresseområden.

Kärnsjälvet

Inom detta område är det aktuella temat att vilja och att bemästra som uttryck för självstyrd handling. Till detta område hör också uppkomsten av en aktiverad följeslagare.

När det gäller temat att vilja är det viktigt att den unge själv i möjligaste mån väljer om och när han/hon skall komma, vad man skall prata om och göra under terapitimmarna. Temat att bemästra uttrycks i terapin genom att terapeuten och den unge ägnar sig åt någon form av återkommande aktivitet under terapitimmarna. Aktiviteten underlättar att kunna befinna sig i området mellan lek och reflektion och innebär att den unge får en feedback från kroppen av att bemästra något och kunna förutsäga det. Ungdomarna engagerar sig i aktiviteten och förhåller sig verbalt och affektivt till den. Det kan exempelvis vara aktiviteter som att bygga med klossar, träffa papperskorgen med suddgummi, teckna eller spela dataspel. De gemensamma aktiviteterna ger en fysisk upplevelse av att vara sammanhållna och existera över tid. Det centrala är att man som terapeut låter ungdomarna uttrycka sina affekter på sitt sätt antingen genom aktivitet eller verbalt. Det är inte innehållet utan affekten som är det viktiga. Dessa gemensamma handlingar över tid utgör grunden för uppkomsten av en aktiverad följeslagare. Man får en gemensam positiv samspelshistoria att minnas och utgå

ifrån. Dessa minnen kan aktiveras om någon aspekt av den positiva samspelsepisoden upplevs i ett annat sammanhang.

”I Sterns framställning utgör en aktiverad följeslagare en subjektiv upplevelse av att vara tillsammans med en historisk självreglerande annan. Det betyder att den reglering som ägt rum under terapitimen kan framkallas i en annan situation.”(Johnsen, m fl, 200, s. 173).

Det subjektiva självet

Inom det subjektiva självets område handlar det om att dela affekter, intentioner och uppmärksamhet. Detta ligger till grund för att uppnå intersubjektivitet. I terapi med ungdomar handlar det om att ungdomarna, genom att prova sig fram med olika aktiviteter och samtalsämnen, kollar terapeutens reaktioner, ungdomen läser av terapeutens inre tillstånd och terapeutens känslor inför ungdomens beteende. Samma sak gör terapeuten och det blir en interaffektivitet som alltså är en icke-verbal kommunikation om vad som är tillåtet och inte. Kommunikationen sker till stor del genom observation av kroppsliga reaktioner. Det handlar om ett affektivt utbyte som inte behöver benämnas på något annat sätt än som just affektivt samspel. Detta samspel är mer grundläggande än ett reflekterat och ofta verbalt samspel som beskrivs i terapeutisk litteratur med begrepp som bekräftelse, medvetenhet, insikt och behovstillfredsställelse.

Språkets möjligheter och begränsningar

Hit hör de två sista områdena för självupplevelse, det verbala självet och det narrativa självet. Här är det i terapeutiskt arbete med ungdomar viktigt att i terapin lyfta in en förhandling om mening och om ords betydelser. Det innebär ett arbete där den unge och terapeuten kopplar ord och begrepp till den unges erfarenhet och minne, så att det blir tydligt hur man tillsammans kan förstå vad dessa ord innebär för den unge. Vad betyder exempelvis ord som ångest, heder, förnedring och vilka upplevelser kan den unge koppla till dessa begrepp, hur känns det i kroppen och så vidare. Detta är ett sätt att hitta ett gemensamt språk som blir ett stöd i att dela upplevelser och i att hitta kopplingar mellan upplevelser, handlingar och skeenden ute i verkligheten. Det är viktigt att terapeuten delar med sig av sina upplevelser och funderingar på ett sätt som är personligt och inte normativt eller korrigerande. Det är sammanfattningsvis två processer som flätas samman i terapin. Den första handlar om det direkta samspelet mellan ungdom och terapeut och den andra handlar om att benämna världen, göra den kommunicerbar och att skapa en gemensam mening. Dessa två processer blir med tiden en gemensam samspelshistoria som kan benämnas och delas av ungdomen och terapeuten. En del av denna samspelshistoria rör ungdomens livshistoria utanför terapisituationen och händelser innan den gemensamma samspelshistorien (Johnsen, m fl, 2000).

Metod

För att undersöka ovan syfte har jag valt att studera litteratur, skaffa mig en översikt över forskningsartiklar på området genom datasökningar, samt att intervjua tre erfarna terapeuter som har utbildning och klinisk erfarenhet, både inom det systemteoretiska och det psykodynamiska paradigmet. Vetenskapsteoretiskt har jag en hermeneutisk utgångspunkt som handlar om att söka mening och innebörd i litteratur, forskningsartiklar och intervjumaterial.

Den hermeneutiska utgångspunkten

Vi utgår från vår förförståelse när vi läser en text. Utifrån textens olika delar modifieras vår förståelse och vi kan se en annan helhet. Detta leder till att vi ser de kommande delarna på ett annat sätt- den hermeneutiska cirkeln.

Enligt Gadamer som är en representant för den mer filosofiska hermeneutiken, kan vi aldrig frigöra oss från vår egen kultur och historia och den förförståelse som vi har genom den. Dagens samhälle och kultur är ett resultat av tidigare samhällen och kulturer. På så vis menar Gadamer att vi är färgade av tidigare kulturer och samhällen, och att förförståelsen hela tiden ökar. Han menar att detta alltid kommer att påverka vår förståelse av tidigare producerade texter. Gadamer intresserar sig inte för att hitta olika metoder för att tolka texter. Han menar att det inte går eftersom metoderna för att ge oss en riktig tolkning, som inte är färgad av vår tids större förförståelse, i sig själva måste vara historielösa vilket är en omöjlighet. De är ju också resultat av vår förförståelse och kunskap som bygger på människors tidigare erfarenheter. Gadamer anser att metodologi begränsar kunskapen, den bestämmer vilka frågor vi kan ställa och vilka svar vi kan få. En regel skulle man dock kunna formulera utifrån Gadamer och det är att man skall vara öppen för nya erfarenheter. Gadamer menar att vi måste utgå från vår förförståelse som påverkas av den tid och det samhälle som vi lever i. Denna förförståelse ger riktning åt vårt tänkande och är vår utgångspunkt för förståelse. Det gemensamma i två personers förförståelse gör att de kan förstå varandra. Meningen blir en interaktion mellan meningsuttrycket och mottagarens förförståelse (Andersson, ur Selander, 1986).

Hermeneutikens beskrivning av hur man pendlar mellan delar och helhet är enligt min mening en bra bild av hur man kan gå tillväga för att som terapeut förstå hela människan i hennes sammanhang. I terapi utgår vi som terapeuter från vår förförståelse bestående av teoretiska och praktiskt/kliniska kunskaper och erfarenheter samt våra personliga erfarenheter. I mötet med klienter/familjer utgår vi från denna förförståelse men måste hela tiden vara beredda att modifiera och omformulera vår förståelse utifrån den information vi får i mötet med klienten/familjen. Vi testar vår förståelse, helhetssyn och ser om den stämmer utifrån delarna/den information klienten/familjen förmedlar. Om det finns diskrepanser får vi försöka nå en ny förståelse som då är en modifikation av vår tidigare förståelse på grund av informationen som vi fått av klienten/familjen. Vidare betonar man inom hermeneutiken att ta hänsyn till i vilket sammanhang en text produceras, till personliga, sociala och kulturella omständigheter samt att till tolkaren utifrån sitt perspektiv och sin förförståelse, försöker förstå avsändarens perspektiv.

Litteraturstudier

För att förstå hur, och få en bild av, några av de sätt som det går att kombinera det psykodynamiska och det systemteoretiska paradigmet på, samt att få kunskap att se när det verkar svårt eller inte lämpligt med en kombination/integration, behöver jag ge en bakgrund till hur utvecklingen varit inom dessa paradigmen. Min utgångspunkt är hermeneutisk och Gadamers sätt att beskriva hur äldre kunskap och traditioner utgör en förförståelse som vi utgår ifrån när vi lär oss något nytt, gör att det för mig verkar naturligt att sedan fokusera på två moderna teoretiker/forskare och kliniker, Daniel Stern och Michael White. De har kommit fram ur den kunskapsfond som de två beskrivna paradigmen utgör. Det är också så att paradigmen allt mer närmat sig varandra i sin forskning och teori/metodutveckling exempelvis genom att allt mer betona mötet här och nu och vad som skapas i mötet mellan terapeut och klient/familj. Vidare också den betydelse de ger användandet av berättelser/narrativer i kliniskt arbete (Lundby, 2002). Dessa gemensamma områden är tydliga både hos Stern och White. Detta gör dem lämpade att utgöra representanter för respektive paradigmen. Vidare diskuterar jag olika sätt att arbeta integrativt som terapeut.

Datasökningar

Jag har gjort sökningar i databaserna Psychinfo och Psycharticles för att få en översikt över aktuella forskningsartiklar inom detta område. 080206 sökte jag på Psychinfo med sökorden Individual therapy, Family therapy, Adolescents. Jag fick 16 träffar. 080625 sökte jag på Psycharticles med sökorden Systemic therapy, Psycodynamic therapy, Adolescents. Jag fick 10 träffar. 080917 sökte jag på Psychinfo med sökorden Integrative psychotherapy, Adolescents. Jag fick tio träffar. Vid alla sökningar har jag satt en gräns på upp till tio år tillbaka i tiden.

Intervjuer

Syftet med intervjuerna är att fördjupa kunskapen om och ge exempel på olika sätt kombinera systemteoretisk och psykodynamisk utgångspunkt i kliniskt arbete med ungdomar. Det handlar också om att få en bild av terapeuternas syn på den terapeutiska processen som ju är något unikt och subjektivt och som handlar om ett möte mellan människor. Det var viktigt att genom intervjuerna få en bild av terapeuternas syn på teori och metod men också att via intervjun få en bild av terapeuten själv och hans/hennes utveckling som terapeut, synen på förändring och vad som varit och är viktiga inspirationskällor. Vidare hur terapeuterna ser på klienterna/familjerna och på relationen mellan terapeut och klienter/familjer.

Utifrån aspekterna ovan har jag valt att använda en intervjuform som bygger på den kvalitativa forskningstraditionen. Ett övergripande mål inom kvalitativ forskning är att generera kunskap om personers upplevelser och om sociala fenomen i dessa personers verklighet (Dalen, 2007).

Jag har utarbetat 8 frågeområden med utgångspunkt i syftet med intervjuerna. Vidare har jag formulerat ett antal delfrågor inom varje område, (se bilaga). Intervjuerna är semistrukturerade utifrån att jag först låter terapeuterna svara på den övergripande frågan, som representerar frågeområdet, för att sedan snäva in mer i de olika delfrågorna. Mitt syfte har varit att skapa ett så fritt och spontant samtal som möjligt, som ändå skall gå att bearbeta på ett rimligt sätt och som skall kunna jämföras med materialet från de övriga intervjuerna. Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till har varit tiden. Frågeområdena är stora och det har varit viktigt att sätta en tidsram och att anpassa intervjun till den så att alla frågorna hinns med.

Detta insåg jag efter första intervjun som tog två timmar vid två tillfällen. De andra intervjuerna gjordes på två timmar vid ett tillfälle.

För att få kontakt med terapeuterna har jag ringt, skrivit brev respektive skickat e-post till dem. Vi har sedan haft en telefonkontakt då jag berättat om syftet och sammanhanget runt uppsatsen och intervjun. Vi har också överenskommit om tid och plats för intervjun. En intervju genomfördes i terapeutens bostad, en i min bostad och en på Psykologiska Institutionen.

Några dagar före intervjuerna fick terapeuterna ta del av uppsatsens syfte och målsättning samt de olika frågeområdena med delfrågor, (se bilaga).

Jag har använt frågeblanketter under intervjuerna och har skrivit ned terapeuternas svar på varje fråga så noggrant som möjligt.

Bearbetningen har bestått av att jag renskrivit intervjuerna och skickat tillbaka dem till terapeuterna för genomgång och korrigerings av eventuella missuppfattningar. De har även tagit del av den slutgiltiga produkten i bearbetad form. Jag sammanfattar terapeuternas svar på de åtta frågeområdena under rubriken "Resultat".

Metoden är alltså kvalitativ och bygger på den hermeneutiska traditionen. Utifrån detta perspektiv blir det viktigt att säga något om min förförståelse.

Urval/Förförståelse

Hur kommer det sig att jag intervjuat just dessa terapeuter? Jag har använt mig av egna kontakter; Bjarni Arngrimsson och Unni Bonnedal. Via mitt arbete på Psykiatrisk mottagning för döva och hörselskadade- alla åldrar och via min utbildning till psykolog, har jag kännedom om att båda dessa terapeuter har utbildning i och är kliniskt verksamma utifrån både systemteori och psykodynamisk teori. De har också lång erfarenhet av arbete med ungdomar och deras familjer. Bjarni Arngrimsson har varit min arbetskamrat på Psykiatrisk mottagning för döva och hörselskadade i åtta år och Unni Bonnedal har varit min lärare och även handledare under psykologutbildningen.

Jag har också diskuterat frågan om lämpliga terapeuter att intervjuas med examinator Göran Sandell och på så vis blivit tipsad om att intervjuas Karl-Gustav Piltz. Detta utifrån Karl-Gustav Piltz långa erfarenhet av kliniskt arbete med par, familjer och enskilda individer och hans gedigna kunskap och kännedom om de teoretiska inriktningar jag är intresserad av och deras kliniska tillämpning. Jag har själv inte haft någon tidigare kontakt med Karl-Gustav Piltz.

För mig var en avgörande faktor att terapeuterna jag intervjuade, förutom att ha relevant teoretisk utbildning, även skulle ha lång klinisk erfarenhet eftersom jag utgår ifrån att erfarenheten borgar för att de som terapeuter ställts inför olika frågeställningar och att de utvecklats vidare som terapeuter på olika sätt.

Under psykologutbildningen 1992-1997, har jag tagit del av olika teorier och metoder för att förebygga, utreda och behandla psykisk ohälsa hos individ, grupp och organisation. Jag har läst vid Göteborgs universitet och det har inneburit fokus på den psykodynamiska inriktningen även om andra inriktningar som exempelvis kognitiv- och systemteoretisk också ingått i utbildningen. Det har funnits möjlighet att i viss mån välja inriktning på olika kurser. Jag har då valt alternativa metoder, alternativa till det psykodynamiska perspektivet, som familjeterapi, symboldrama och gestaltterapi.

I min yrkesverksamhet som psykolog har jag arbetat på sammanlagt tre olika Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. På alla mottagningar har inriktningen varit en kombination av psykodynamiskt och systemteoretiskt perspektiv. Det har varit olika vilket paradigm som vägt tyngst, men de har båda två funnits och kunnat samverka. Dock inte utan ett visst mått av diskussion och konflikt.

I bearbetningen av intervjuerna har jag haft den hermeneutiska cirkeln i tankarna. Det är i överensstämmelse med hur jag ser på både det kliniska arbetet som terapeut och med hur jag ser på processen att tolka och skapa förståelse utifrån materialet i intervjuerna.

Resultat

Litteraturstudie

Litteraturstudien visar att det finns olika sätt att integrera och kombinera det psykodynamiska och det systemiska paradigmet. Vidare framkommer att teoretiker, forskare och kliniker inom de båda paradigmen närmar sig varandra i sitt arbetssätt, Pinosof, 1995 och Johnsen m fl, 2000, ger exempel på detta. För att stödja och hjälpa ungdomar och deras familjer vidare i sin utveckling kan man behöva kombinera paradigmen på olika sätt och även ändra kombination eller att arbeta i enlighet med endast det ena paradigmet över en tid. Det är klientens/familjens behov som får styra samt terapeutens kunskap och erfarenhet. Det står klart att paradigmen kompletterar och ger näring åt varandra. Uppsatsens teoridel utgör en redogörelse för litteraturstudien.

Datasökningar

Resultatet av sökningarna visar att området är brett och att det går att lägga en mängd perspektiv på de sökord som använts. Artiklarna handlar om exempelvis utvärderingar av specifika behandlingsprogram i jämförelse med andra, om teamarbete och att hitta gemensamma perspektiv i ett psykiatriskt team när det gäller behandlingsarbete. Det handlar även om integration inom det psykoanalytiska/psykodynamiska paradigmet avseende användning av narrativer och objektrelationsteori samt klassisk psykoanalys, om integration mellan kognitiv terapi och beteendeterapi, och om att jämföra individualterapi och familjeterapi för specifika diagnosgrupper, vidare om att integrera kognitiv terapi med psykodynamisk och så vidare. Det går inte att hitta ett generellt mönster bland artiklarna utan mönstret är att det spretar åt många håll. Flera av artiklarna och en del böcker kommer upp på två eller tre av sökningarna. Författare som återkommer är Pinosof och Norcross. Norcross refereras även till i avsnittet om integrativa terapiformer i boken "Vad är verksamt i terapi?" (Philips & Holmqvist, 2008) samt är medförfattare till artikeln "The movement toward integrating the psychotherapies: An overview" (Beitman m fl, 1989). Jag hittade ytterligare två artiklar som passar uppsatsens ämne; "Family or individual therapy: The ethics of modality choice" (Sider & Clements, 1982) och "The integration of individual therapy and family therapy in the treatment of child and adolescent psychiatric disorders" (Josephson & Serrano, 2001).

Artiklar

Nedan sammanfattar jag de tre artiklarna.

The movement toward integrating the psychotherapies: An overview (Beitman, m fl, 1989)

Artikeln ger en överblick över rörelsen och intresset för att integrera olika terapi inriktningar i USA. Hur intresset har utvecklats och vad som kännetecknar de psykoterapeuter som arbetar integrativt/eklektiskt.

Intresset för att integrera olika psykoterapiinriktningar har vuxit fram allt starkare sedan mitten på 70-talet. Detta intresse handlar om att tydliggöra vad olika skolbildningar har för

gemensamma verksamma faktorer men även om att identifiera styrkor och svagheter hos terapiinriktningarna för att välja den mest verksamma insatsen för olika problemställningar. Detta som en reaktion på det växande antalet skolbildningar, en studie kom fram till 400 olika skolbildningar inom psykoterapiområdet (Karasu, 1986). För att profilera sin inriktning är det vanligt att ta avstånd från andra inriktningar och så uppstår en kakafoni av företrädare för olika skolbildningar som alla hävdar att de äger sanningen och den allena saliggörande metoden.

Antalet psykoterapeuter i USA som betecknar sig som eklektiker varierar mellan en tredjedel och hälften i olika undersökningar detta oavsett grundutbildning. I studier har man endast kunnat identifiera en gemensam faktor hos gruppen psykoterapeuter som arbetar eklektiskt och det är erfarenhet.

“This research has indicated that clinicians ascribing to eclecticism tend to be older and more experienced. Conversely, inexperienced therapists are more likely to endorse exclusive theoretical orientations. Reliance on one theory and a few techniques may be the product of inexperience; put another way, with experience comes diversity and flexibility.” (Beitman, m fl, 1989)

Författarna beskriver vidare varför antalet psykoterapeuter som betecknar sig som eklektiker eller arbetar integrativt ökar. De tar upp omöjligheten i att 400 olika skolbildningar alla kan studeras, läras ut och sedan köpas av organisationer och klienter/familjer som söker hjälp. Den kliniska erfarenheten växer kring att ingen terapeutisk inriktning är perfekt för alla olika typer av svårigheter, situationer och människor. Vidare att forskning om psykoterapi inriktningar inte kan visa några generella skillnader i resultat mellan de olika inriktningarna. Forskning kring psykoterapi har visat att det oavsett skolbildning finns gemensamma faktorer i olika terapiformer och att det ger bättre resultat att utgå från dem än att göra jämförelser mellan skolbildningar när det gäller psykoterapiforskning. Exempelvis har analys av olika framträdande skolbildningar visat att man är i stort sett överens om vilka processer som ger förändring men har olika uppfattningar om vilket innehåll som skall ändras. Med andra ord är man överens om hur men inte om vad. Metastudier av psykoterapiforskning visar vidare att hur lyckad en terapi blir beror på personliga faktorer hos klient, terapeut och på relationen dem emellan. Bara cirka 10-12% av variationen i resultatet kan hänföras till tekniken eller metoden. Av detta kan vi dra slutsatsen att det ger ett bättre resultat om vi fokuserar på att anpassa och forma den terapeutiska relationen/arbetsalliansen och metoden efter klienten. Den unika person som klienten är. Detta är också en av de särskiljande dragen hos den integrativa rörelsen, att anpassa behandlingen efter klientens behov och livssituation och på empiriska bevis snarare än på förutfattade teoretiska antaganden. Vidare ställer klienter och hälso- och sjukvård större krav på att terapeutiska metoder skall vara verksamma och man vill som köpare ha ett större inflytande över vad man köper, få en tydligare varudeklaration för att kunna välja och fatta ett självständigt beslut.

Family or individual therapy: The ethics of modality choice (Sider & Clements, 1982)

I artikeln menar författarna att frågan om vilken terapimetod som är bäst vid olika svårigheter har ställt en annan fråga i skymundan. Nämligen den som handlar om att det i olika modaliteter/sätt att arbeta i terapi alltså metod, skolbildning eller individ kontra familje- par perspektiv, är olika saker som avses med ett ”gott” resultat. I artikeln tar författarna upp de etiska dilemman som döljer sig bakom valet av individ eller familje/par perspektiv. Att använda ordet modalitet tas upp som ett uttryck för hur man blandar ihop metodtekniska val och överväganden med etiska. Att välja individ eller familje/par perspektiv innebär

samtidigt att ta ställning till var terapeutens lojalitet ligger. För vems bästa och vad är det bästa?

I individualterapi har man av tradition starkt betonat terapeutens lojalitet med klienten och att skydda relationen mellan klienten och terapeut mot intrång/påverkan från tredje part. Bara i akuta situationer tar man kontakt med familj, make/maka. Arbetar man med en familj, är det då familjens gemensamma bästa som är föremålet för terapeutens lojalitet eller är det varje individs bästa som terapeuten skall arbeta för i familjen, eller är det både och, familjens gemensamma bästa, och varje individs bästa?

Som utgångspunkt tar författarna generell systemteori. Varje individ är en del i en familj/par och varje familj/par består av individer. Dessa är olika nivåer av system som påverkar varandra. Om det finns svårigheter i familjen finns det även svårigheter på individnivån och tvärtom, svårigheter på individnivån hos en individ påverkar hela familjen. Familjen måste anpassa sig till individen annars uppstår svårigheter även i nästa nivå- familjen.

“This elementary point is often overlooked by partisans of both individual and social unit therapies, because they tend to formulate problems primarily in terms of one level or the other. From the perspective of systems theory, however, each level is simply one manifestation of a multilevel problem. To narrowly define a problem primarily in terms of a family system perspective is not to think in general systems terms but, rather, to think at one level of the general system. The same is true at another level for those who define problems in primarily intrapsychic terms.”
(Sider & Clements, 1982, s 1456).

Författarna diskuterar situationer där en eller flera individer i familjen har så stora behov att familjesystemet inte räcker till för att tillfredsställa behoven. Det kan leda till att familjesystemet kollapsar. Vidare menar de att en familj kan exkludera en medlem som hotar familjesystemets fungerande. Man exemplifierar med vår kropp där vissa övergripande system prioriteras på bekostnad av andra underordnade system när vi utsätts för fysiskt trauma.

Författarna resonerar vidare om hur både individualterapeuter och familje/par terapeuter undviker den etiska frågeställningen rörande intressekonflikter mellan individ och familj/par. De identifierar tre hållningar som innebär att man undviker ett etiskt ställningstagande. Den första innebär att hävda att det inte finns någon konflikt. Arbetar man för en eller flera individers bästa i en familj blir det automatiskt också till hela familjens bästa i varje fall på sikt. Den andra handlar om att som terapeut välja att principiellt alltid ta ställning för hela familjen eller för den enskilda individen om det uppstår en konflikt mellan dessa nivåer. Man har en värdehierarki som man följer. Den tredje hållningen innebär att som terapeut hävda att man inte har någon lojalitet/ansvar alls, varken mot individen eller mot familjen och att man bara utför familjen/individens uppdrag.

Författarnas slutsats är förstås att ingen av hållningarna ovan är etiskt hållbar. Det finns situationer där familjens sammanhållning, fortsatta existens kan kosta individen ett allt för högt pris och vice versa det individen önskar kan vara för kostsamt för familjen. Det är alltså inte så att man generellt kan säga att familjens bästa också är individernas bästa. Vidare går det inte att hitta stöd för att principiellt värdera antingen individnivån eller familjenivån generellt före den andra. Som terapeut måste man gå in i relation till dem man träffar för att åstadkomma förändring, därmed kommer lojalitet och ansvar, således fungerar inte heller den tredje hållningen.

Slutsatsen som författarna kommer till är att terapeuten behöver utforska olika värden och mål på olika nivåer, individ och familj/par. Vidare att när det finns en konflikt mellan det som är bäst på olika nivåer, att terapeuten är tydlig med var han/hon lägger sin lojalitet och resonemanget bakom det. Författarna önskar att både individual- och familjeterapeuter skall

vara tydliga med att deras val av modalitet inte bara handlar om personlig preferens eller metoders effektivitet, utan att det också är ett etiskt ställningstagande.

The integration of individual therapy and family therapy in the treatment of child and adolescent psychiatric disorders (Josephson & Serrano, 2001)

I artikeln beskrivs hur en integration mellan att arbeta med familjeterapi och individualterapi kan gå till och dessutom ges en teoretisk bakgrund. Författarnas argument för nyttan med att integrera ovan nämndabehandlingssätt är att barn och ungdomar påverkas av sina familjer och tvärtom. Intrapsykiska tillstånd påverkar den interpersonella interaktionen i familjen och den interpersonella interaktionen påverkar det intrapsykiska tillståndet hos individerna i familjen.

”The reciprocal relationship between family interaction and the development of a child’s inner model of self provide a rational basis for an integration of individual and family therapy. Integration should be pursued because both therapies encounter resistance that the other can potentially resolve or at least help understand.”
(Josephson & Serrano, 2001, s 433).

Det handlar om att i bedömningen ta med relationen mellan den unges inre liv och fungerande och den interpersonella interaktionen i familjen nu och i det förflutna. Detta utgör en grund för att i behandlingen göra interventioner på både familje- och individ nivå och att kunna avgöra när och hur mycket av båda typerna av interventioner som krävs. Alltså inte om man skall välja det ena eller det andra.

”Individuals create a family, and a family is more than a sum of its individuals.”
(Josephson & Serrano, 2001, s 448).

Författarna sammanfattar fördelar och nackdelar när det gäller att arbeta med individualterapi respektive familjeterapi. När det gäller individualterapi handlar fördelarna sammanfattningsvis om att man lättare kan utforska den intrapsykiska världen. Nackdelarna handlar om risken att missa viktig information om externaliserande beteenden, viktiga händelser och faktorer i vardagslivet. Man har mindre tillgång till information från omgivningen.

När det gäller familjeterapi är fördelarna att man får en breddad förståelse för svårigheterna genom att man får en bild av kontexten, genom att påverka interaktionerna i familjen kan man modifiera synen på symtomen/svårigheterna och förstärka tron på de egna förmågorna.

Nackdelar handlar sammanfattningsvis om svårigheterna att få kunskap om individernas intrapsykiska fungerande och utmaningar när det gäller konfidentialitet.

Författarna beskriver individualterapeutiska skolbildningar som de menar har relevans för familjeterapi.

1. Kohuts självpsykologi som vilar på en interaktionell grund.
2. Objektrelationskolan som tydligt visar hur familjeinteraktion påverkar och formar vårt intrapsykiska fungerande. Det finns även modeller för att arbeta familjeterapeutiskt utifrån objektrelationssteorin.
3. Biopsykosocial psykiatri där man ser psykiatriska problem som uttryck för biologiska, sociala och psykologiska sårbarheter. Vidare att man i behandling kan nå goda resultat med insatser baserade på exempelvis psykosociala insatser vid svårigheter som till stor del bedöms ha biologisk grund och tvärtom.

4. Den moderna utvecklingspsykologiska forskningen som visar att barn utvecklas och klarar olika utvecklingsuppgifter genom att de får rätt stöd och guidning av viktiga personer i omgivningen.

5. "Utvecklingspsykiatri" där man ser symtom som ett resultat av att individen inte lyckas förhandla på ett lyckat sätt mellan sin kapacitet, beteendestil och motivation och de krav som omgivningen ställer. Behandlingen består av att man stärker barnets eller den unges kapacitet till anpassning genom biologisk och psykologisk behandling och att man samtidigt minskar stressorer i omgivningen. Man minskar interaktioner som genererar symtom och uppehåller symtom. Det innebär att det är uteslutet att endast arbeta med individen, speciellt när det gäller barn och ungdomar.

Inom familjeterapi har man inte diskuterat användbarheten när det gäller att arbeta individualterapeutiskt i samma utsträckning som man från individualterapeutiskt håll diskuterat tillämpningsområden för familjeterapeutiskt arbete. Författarna menar att det kan ha att göra med att familjeterapirörelsen var tvungen att betona sina nya idéer, teori och metod för att urskilja sig från tidigare perspektiv och man hävdade familjeterapi som något unikt som inte hade något med tidigare individualterapeutiskt arbetssätt att göra. Trots detta hittar författarna några användningsområden, broar.

-Strukturell familjeterapi där man ser obalans i familjens struktur som kognitivt och affektivt kongruent med en individs intrapsykiska fungerande.

-Experimentell familjeterapi som enligt författarna representeras av Whitaker och Keith. Man menar att familjens dysfunktion handlar om en kamp mellan föräldrarna/paret om vems ursprungsfamilj som skall utgöra utgångspunkt för den nya familjens fungerande. Materialet i terapin blir parets olika intrapsykiska uppfattningar om ursprungsfamiljen som de bär med sig in i nuvarande familj/par.

-Kontextuell familjeterapi som har en integrativ utgångspunkt. Man söker att integrera fakta dvs faktiska livsomständigheter, psykologi- det som händer inom en person och interaktioner i familjen.

-"Familjesystemteori och terapi" Denna inriktning betonar fusionen i relationer, (undifferentiated egomass) och använder olika begrepp såsom triangulering, överföring mellan generationer och differentiering av självet. Terapeuter inom denna inriktning konfronterar individernas uppfattningar och motivation i familjen. Individernas uppfattningar och motivation kan behöva arbetas med utifrån ett individuellt perspektiv. Dessa individuella uttryck har inte alltid med familjens fungerande att göra, utan hänger ihop med individens ursprungsfamilj.

Författarna beskriver hur man kan kombinera familje- och individualterapi inom barn- och ungdomspsykiatri och olika faser som ofta ingår. I det akuta läget måste krisen stabiliseras, eventuellt kan det behövas slutenvård. Om det inte är ett så akut läge kan man inleda med föräldrautbildning. Om dessa åtgärder inte räcker kan man inleda en familjeterapi. Om familjeterapi inte lyckas är det viktigt att undersöka om det finns individuella svårigheter hos någon eller några i familjen genom att intervjua dem enskilt. Sedan fattas beslut om man skall vidga insatserna till att utöver familjeterapi även omfatta individualterapi med någon, några i familjen eller parterapi för föräldraparet.

Man kan arbeta med individuella frågeställningar inom ramen för familjeterapi och med frågor som rör interaktionella svårigheter inom en individualterapi. Det är inte alltid en anledning att byta modalitet från familjeterapi till individualterapi eller tvärtom endast på grund av motstånd. När man skall byta modalitet är ett viktigt terapeutiskt ställningstagande. Följande kriterier kan utgöra grund för att byta modalitet;

Familjen eller klienten ber om det, minimal framgång i individual- alternativt familjeterapi, nya historiska data ger information om att det kan vara bra att byta modalitet eller en omformulering av uppdraget från familjen/klienten som gör att man behöver byta.

När det gäller att övergå från individualterapi till familjeterapi, ser författarna det som en risk att om man gör övergången för tidigt kan övergången hindra individuell utveckling hos klienten och övergången kan utgöra en bekräftelse på en negativ självbild. Vidare finns en risk att om man övergår för sent eller inte alls, så tillåts destruktiva interaktioner i familjen att underminera klientens utveckling, intrapsykiska förändring och symtomförbättring.

Att övergå från familjeterapi till individualterapi innebär vissa risker. Om det sker för snabbt kan det stödja familjens dysfunktionella mönster genom att peka ut individen som orsak till familjens svårigheter, alltså att man förstärker syndabocks tendenser i familjen. Vidare om man övergår för sent eller inte alls missar man möjligheten att skapa en säker och hållande miljö för en individ i familjen som har större egna behov än de andra i familjen. Den missade möjligheten att stödja denna individs utveckling riskerar att hindra hela familjens utveckling och växt.

När man byter eller lägger till en modalitet behöver man också överväga frågan om samma terapeut kan fortsätta att ge behandlingen eller om man behöver involvera en annan terapeut. Författarna ser både för och nackdelar med att vara ensam terapeut och att vara två terapeuter inblandade i samma familj. fördelar med att vara ensam terapeut handlar om att det inte krävs samordning – en terapeut har all information, lättare att hitta tider, lättare att hålla ett gemensamt fokus både i individualterapi och i familjeterapi, färre överföringar och motöverföringar. Nackdelarna handlar om att det ställs många krav på terapeuten och det finns många behov att leva upp till för en ensam terapeut. Vidare är det sårbart vid sjukdom och semestrar och många överföringar och motöverföringar för en terapeut att hålla ordning på och uppfatta.

Om man är två terapeuter är fördelarna att det underlättar att använda olika kombinationer av individual- och familje/parterapi. Man får en ökad flexibilitet och kreativitet när två terapeuter arbetar med samma familj och kan erbjuda familjen mer specifik hjälp genom att olika terapeuter har olika specialiteter och erfarenheter. Nackdelarna handlar om samarbetssvårigheter som kan uppstå mellan de båda terapeuterna, vidare en ökad kostnad och tidsåtgång när två terapeuter arbetar med samma familj och att familjen/klienten kan bli förvirrad om terapeuterna har olika sätt att arbeta och inte är samkörda.

Etiska frågeställningar som kan dyka upp handlar om information som en familjemedlem tagit upp med terapeuten när övriga i familjen inte var med och som har relevans för hela familjen. Terapeuten får då enligt författarna, övertyga klienten om att ta upp detta under nästa familjeterapisession, alternativt göra en överenskommelse med klienten om att terapeuten tar upp det.

Intervjuer

Här sammanfattar jag terapeuternas svar på de åtta frågeområdena.

Frågeområde 1 handlar om terapeuternas utbildning och arbetslivserfarenhet som är relevant för arbetet som psykoterapeut. Vidare går jag in på terapeuternas definition av familje- respektive individualterapi och vad det systemteoretiska respektive det psykodynamiska paradigmet innebär för dem. Min bedömning är att denna information är så viktig för att förstå terapeuternas övriga resonemang att jag tar med en stor del av terapeuternas svar på frågeområde 1 och presenterar dessa svar relativt utförligt.

Frågeområde 1: Vilken utbildning och arbetslivserfarenhet har Du?

A. Vilken erfarenhet har Du av att arbeta med ungdomar och deras familjer?

B. Vilket område arbetar Du med för närvarande?

C. Vad menar Du med begreppen individual- respektive familjeterapi? Hur förhåller de sig till de teoribildningar vi diskuterar, systemteori och psykodynamisk teori?

D. Har Du erfarenhet av att arbeta i team?

Om ja på vilket sätt kan arbete i team underlätta eller försvåra att arbeta integrativt med olika kombinationer av teori och metod?

E. Kan Du beskriva hur ditt sätt att arbeta som terapeut utvecklats/förändrats under Din tid som kliniskt verksam terapeut?

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 1:

B. Arngrimsson är läkare med specialisering i barnpsykiatri, vidare leg. psykoterapeut.

”I tonåren arbetade jag på en fiskebåt, det gav mig en känsla för gruppdynamik. Man bodde och arbetade ihop på en liten yta. Vidare är det värdefullt att ha umgåtts med människor utan akademisk bakgrund. Jag utbildade mig till läkare och arbetade sedan på en vuxenpsykiatrisk avdelning. Jag arbetade även med missbruksvård och neurologi. Under denna tid väcktes intresset för samtalsterapi hos mig. Inom vuxenpsykiatrin fanns inte mycket utrymme för samtal med patienterna. När jag arbetade jour en kväll mötte jag en kvinna med schizofrenisjukdom. Hon ville sedan komma och prata med mig. Detta väckte mitt intresse för samtalsterapi.

1965 fick jag min första kontakt med familjeterapi när jag arbetade inom vuxenpsykiatrin i Reykavik. Det var via en tidigare klasskamrat till mig, Kristin Gustavsdottir. 1968 tog jag initiativet till att bygga upp ett terapeutiskt samhälle i Reykavik för behandling av vuxna missbrukare och jag var föreståndare för det i 1,5 år.

Sedan flyttade jag till Sverige och fortsatte specialistutbildningen. Jag arbetade inom vuxenpsykiatrin i Västerås. Via arbetet med unga missbrukare i Reykavik hade jag blivit intresserad av barn- och ungdomspsykiatri. En kamrat till mig blev trött på att arbeta inom vuxenpsykiatrin och lockade med mig till barn- och ungdomspsykiatrin i samma stad. På den här tiden runt 1969 var det svårt att få utbildning i samtalsterapi om man inte reste till Stockholm. Man ordnade en specialdesignad utbildning vid Karolinska institutet för psykiatrin i Västmanland och Sörmland, vilken jag kom med på. Johan Cullberg och Gustav Jonsson fanns bland annat med som lärare. Det gav stort utbyte med dessa fantastiska lärare, men detta var inte någon regelrätt terapiutbildning.

Jag började delta i de utbildningsdagar som biträdande överläkare Erik Franske vid sjukhuset i Växjö, anordnade 2 dagar varje termin. Föreläsarna hade ofta deltagit i Lindauer Psychoterapie woche och via dessa kurser kom jag med vid Lindauer Psychoterapie Woche 1973. I detta sammanhang fick jag först höra talas om Heinz Kohut och hans teorier.

1970 började jag arbeta som läkare inom Barn- och ungdomspsykiatrin i Västmanland och 1971- 1974 var jag överläkare och klinikchef där. Sedan var jag tvungen att söka mig bort för att få min specialistutbildning inom barn- och ungdomspsykiatri. Jag hade lärt känna K-G Piltz och vi träffades 1972 på ett möte i barnpsykiatriska föreningen. Jag frågade då om han och hans fru Kristin Gustavsdottir ville anordna en utbildning i familjeterapi för den barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Västerås. Jag lyckades få sjukhusledningen att godta denna utbildning och att den skulle ges till all personal på kliniken. Detta var såvitt jag vet den första utbildningen i familjeterapi i Sverige med svenska lärare. Det var även K-G Piltz och K. Gustavsdottirs första utbildningsuppdrag.

Sedan flyttade jag till Göteborg. Då fanns ingen systematisk terapiutbildning. Jag satsade på ett familjeterapeutiskt arbetssätt och fick handledning av Kerstin Höök klinikchef på BUP i Göteborg och lärde mig mycket genom det. Jag började gå i egenterapi, karaktärsanalytisk vegetoterapi, för en norsk ”reichiansk” terapeut, Björn Blomdal. Från 1968 och framåt har jag också deltagit i utbildningar i psykodrama som anordnats av Dean och Doreen Elefthery.

Dean hade arbetat ihop med Moreno.

Jag arbetade på BUP i Göteborg från 1974 och framåt. Januari 1979 började jag som biträdande klinikchef. Från 1980-1990 fick jag psykoanalytisk handledning av Randolph Alnäs, en norsk psykoanalytiker.

Tillsammans med Lars Engkvist startade jag BUP’s familjeavdelning.”

”På 80- talet gick jag steg 2 utbildning som anordnades inom BUP kliniken och det var med psykodynamisk inriktning. Inom verksamheten på BUP arbetade jag mest med familjer och familjeterapi.

1978 startade jag min privata psykoterapi mottagning. Där har min fru Haldora Gunnarsdottir, leg. psykolog, och jag bedrivit individual-, familje-, par- och barnterapi.

Jag gick handledarutbildning 1990-1991. Det var en allmän inriktning på utbildningen.”

A. Vilken erfarenhet har Du av att arbeta med ungdomar och deras familjer?

”Jag har erfarenhet av det från Barn- och ungdomspsykiatri och från min privata verksamhet. Det har varit ungdomar och deras familjer som har varit i alla möjliga olika situationer och svårigheter. Periodvis har det varit mycket av någon slags problematik, exempelvis unga tjejer med anorexi.”

B. Vilket område arbetar Du med för närvarande?

”Barnpsykiatri, men nästan bara med neuropsykiatri. Jag arbetar mycket med diagnoserna ADHD och autism. Det är efterfrågan som styr detta. Det kan även bero på att det finns ett större utbud av psykoterapeuter nu.”

C. Vad menar Du med individual- respektive familjeterapi? Hur förhåller de sig till de teoribildningar som vi diskuterar, systemteori och psykodynamisk teori?

”Familjeterapi innebär att familjen är informatör, lämnar upplysningar om sig själva och är föremålet för mig som terapeut. Det finns olika meningar om man skall tillåta att någon i familjen inte är närvarande eller ej. Jag var från början renlärig. En terapiprocess varar över tid och den som inte deltar har en maktposition, en vågmästarroll. Den frånvarande personen kan förstöra den terapeutiska processen. Numera är jag mindre renlärig och utgår från de som lever under samma tak. Men det kan vara viktigt att ha med utflyttade barn eller mor- och farföräldrar. De kan ha stor makt.

När det gäller ombildade familjer tycker jag att man med familjen får diskutera och undersöka vad det skulle betyda om en tidigare partner var med respektive inte var med. Man kan välja att göra på något av dessa sätt eller att göra både och med samma familj. Man kan använda sig av olika tekniker för att göra frånvarande personer närvarande i rummet, exempelvis att låta någon spela rollen som den före detta mannen.

En grundläggande skillnad är att i en analys/ individualterapi utgår man ifrån att patienten har ett internaliserat drama från sin uppväxt. Det kan beskrivas som att genom överföringar och motöverföringar drar man fram dramat och det spelas upp mellan patient och terapeut.

I familjeterapi har man dramat där, terapeuten går inte in och drar på sig känslorna själv utan försöker påverka det som sker i relationerna familjemedlemmarna emellan.”

”Systemteori innebär läran om balansen i ett system som består av x antal element som påverkar varandra, stabiliserande krafter, feed-back processer, konflikter och eskaleringar av konflikter. Men det sistnämnda, eskaleringar och konflikter kan inte ha något större utrymme i en grupp som skall vara ihop, det måste man handskas med för att inte gruppen skall spricka. Detta kan jämföras med systemteori inom andra ämnen som fysik, där något uppträder som en del i ett system har det andra egenskaper, ett annat uppträdande, än om det är fritt svävande. Systemteorin på 60 och 70-talet ersätts senare av systemisk teori. Systemisk teori frigör sig från fysik och annan vetenskap och arbetar istället med det levande/ människan.”

”Milanoskolan, Karl Tomm och Tom Andersen är förgrundsgestalter inom denna inriktning. K. Tomm är tydlig med att terapeuten inte skall ingripa utan intervjuandet är ett sätt att dra fram information i ljuset som familjen kan arbeta med. Här tar man starkt avstånd från den strategiska systemterapi som försöker ändra systemet i någon riktning som terapeuten har bestämt är bra. Tomm tog starkt avstånd från cirkulär frågeteknik med ett strategiskt syfte. I systemisk teori är det viktigt att få fram skillnader. Jag har ett systemiskt sätt att se på exempelvis ADHD, där olika system inom individen och mellan individen och omgivningen/samhället ömsesidigt påverkar varandra.”

”Familjeterapeuten är en aktiv terapeut. Psykoanalytikern är passiv och neutral för tydlighetens skull, med tanke på överföringarna. Neutraliteten är nödvändig för att överföringarna skall bli tydliga.

En annan skillnad är att i individualpsykoterapi så ägs man av sin patient, är allierad med sin patient. I familjeterapi kan man inte tillåta sig att ha sådan kontakt med en enskild familjemedlem. Man kan tillfälligt närma sig någon men då är det viktigt att sedan cirkulera så att inte en i familjen blir den utvalda.”

”Med åren har jag förändrats mer och mer mot att som terapeut tänka att det som det handlar om är att möta människor och att tala med dem om det som känns viktigt och det som är viktigt att tala om. En del av familjeterapiklanens bagage består av att man kom fram på 50- och 60-talet som något nytt och man ville vara något nytt. Man förkastade psykoanalytiska teorier och allt snack om biologi och ärftlighet och framhöll hur frågor om individuella egenskaper och handikapp utnyttjades som ett redskap för att skuldbelägga och härska över andra. Som någon slags legitimering för att utnyttja andra. Familjeterapirörelsen tog starkt avstånd från detta. En del av de psykoanalytiker som utvandrade från Tyskland till USA efter att nazisterna tog makten i Tyskland, exempelvis Otto Fenichel, drev in absurdum att analytikerns neutralitet skall fungera som en spegel och arbetade mycket med att förfina teorin. Alla symtom förklarades utifrån den psykoanalytiska teorin. Detta gjorde att på 60-talet hade många en känsla av att psykoanalysen höll på att dö och familjeterapin väntade på att ta över. Den som gav psykoanalysen nytt liv var Heinz Kohut med sin självpsykologi. Klassisk psykoanalys passar inte för många grupper. Mer utlevande personer, barn och ungdomar och ofta personer från arbetarklassen förväntar sig att ha mera personlig och ömsesidig relation till den de träffar och talar med. Det som blivit allt mer viktigt för mig som terapeut är att fokusera på att sätta mig ned och samtala om det viktigaste. Kohut menar att man i samtalet med patienten fullständigt skall skita i teori utan ge respons på det patienten säger och kommentera när patienten exempelvis motsäger sig själv. Då ger man som terapeut patienten chans att klargöra saker för sig själv. Tolka skall man göra väldigt sällan enligt Kohut och då skall tolkningen helt byggas på vad patienten och terapeuten talat om, utgå från vad patienten har sagt nu eller tidigare och inte utgå från teori.”

D. Har Du erfarenhet av att arbeta i team?

Om ja, på vilket sätt kan arbete i team underlätta eller försvåra att arbeta integrativt med olika kombinationer av teori och metod?

”Ja, jag har arbetat i team på BUP och inom vuxenpsykiatri.”

”Det kan bli problem om det finns oförenligheter i teamet som krockar. Jag skulle exempelvis inte kunna arbeta i ett team där det ingick en scientolog. Vidare kan svårigheter uppstå om man inte respekterar varandras kunskaper. I varje team är det viktigt att det blir tydliggjort vad var och en har för kompetens och huvudsakliga uppgifter. Vilka frågor man äger. Om detta inte är tydligt blir det svårt. Vi har alla vår gräns rent kroppsligt som vi inte vill att andra skall träda över och vi har en motsvarande gräns i jobbet också. Det är en förutsättning att den kunskap man representerar är accepterad och att den är erkänd av samarbetspartners. I teamet behöver man erkänna och acceptera var och ens kunskapsolikhet men även att man också delvis kan ersätta varandra. Det betyder att man inte är låst i sin yrkesutövning och att det trots all respekt måste finnas högt i tak när det gäller att framföra åsikter och idéer. Annars tappar teamet i kompetens.”

E. Kan Du beskriva hur ditt sätt att arbeta som terapeut utvecklats/förändrats under Din tid som kliniskt verksam terapeut?

”I början tycker jag nog att jag var ganska spontan. När mer och mer regler och teorier kom in allteftersom jag utbildade mig vidare, blev jag mer styrd av det i mitt arbete. Men efter hand så har det klingat av och jag har blivit allt mer orienterad mot den personen som kommer. Med den erfarenhetsfond som jag har så finns de gamla erfarenheterna ”sovandes” och de väcks upp och tas i bruk när det kommer signaler som väcker dem. Teorierna och erfarenheterna får sova i minnet och så vaknar de när rätt trigger kommer.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 1:

”Jag är psykolog sedan 35 år tillbaka. 1978 fick jag legitimation som psykolog och 1986 som psykoterapeut med inriktning på individualterapi. Jag gick utbildningen på GPI Göteborgs Psykoterapi Institut. 1989 blev jag färdig familjeterapeut, har alltså två steg 2 utbildningar. Familjeterapeut utbildningen anordnades inom BUP kliniken här i Göteborg, en del anställda fick möjlighet att gå den. Det var Karl-Gustav Piltz och Kristin Gustavsdottir som höll i den. Vidare är jag utbildad handledare sedan 20 år tillbaka och Rorschachspecialist. Fram till 1994 arbetade jag inom ordinarie verksamhet inom BUP’s öppenvård. 1994-2002 har jag arbetat på BUP’s anorexi- och bulimimottagning för patienter upp till 25 år. Jag har arbetat som lärare på Psykologiska institutionen sedan 1988 och har även en privat verksamhet som terapeut och handledare.”

A. Vilken erfarenhet har Du av att arbeta med ungdomar och deras familjer?

”Som psykolog inom BUP har jag arbetat både med barn och ungdomar och deras föräldrar/familjer. På anorexi- och bulimimottagningen var det mest ungdomar och unga vuxna. 95% var flickor/kvinnor och många bodde hos sina föräldrar. I min privata verksamhet är det mest ungdomar och unga vuxna.”

B. Vilket område arbetar Du med för närvarande?

”Privat verksamhet som terapeut och handledare. Undervisning på Psykologiska institutionen. I min privata verksamhet tar jag ofta in den unges föräldrar för samtal

tillsammans med den unge. Syftet är att få bakgrundsmaterial som fördjupar förståelsen av patienten och att stödja och hjälpa föräldrarna med hur de kan hjälpa sin dotter. Vidare kan det vara spänningar inom familjen som ätstörningen kanaliseras. Ofta informerar jag den unge och föräldrarna om hur ätstörningen fungerar och vad som händer med kroppen och tänkandet. Jag tycker att det är viktigt att ta med personer som står den unge nära, delar av nätverket, pojkvännen, skolsköterskan eller mor- och farföräldrar. Ibland visar det sig att föräldrarna har egna svårigheter och då kan jag remittera dem vidare för en egen kontakt. Jag skiljer dock på dessa familjesamtal och familjeterapi.”

C. Vad menar Du med begreppen individual-respektive familjeterapi? Hur förhåller de sig till de teoribildningar vi diskuterar, system/isk teori och psykodynamisk teori?

”Med familjeterapi menar jag att jag ser på hela familjen dess kommunikation, mönster i interaktionen, generationsgränser inom familjen och mellan föräldrarna och deras ursprungsfamiljer. Allianser, hur relationen i dyaden respektive triaden används. Förväntningar på olika roller i familjen. Vidare att se på hur familjesystemet klarar de förändringar och omorganiseringar som krävs genom livets olika skeden, utvecklingskriser och andra kriser. Vidare om förstags- och andrags förändringar. Familjeterapi handlar om vad som händer mellan familjemedlemmarna och individualterapi handlar om vad som händer mellan patienten och mig som terapeut, att arbeta med överföring och motöverföring. På detta sätt har individualterapi ett annat fokus när det gäller patienten. Det handlar mer om att arbeta med patientens symtom, livsproblem och interpersonella problem. Att se sin del i varför livet blir krångligt och relationer inte fungerar. Det handlar om intrapsykiska konflikter exempelvis om passivitet/aktivitet eller om skam och skuld.”

”När jag arbetar med unga kvinnor med ätstörningar är jag ofta KBT inriktad inledningsvis i kontakten och då är fokus att hjälpa patienten att hantera ätandet och ångesten runt det och börja utforskandet runt självbilden. Att utforska hur man själv agerar och även hur föräldrarna kan stötta och hjälpa till. Det går inte att inleda med en reflekterande individualterapi med en person som väger 30 kg. Det handlar om att fysiskt överleva och om att återta kognitiva funktioner som försvinner av svälten. Jag som terapeut skall inte separera dessa olika delar av deras liv, det kognitiva, det dynamiskt känslomässiga och det som handlar om familj/relationer till andra. Denna typ av uppdelning är en del av svårigheterna. Devisen vi möttes av på ett studiebesök i Kanada där man arbetade med ätstörningar var bra och sammanfattande: ”We do what it takes”. ”

”System/isk teori innebär att jag är uppmärksam på det som jag talade om tidigare kring familjeterapi. Jag uppmärksammar vilka roller man har i systemet, vilka koalitioner finns? Jag går inte in på det intrapsykiska. Ibland kan det bli tydligt att någon i familjen har individuella svårigheter, då kan jag hänvisa den personen till att gå i individualterapi. Det kan finnas begränsningar i familjeterapi på så sätt att små barn kan ha svårt att komma till sin rätt när man endast använder sig av samtal, eller att det finns situationer där föräldrarna inte skall behöva exponera sina liv för barnen, då kan man dela upp sig eller lägga till något utöver familjeterapin, ofta är det för den identifierade patienten som man lägger till en individualterapi parallellt med föräldraterapi.”

”Psykodynamisk teori innebär för mig att arbeta, som jag sa tidigare när jag talade om individualterapi, med överföring och motöverföring. Det handlar om hur patienten uppfattar mig som terapeut, om känslor som finns i rummet. Det som inte sägs. Att fokusera på patientens stil och ordval. Ordval är något som jag blivit mer och mer intresserad av. Använder man exempelvis aktiva eller passiva verb när man beskriver sig själv. Jag är inte

psykoanalytiker men den psykodynamiska teorin har ju sin grund i psykoanalysen. För mig handlar det om att ha tålamod med att vänta in förändringar, att ha is i magen när det gäller att bemöta agerande från patientens sida som kan verka destruktivt för dem själva, att ha en tilltro till att patienten ändå kan lösa det, en tilltro till patientens förmågor och inre styrkor.”

D. Har Du erfarenhet av att arbeta i team? Om ja, på vilket sätt kan arbete i team underlätta eller försvåra att arbeta integrativt med olika kombinationer av teori och metod?

”Ja, jag har erfarenhet av att arbeta i team. Det är viktigt att teammedlemmarna har kunskap om båda teoretiska inriktningarna, system/isk teori och psykodynamisk, för att kunna arbeta integrativt. Det kan förekomma maktkamp om vilket teoretiskt synsätt som skall vara rådande/norm eller maktkamp mellan personer i ett team med olika utbildning som alla vill vara terapeuter även om man inte har den utbildningen, eller att det blir en maktkamp om det är terapi eller andra insatser som är det som behövs som behandlingsinsats.”

E. Kan Du beskriva hur Ditt sätt att arbeta som terapeut utvecklats/förändrats under Din tid som kliniskt verksam terapeut? Reflektioner?

”Min utveckling som terapeut innebär att jag mer och mer fokuserar på att plocka upp det positiva och att undersöka det. Låter det andra ”flyta förbi” mer.

Jag tror att det är Bateson som talar om att de positiva omtolkningarna behövs för att människor skall stå ut med förändringar. Jag använder mig av det även i individualterapi. Jag har mer tålamod och respekt för att det är svårt att förändra sig, samtidigt är jag mer djärv och kan snabbare ta upp teman som jag uppfattar och lita på att det håller. Jag testar med patienten om han/hon kan använda, känna igen sig i det jag säger, alltså jag presenterar det på ett sådant sätt att det inte blir prestige i att det måste vara rätt. Att jag på så sätt ger patienten en del av mitt tänkande och att vi kan testa det tillsammans.

Jag har även blivit mer medveten om makt mellan könen och makt i terapisituationen. Vidare om genus perspektiv och den heterosexuella normen. Kontakten med studenterna på institutionen har bidragit till att öka min medvetenhet kring just den heterosexuella normen. Jag uppfattar att hela psykologin varit sovande länge när det gäller dessa frågor och att det ”normala” varit liktydigt med en medelålders europeisk man.”

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 1:

”Vi, dvs min fru, Kristin Gustavsdottir och jag, har en integrerad modell, som är både psykodynamisk och systemisk. Det gör att vi i vårt arbete inte tänker på om vi använder den ena eller den andra teorin. När vi började arbeta tillsammans hade Kristin en psykoanalytiskt orienterad utbildning och jag hade gått psykologutbildningen här i Göteborg, som hade starka beteendeterapeutiska inslag och som avsåg arbete med individer. Jag for till USA för att vidareutbilda mig vid Temple University inom beteendeterapi. Jag var placerad på Eastern Pennsylvania Psychiatric Institutet, som råkade vara ett centrum för familjeterapi. Där träffade jag Kristin, som där hade sitt ”field placement” från Smith College, som stod för psykoanalytiskt inriktad mastersutbildningar i psychiatric socialwork för socionomer. Kristin tog med mig till en familjeterapiutbildning på sjukhuset, där jag fick sitta bakom envägsspeglarna och följa arbetet med familjer. Denna första kontakt med familjeterapi påverkade mig starkt. Jag deltog sedan i familjeterapiundervisningen på sjukhuset. Kristin, som kom från Island, flyttade senare till Göteborg, där vi började arbeta tillsammans med familjeterapi och grundade *Intitutet för familjeterapi*. Jag arbetade också under en tid med familjeterapi inom psykiatrin vid Lillhagens sjukhus.

Jag är jurist från början och arbetade som biträdande jurist med familjerätt för mindre bemedlade. Ofta var det kvinnor, som ville skilja sig och befann sig i en ekonomiskt svår situation. Sedan kom jag i kontakt med psykoterapier, som var humanistiskt orienterade med bl.a Karen Horney, Carl Rogers och Erich Fromm som viktiga namn. Jag började därefter vid mitten av 1960-talet min psykologutbildning. När jag kom tillbaka från vidareutbildningen i USA, började jag arbeta på Lillhagens sjukhus med familjearbete.

Kristin och jag bestämde oss så småningom för att gemensamt satsa på familjeterapi. Bjarni Arngrimsson, som var verksamhetschef för BUP i Västerås, bjöd in oss att anordna en familjeterapiutbildning för BUP-kliniken där. Det var vårt första utbildningsuppdrag. Vi fortsatte sedan med utbildnings- och handledningsuppdrag i familjeterapi inom den offentliga sektorn. Vi anordnade veckokurser och utbildningar i familjeterapi eller familjearbete för deltagare från hela Sverige. Vi ledde också ett antal handledarutbildningar. Vi arbetade dessutom med individer, grupper, par och familjer.

Vi såg som en viktig uppgift att föra in familjeterapin i den offentliga sektorn. Det var stor efterfrågan på utbildningar på 1980- 90 talen. I vår privata terapeutiska verksamhet har vi främst arbetat med familje- och parterapi, men också med individualterapi. Det är inte ovanligt att någon som gått par- eller familjeterapi vill fortsätta med individualterapi.”

A. Vilken erfarenhet har Du av att arbeta med ungdomar?

”Jag har mött ungdomar och unga vuxna inom psykiatri på Lillhagens sjukhus. Jag var ansvarig för familjeterapiarbetet och jag arbetade på en miljöterapeutisk avdelning. Sedan har jag förstås mött ungdomar inom ramen för vår privata verksamhet med familjeterapi. Vidare har vi handlett familjearbete inom barn- och ungdomsverksamhet.”

B. Vilket område arbetar Du med för närvarande?

”Nu arbetar vi mest med par. Vi fokuserar bl.a. på parets problematiska samspelsmönster och vill hjälpa dem att bryta detta. Ett moment i detta arbete är att hjälpa individen att se hur faktorer och relationer i hans egen historia bidrar till det problematiska mönstret. I vårt arbete sitter vi båda tillsammans med paret, men kan också under en stund dela upp oss så att Kristin talar med kvinnan och jag med mannen. Vi kan då fördjupa olika moment i samtalen. När vi sedan träffas tillsammans återför vi delar av de individuella samtalen till det gemensamma.

Vi kan uppmana individer, som kommit till insikt om något som exempelvis har att göra med relationen till deras egna föräldrar att samtala med dessa. På så sätt växlar vi i arbetet med par från systemet-paret, till individen och till individens bakgrund och hans ursprungsfamilj.

Bakgrunden handlar om relationen till viktiga personer, om de roller de tagit i sina ursprungsfamiljer och hur de frigjort sig från familjen.

Det här arbetet kan kräva en serie parsamtal som innebär att båda förhoppningsvis förstår sin bakgrund, sin aktuella situation och sig själva bättre. Förhoppningsvis kan man se varför man tillsammans hamnar i vissa konflikter och mönster och se sin egen del i detta.

”Related individuation” är ett begrepp, som förmedlar att vi utvecklas genom våra relationer och att vi inte kan ändra vår identitet och självbild på egen hand, utan vi måste göra det i samspel med andra. Det finns alltså ett samspel mellan individens utveckling och utvecklingen av hans relationer.”

C. Vad menar Du med begreppen individual- respektive familjeterapi? Hur förhåller de sig till de teoribildningar vi diskuterar, systemteori och psykodynamisk teori?

”I Philadelphia kom jag första gången i kontakt med systemteorin som familjeterapin hade tagit till sig för att bättre förstå familjen och andra sociala enheter. Teorin som hade växt fram

ur icke-humanistiska områden, kunde ibland bli alltför teknisk i sitt sätt att förstå familjen. Systemtänkandet kunde också bli för begränsat till familjen och inte se samspelet med yttvärlden. En annan begränsning var att individen som person kunde komma i bakgrunden. Därför började man på 1980-talet att inom familjeterapin lyfta fram individen för att bättre förstå hans upplevelser. Nu försköts också intresset inom systemteorin från metaforer hämtade från ett tekniskt cybernetiskt språk till en ”social konstruktivism”, där mening skapas i samtal med vanligt, vardagligt språk. Bl.a. Tom Andersen, Harold Goolishian, Harlene Andersson och Lynn Hoffman bidrog till detta. Detta innebar ett ökat intresse för språket och för själva samtalet.”

”Vi måste vara medvetna om att det framför allt är mäns teorier som har dominerat familjeterapins teoribildning. Både psykodynamisk och systemisk teori tillhör en västerländsk kultur, som vi alla är en del av. Detta innebär bland annat att könsperspektivet varken varit tydligt inom systemisk eller psykodynamisk teori. Det gäller även en rad andra kulturella aspekter, som också saknats i teorin, t.ex. etnicitet, religion, ålder, hälsa, utbildning, klass och inte minst ekonomi. Dessa perspektiv behöver vi också ha med i vårt arbete. När de gäller könsperspektivet blev vi under 1980- och 1990-talen inspirerade av den feministiska familjeterapigruppen *The Womens Project in Family Therapy* i USA med Betty Carter, Peggy Papp, Olga Silverstein m.fl. Ekonomin är en viktig faktor, som i hög grad kan påverka jämställdheten i en relation. Vem tjänar mest? Vilken betydelse får det om en tjänar mera? Det är därför viktigt att ha med köns- och maktperspektiven, när vi möter familjer och par. Samma gäller andra kulturella perspektiv som bör komplettera både systemisk och psykodynamisk teori.”

”Att kunna omfatta flera perspektiv ökar bredden i det terapeutiska arbetet och ökar därmed möjligheten att förstå individen. Varje individ, varje parrelation och varje familj är så komplex och unik att det är riskabelt att utgå från förenklade eller stereotypa teorier. Jag har en del fristående individualterapi. Men även då arbetar jag med relationer till familjen, både den nuvarande och till ursprungsfamiljen. Jag kan ibland uppmana klienten att ta kontakt med närstående och försöka utveckla relationen till dessa. Om individen lyckas med detta så förändras han ofta själv som person. Frigörelser är en livslång process. Oftast träffar jag inte klientens familj, men är öppen för att anhöriga kommer med på samtal. Individuella samtal inom ramen för en parterapi syftar till att hjälpa paret att lösa sina konflikter, men också om personlig utveckling för att klara av utvecklingsuppgifter i olika faser i relationer och i livet. När vi arbetar har vi alltid med både det systemiska och det psykodynamiska perspektivet.”

”I familjeterapi arbetar man inte med överföring på samma sätt som inom psykanalytiskt orienterade terapier. Men detta hindrar inte att jag är medveten om att det ständigt förekommer överföringsreaktioner i arbetet. Vi arbetar för att skapa goda relationer med deltagarna och tar upp konflikter eller svårigheter, som kan uppstå i relationen mellan familjen och oss. Här kan det givetvis förekomma svårare överföringsreaktioner. En vanlig överföring i samtalen kan vara att vi, som äldre terapeuter, får på oss föräldraöverföringar, positiva eller negativa. När vi hör någon tala om sin goda relation till modern och dåliga till fadern kan vi undra över hur detta kan spela in i relation till oss som terapeuter. Om en terapeut arbetar ensam med ett par finns det alltid en majoritet 2 mot 1 när det gäller kön i rummet. Hur kan detta påverka relationen till terapeuten? Det är därför viktigt att inbjuda deltagarna att kommentera relationen till terapeuten eller terapeuterna. Särskilt i avslutningsfasen i terapin får man vara öppen för att det här kan väckas starka

överföringsreaktioner. Det finns en risk att man i systemisk terapi underskattar betydelsen av relationen till terapeuten och därmed överföringarna.”

D. Har Du erfarenhet av att arbeta i team? Om ja, på vilket sätt kan arbete i team underlätta eller försvåra att arbeta integrativt med olika kombinationer av teori och metod?

”Alla i teamet behöver vara med och känna till de olika tankegångar, som man arbetar utifrån, även om man har olika grundutbildning. Det kan bli spänningar och svårt att samarbeta, om man inte har en gemensam utgångspunkt. Man behöver öppet diskutera former för samarbete och de gemensamma utgångspunkterna i arbetet.”

E. Kan Du beskriva hur Ditt sätt att arbeta utvecklats och förändrats under Din tid som kliniskt verksam terapeut?

”Jag började med individuella samtal. Sedan kom familjeperspektivet med i bilden och därmed ett bredare perspektiv i de individuella samtalen. Övergången till par- och familjeterapi krävde också en annan arbetsmodell och en teoretisk fördjupning för att kunna fånga upp vad människor vill förmedla och förändra och sätta in detta i ett större sammanhang. Terapi avser också att öka kunskapen om sig själv och sin omgivning. I det terapeutiska arbetet måste vi givetvis syssla med de problem som parterna kommer med. Men det är också viktigt att fånga styrka och tillgångar hos människor i deras sammanhang. Detta positiva fokus försöker jag alltmer att få med i bilden. Att bekräfta framsteg och belysa det positiva i patienten/klientens berättelser och i hans sätt att uttrycka sig är viktigt. Vissa är blyga eller är ovana att uttrycka sig och behöver tid och ett stöttande lyssnande från terapeutens sida.

En positiv arbetsallians är givetvis grundläggande för arbetet.

Viktigt är också de värderingar som individen har med sig från ursprungsfamiljen. Det kan gälla värderingar om familjeliv, identitet, relationer, samspel mellan familjemedlemmar.

Tregenerationsperspektivet har förändrat mitt sätt att arbeta. Jag försöker dessutom alltmer fånga upp kulturella aspekter i arbetet. Dessa kan gälla ursprungsfamiljen, parternas arbetsmiljöer, media och samhället i stort.

Makt- och könsperspektiv är också mycket viktiga. Om en part i ett par har mer makt än den andra, kan man behöva titta på vilket ”samlevnadskontrakt” paret har. Kontraktet har ofta utvecklats utan att parterna har varit helt medvetna om vad det inneburit och vilka konsekvenser det fått. Kontraktet får därför lyftas fram och öppet omförhandlas. Om vi och paret inte är medvetna om maktskillnaderna på olika områden, kan vi arbeta för förändringar som i själva verket inte innebär någon ändring av maktförhållandena. Alltså ingen verklig förändring av problematiken.”

”Teorierna har ofta varit könsblinda. För män betonas att det är viktigt att kunna separera sig som självständiga personer, vara tydliga, rationella och avgränsa sig. Det kan vara svårare för en man att undersöka och erkänna områden som handlar om beroende, svaghet, skam och att inte ha status. På liknande sätt är det för kvinnor svårare att undersöka vissa områden beroende på hur väl dessa går ihop med bilden av kvinnor och det kvinnliga i vår kultur. Vi och våra teorier är invädda i kulturen och vi är delvis omedvetna om hur denna påverkar oss.”

Frågeområde 2: Vilka teorier utgår Du ifrån i Ditt nuvarande arbete/ vilka tekniker, metoder använder Du Dig av?

Här har jag fört samman svaren på alla delfrågor men lyft ut delfråga E specifikt. Detta dels för att den skiljer ut sig från övriga delfrågor i detta frågeområde, men också för att jag uppfattar terapeuternas syn på denna fråga som viktig och avgörande för hur de arbetar.

A. Vilka skillnader tycker Du att det innebär att arbeta utifrån den ena eller andra teorin?

B. Hur hanterar Du denna skillnad?

C. Har du växlat mellan att arbeta med familjeterapi och individualterapi på något sätt?

D. Använder Du Dig av skillnaderna på något sätt?

E. Hur kommer terapeutisk förändring till stånd?

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 2:

”Cirkulär intervjueteknik, inte så strikt formulerad som den var från början, utan det blir mer ett fritt samtal men med en underliggande struktur där man letar efter mönster och olikheter. Man måste i arbetet utgå från verkliga omständigheter, symtomet måste få finnas där. Annat som påverkat mig är anknytningsteorin samt förståelsen som kommit den senaste tiden för hur stor del traumatisering har i symtombildning, exempelvis olika slag av hysteriska symtom ser man nästan bara hos personer som har varit utsatta för trauma. Av barnen jag har träffat har jag lärt mig att förstå hur kompetenta barn är redan tidigt.

Vidare Kohut och hans sätt att ta itu med det psykoanalytiska begreppet ”oidipuskomplexet”. Hos Freud är det så att komplexet skapar neurotiska problem men att komplexet ändå finns universellt hos alla människor. Kohut menar att man inte både kan ha kvar kakan och äta den. Om alla människor omfattas av oidipuskomplexet måste det vara något annat som gör att vissa människor blir neurotiska och andra inte. Kohut menar att det handlar om svårigheter i anknytningen, om föräldrar som brister i sitt föräldraskap på något sätt.”

”Jag ser inte så särskilt stor skillnad på dessa teorier/arbetsätt annat än om det är fokus på individ eller familj. Både systemisk och psykodynamisk praxis fokuserar på värdering, epistemologi, tolkning av livserfarenheter. Sedan hoppas man att arbetet med det skall påverka hur människor styr sina liv och människors konkreta beteenden. Beteendeterapeuter däremot utgår från konkreta beteenden, från detaljer och hoppas på spridning uppåt åt motsatt håll. Jag tror att den stora skillnaden är mellan teorier som utgår från reflektion såsom systemisk och psykodynamisk teori och teorier som utgår från konkreta beteenden.”

”Jag har växlat mellan familje- och individualterapi. Min erfarenhet är att det inte är så problematiskt att gå från familj till individ som tvärtom. Familjeterapin leder ofta till individuella kontakter. Men det finns många undantag.

Psykodynamisk och systemisk teori och metod hakar i varandra. Exempelvis den cirkulära intervjun som Karl Tomm beskrivit den. Där är syftet att genom intervjuandet generera information i samtalet men inte att förklara eller tolka för patienten eller att försöka ändra eller modifiera patientens/familjens beteende. Detta sammanfaller väl med Kohuts psykoanalytiska arbetsätt. Han sätter det empatiska lyssnandet främst och han använder sig av klarifikationer. Jag har använt klarifikationer och det ligger enligt min mening nära det cirkulära intervjuandet. När människor har ett problem blir de ofta motsägelsefulla och

luddiga när de talar om det problemfyllda området. Jag behöver inte tolka det, bara hålla mig till att få en klarare uppfattning om förhållandena.”

E. Hur kommer terapeutisk förändring till stånd?

”Jag brukar använda metaforen om en blomma. Att patienten/familjen är som en blomma som man inte känner igen på våren då man ser några knoppar. Plantan växer och blir större och grönare. Plötsligt kommer en knopp som vecklar ut sig. Jag som terapeut kan hjälpa blomman att utvecklas genom att tillhandahålla vatten, ljus, värme och lite skit, men kraften och förmågan till metamorfosen är inneboende hos växten. De egenskaper som människan har till förändring liknar blommans.”

”På en teoretisk nivå, återigen Kohuts formulering om omformande internalisering, ”transmuting internalization.” Hans beskrivning, som jag också kunnat se i kliniskt arbete, är att förändringen sker i kraft av den relation som terapeuten och patienten/klienten har. I klarifikationen finns exempelvis ett frö till att lösa ett problem. Efter ett tag kommer patienten ihåg lösningar som kommit upp i terapin. Nästa steg är internaliseringen och då har personen gjort denna problemlösning till sin egen. Denna internalisering är Kohuts förändringsmodell. En annan modell för förändring som jag har med mig är Piagets begrepp assimilering och ackommodation. Ny kunskap sugts upp och de erfarenheterna assimileras/läggs till den befintliga kunskapsbanken. Men vid en punkt har vi för mycket innehåll i vår världsbild eller självbild, och då sker en ackommodation, alltså att man ändrar strukturen och den övergripande förståelsen av den inre kunskapsbanken. Förändringen kommer således inte plötsligt men man upptäcker den plötsligt. En tredje modell är att man tar fram gamla erfarenheter, ser på dem och tolkar dem på ett annat sätt tillsammans med någon annan, terapeuten.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 2:

”Jag utgår från psykodynamisk teori, inte psykoanalys. För mig ingår objektrelationskolan där. Vidare använder jag mig mycket av system/isk teori i handledning. Inte bara Milanoskolan utan även Halys strategiska arbetssätt med att exempelvis blåsa upp saker, att ge instruktion som innebär att familjen/patienten får göra för mycket av symtomet, att testa familjesystemet. Jag använder mig av Minuchins teorier kring generationsordning, hur ser de vuxnas makt ut i familjen, är det farmor som styr? Tregenerations perspektivet är mycket användbart när det gäller arbete med ätstörningar. Vad är det med detta med att frigöra sig? Mamma behöver frigöra sig från mormor innan dottern kan frigöra sig från mamma. Insiktsbegreppet från det psykodynamiska perspektivet har jag med mig i mitt arbete. Att det händer genomgripande saker när patienten blir medveten i sig själv om olika aspekter av sig själv och sin historia. Exempelvis insikt om att det man är rädd för nu inte har med det nuvarande att göra utan med något som hänt tidigare i livet och då går det att hitta andra sätt att hantera detta med idag. Att bli medveten om vad som triggar igång mig. Att jag arbetat så mycket med barn gör att jag har lätt för att se barnet i den vuxne och då kan det gå fortare att komma till grundkonflikterna.

När det gäller familjer som står inför förändringar och där det finns en rädsla för att familjen skall splittras eller bryta samman, att då samtala med dem om vad detta sammanbrott innebär, hur de märker av det, vad gör att en familj kan hålla ihop? Jag skiljer på första och andra grads förändringar. Jag plockar metoder från olika håll.”

”Metodiken är olika inom systemteori och psykodynamiskteori. Jag tycker att det är lugnare att arbeta med individualterapi, det är en behaglig och stillsam process. I familjeterapi händer

det mycket på flera olika håll. Det är tröttsamt att vara ensam och arbeta med familjer. Det är lättare att vara två, både för att hålla ordning på allt som händer i rummet men också för att underlätta analysen efteråt av vad som hände. Det är en högre aktivitetsnivå i familjeterapi och mer praktiska, drastiska interventioner. Man blir som terapeut mer tydlig som person i familjeterapi, man styr mer, kanske stoppar någon, ser till att alla får komma till tals, man kanske reser sig och familjen upp och flyttar om. På BUP skrev vi familjeutlåtanden till familjen och det innebär ju också att familjen får mer av terapeuten, av terapeutens tänkande och formuleringskonst.”

”Regelrätt familjeterapi kan innebära att någon i familjen också får individualterapi hos en annan terapeut i samma team. Så har det varit när jag arbetat på BUP. Jag har haft rollen av familjeterapeut eller individualterapeut men i olika familjer. Sedan möts familjeterapeuten och individualterapeuten i teamdiskussioner och kan på så sätt stödja varandras arbete med att förstå. Någon gång kan individualterapeuten vara med på en familjeterapisittning för att exempelvis be om något eller hjälpa till att framföra en önskan. Även att ha gemensamma möten där alla är med när ett barn eller ungdom går i individualterapi och föräldrarna går i en parallell förädrabehandling. Jag har inte så mycket växlat mellan att ha en familj i terapi och även ha en i familjen i individualterapi. Nu är det mer åt det hållet i min privata verksamhet när jag arbetar med unga kvinnor med ätstörning, männen är få, då tar jag in familjen för samtal men det är mer att ta in familjen som konsulter, inte att bedriva familjeterapi.”

”Att få och ge tillbaka information är ett sätt att använda skillnaderna mellan teorierna/metoderna. Att exempelvis se om någon blir annorlunda i sitt sätt att vara när familjen är med. I familjeterapi ser man saker hända mellan familjemedlemmarna, i individualterapi är det verbala återberättelser samt vad som händer i relationen mellan terapeuten och patienten. Finns det skillnader här kan det tas upp med patienten och det blir ett material i terapin. Att terapeut och patienten får syn på andra sidor hos patienten.”

E. Hur kommer terapeutisk förändring till stånd?

”Insikten är en del av förändring, en tjugig del. I individualterapi kommer förändring genom enträget arbete, att patienten får prova att stå ut med att se sig själv på ett nytt och förändrat sätt. Patienten har en definition av sig själv och terapeuten ifrågasätter den definitionen och omformulerar den. Interventionerna är utifrån kommande och påverkar patientens syn på sig själv.

I familjeterapi kommer förändring till stånd genom att balansen i familjen ändras. Ett gammalt sätt att fungera fungerar inte längre, blir orimligt. Den enskilde får, tillsammans med de andra i familjen och med terapeuten, hitta en ny balans. När det gäller förändring i familjesammanhang handlar det om att den enskilda personen upptäcker att jag måste förändra mig och att detta påverkar hela familjen och ändrar hur hela familjen fungerar.”

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 2:

”Jag/vi utgår både från systemisk- och psykodynamisk teori. Vi arbetar utifrån ett arbetssätt som innebär att vi är två samtalsledare i par- och familjesamtal och att vi dessutom kan dela upp oss så att Kristin talar med kvinnan och jag med mannen under ett individuellt samtal som berörts ovan. Detta innebär en ansvarsfördelning så att Kristin är ansvarig för att kvinnans berättelse kommer fram och jag för mannens. Vi kan också göra en uppdelning i en familj, så att en talar med föräldrarna och en med barnen. När vi samtalar individuellt med någon har vi möjlighet att fördjupa teman och att ta upp aspekter, som den/de andra kanske skulle reagera på och därmed göra det svårare för parten att utveckla en utförlig och fördjupad berättelse.

Vidare arbetar vi med att kartlägga problemen och att förstå dessa i ett större sammanhang. Vi söker efter både problem och svagheter, men också efter styrka och framsteg. Vi kan väcka nya frågor utan att familjen/paret/klienten behöver ha svar. I nya faser finns en ofta en förvirring och inga färdiga svar. Formulering av nya frågor kan starta funderingar hos parterna. Samtalen kan handla om att hjälpa individen/paret/familjen att förhandla och fatta ett beslut. Förhandling och omförhandling är ett vanligt fokus i samtalen.”

”Johan Cullberg har skrivit om individens kris. I verkligheten kan båda i ett par vara i kris samtidigt, även om de befinner sig i olika skeden i krisen. Här påverkas de av varandra och av hur den andre reagerar på att man själv befinner sig i en kris. Det finns därför ett samspel mellan krisreaktioner. Eftersom vi arbetar utifrån båda perspektiven, finns dessa hela tiden med i vårt tänkande, även om vi i stunden fokuserar på den ena eller det andra. Det vore ett misstag av mig om jag inte hade med mig båda perspektiven. Det är svårt att ange skillnaderna som syftas på i frågan. Man kan säga att de båda perspektiven kompletterar varandra så att helheten stärks.

Genom att integrera teorierna kan man hantera skillnaden mellan dem. Det kan innebära att när jag intervjuar utifrån den ena teorin, så ser jag hur det som kommit fram kan förstås utifrån den andra teorin och tar kanske upp detta i samtalet. Man kan säga att teorierna fungerar som växlande förgrund och bakgrund. Vi växlar också kontinuerligt frågor från de båda perspektiven. På så sätt hoppas vi att individerna får bredare perspektiv på sina problem. Här finns i samtalen en växlande rörelse mellan, teorier, fokus, frågor och tolkningar.”

”Vi växlar ofta mellan parsamtal och individuella samtal med mannen respektive kvinnan under en del av en session. Vi kan också växla mellan helt separata individuella samtal med var och en av parterna och gemensamma samtal. Detta är givetvis inte fråga om klassisk individualterapi, då meningen är att föra information från de individuella samtalen till de gemensamma. Vi har också en lojalitet till parrelationen.

När det gäller familjeterapi kan vi ha samma modell med gemensamma familjesamtal och växling till separata samtal, där en av oss t.ex. träffar föräldrarna och den andre barnen. Sedan har vi båda klassiska individualterapi för personer som söker sådana. Här har vi med oss alternativet att uppmuntra individen att ta med någon eller flera anhöriga till enstaka samtal.”

E. Hur kommer terapeutisk förändring till stånd?

”Detta är en mycket stor fråga och skulle kräva mycket tid och plats för ett utförligt svar. För det första är mötet med terapeuten och relationen till honom avgörande för förändring. Det är viktigt att som terapeut ha en stöttande och bekräftande hållning. Detta bemötande kan i sig bidra till förändring.

När det gäller förändring tänker jag också på nya berättelser, insikt, förståelse, kunskap och handling. Insikten som personen kommer fram till skall föras över till handling i viktiga relationer. Att handla annorlunda, ta kontakter, ställa nya frågor, inleda nya samtal. Ofta uppkommer viktig förändring genom att någon provar att göra något annorlunda, handlar på ett nytt sätt.

En annan viktig faktor är givetvis utvecklingen och formuleringen av berättelser och samtal kring dessa berättelser. Samtalen skall hjälpa individen att komma med fördjupade och bredare berättelser och med nya berättelser, som kan leda till förändring på olika sätt. Berättelserna kan leda individen till insikt och kunskap om sig själv, om den andre, om relationen, om sin historia och om den situation, den omgivning och den kultur som paret lever i.”

”All förändring är ”relationell” dvs uppträder inom ramen för relationer och samspel. I all förändring kommer alltså frågan upp hur förändringen påverkar de relationer man lever i och hur den andre handskas med förändringen. En individs förändring kan ofta skapa motstånd hos den andre, för att den i sin tur kräver viss förändring hos denna. Det gäller för paret att hitta nya berättelser och inte fastna i gamla låsta berättelser och i maktlöshet.

I en parrelation och i en familj sker hela tiden vissa förändringar. Individer förändras, går igenom livsfaser och utvecklingsfaser. De är med om olika situationer i livet. Livet självt innebär förändring och det gäller att förstå dessa förändringar. En viktig del av samtalen är att fånga dessa faser och förändringar, för att de skall bidra till utveckling både av individen och av relationerna.”

”Det är naturligt att vi i samtal först fokuserar på de svårigheter och de problem som parterna kommer med. I kartläggning av dessa svårigheter skall vi hela tiden vara uppmärksamma på viktiga förändringar, på framsteg, insikter, styrka, kompetens, på försök att lösa svårigheter och på faktorer som gjort att man klarat av svårigheter. Denna kartläggning kan leda till förändring.

Det viktigt att vi frågar efter förändringar och uppmuntrar klienterna att berätta om dessa i terapin; hur du kom på det, vad gjorde du, hur det kändes, hur reagerade din partner och hur upplevde ni båda det hela. Detta fokus på förändring innebär, att vi som terapeuter hela tiden skall vara vakna för förändringar i handling, i berättelser, i förståelse och insikter som klienterna visar i ord eller i handling. Förändring kräver ofta personlig utveckling, varför det är ett mål med samtalen att bidra till utveckling. Individens utveckling ökar möjligheterna till att par- och familjerelationer också utvecklas.”

Inom frågeområdena 3-8, har jag fört samman varje terapeuts svar på respektive område. Jag har alltså inte skiljt ut svaren på varje delfråga. Orsaken är att det ibland är få delfrågor och att svaren på de olika delfrågorna i varje frågeområde i viss utsträckning går i varandra.

Frågeområde 3: Hur kommer Du alternativt Du och den unge/familjen, fram till om Ni kan arbeta tillsammans och på vilket sätt i sådana fall?

A. Hur ser Du på bedömning, utredning och diagnostik ?

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 3:

”Genom diskussion, ibland kanske genom att prova något och se om det fungerar att arbeta ihop på det sättet. Det första är förstås att man behöver ha en kontakt, att man gillar varandra på ett eller annan sätt men inte för personligt eller intensivt för då stör det. Det andra är att det finns en diagnosticeringsprocess som handlar om det är någon/några som jag anser man kan arbeta med på detta sätt. Sedan kommer en fråga om hur det ligger till med utagerande, det behöver tas upp för att om en tendens till utagerande finns så kan det stoppa upp processen. Aktivt missbruk stoppar också upp eller omöjliggör den terapeutiska processen. Sedan finns det problem som inte kan lösas med samtalsbehandling, exempelvis kroppsliga sjukdomar och skador. Men terapi kan göra nytta på så sätt att det kan underlätta att hitta sätt att leva med/hantera svårigheter, skador eller sjukdomar.”

”Jag ser det som att det finns multipla orsakssamband som ömsesidigt påverkar varandra. Man kan inte leta efter ett enkelt orsakssamband som man kan reda ut och då patienten kommer till insikt om det så är det klart. Sammanfattningsvis menar jag att man genom att sitta ned och prata om viktiga saker med patienten/familjen rakt av kan få en bra idé om vad man skall göra tillsammans och vad som kan fungera och inte.”

”Utredning och bedömning behövs många gånger. I diagnostik behövs en tydlig anamnes. Jag brukar säga att jag vill höra din livshistoria för då lär jag känna dig bättre. I den historia man får kan man få upplysningar om att man inte skall gå längre men att det kan behövas en utredning angående funktionshinder och begåvning. Eller så visar historien att det är fruktbart att gå vidare. Det kan också vara så att det i en samtalskontakt som man haft ett tag kommer upp ett behov av att göra en utredning. Det är önskvärt att ha utredningen inledningsvis men det är inte säkert att man har informationen då som föranleder en utredning. Frågorna finns inte där inledningsvis varken hos patient/familj eller hos terapeut. Man väljer att göra utredning eller ej och vilken typ av utredning, utifrån de frågor som patienten/familjen har och den information som man har tillgång till.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 3:

”Man gör alltid först en bedömning. Är detta mitt/vårt område, stämmer den unges/familjens önskan med det vi kan? Kan vi tillgodose det som de önskar?

När det gäller familjer tar jag reda på familjens historia, eventuella trauman och familjens lösningsresurser. Detta utgör grunden för en familjediagnostik. Sedan gör jag upp en plan med

familjen över hur vi skall arbeta och efter vilket antal gånger vi skall utvärdera arbetet.

Familjeterapin har uttalade ämnen som man arbetar med.

När det gäller terapi med en individ handlar det om att den personen berättar sin historia, eventuellt gör jag rorschachtest och/eller andra tester. Det kan vara aktuellt med en depressionsbedömning, kanske något skattningsformulär kring olika symtom. När det gäller ätstörningar brukar jag be personen berätta historien om sig själv först och först nästa gång berätta om ätandet/ätstörningen. När det gäller barn tar jag uppgifter om barnets historia och utveckling genom samtal med föräldrarna.”

”Vad diagnostiken beträffar gör jag en dynamisk diagnos grundad på intervjuer och på Rorschach testning samt eventuellt en DSM diagnos. Detta när det gäller individer som söker för ätstörning. När det gäller familjer så är min syn den att familjens diagnos berättar vilket problem de har och vilken förändring de skulle vilja uppnå.

Jag ser utredning som en självklar del om man skall satsa på en terapi av något slag. Man måste vara överens om uppdraget.”

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 3:

”Vad är de motiverade till? Vad är det för frågor som de kommer med? Vad är det för hjälp de söker? Vad hoppas de få ut av samtalet? Vi vill undersöka vad de tror att problemen hänger ihop med. Den lösning man söker hänger ofta ihop med vad man tror är orsaken till problemet. Om man kan se nya sammanhang söker man ofta andra lösningar på problemen. Vi har en diskussion med alla inblandade och kan komma med förslag. Vi vill ha ett samtal kring svårigheterna och höra hur alla ser på dessa. Vi brukar ha ett par samtal där alla är med, paret eller familjen. Sedan kanske också samtal med någon/några individuellt för att förstå mer och sedan ge förslag på hur vi kan arbeta vidare när alla är med. Vi är som sagt angelägna att höra vad var och en hoppas få ut av samtalen, för det säger en hel del om hur de ser på problemet. Vi uppmuntrar dem också att ställa frågor om oss och vårt sätt att arbeta.”

”Vi använder själva inte ordet utredning, då det mera hör till en administrativ tradition. Vi talar om utforskande samtal, där vi gemensamt utforskar problem, sammanhang och lösningar. Vi vill förstå dynamiken, eventuella orsaker och konsekvenser kring ett problem

och då bedöma om samtal kan räcka. Ibland rekommenderar vi att någon får en parallell psykiatrisk kontakt. Ibland går någon i paret eller familjen i annan terapi. Vi är vanligen positiva till detta och har inga krav på att de gör uppehåll där.

Det är viktigt att inte fastna i diagnostiska begrepp, så att dessa blir stereotyper och kategoriseringar som låser människor. Men det är klart att om någon t.ex. är allvarligt deprimerad är det också viktigt med psykiatrisk hjälp. Många psykiatriker remitterar patienter till oss och vi hänvisar till dem för bedömning. De kan hänvisa patienter till oss för parsamtal. Ibland kan det bli parterapi i stället för piller. Diagnoser kan vara till en stor hjälp vid rätt tillfälle, t.ex. vid bipolära tillstånd. Men diagnoser kan också få en destruktiv funktion genom att de hindrar personen från att bli lyssnad till i familjen. Fokus kan stanna på diagnos och symtom och inte på personen som helhet.”

Frågeområde 4: Hur ser Du på relationen mellan terapeut och klient/patient?

A. Är terapeuten en expert? På vad?

B. Är patienten/klienten/familjen expert? På vad?

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 4:

”Det behövs en arbetsrelation och det underlättar om man har ett gemensamt språk. Ibland kommer det tidigt och ibland behöver man leta efter det och skapa ett gemensamt språk. Terapeuten är expert på att vara terapeut. Patienten är expert på att vara patient. Sedan finns det frågor där det kan växla, att man inte kan vara en distanserad expert som terapeut. Men som terapeut måste man kunna bejaka att man har specialkunskaper på vissa områden men dessa kunskaper är bara användbara i relationer och bara relevanta i relationer. Man sviker patienten lika mycket genom att låtsas att man inte är expert som genom att inta en objektifierande expertroll.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 4:

”Relationen mellan patienten och terapeut är ju inte symmetrisk. Terapeuten har mer kunskap om patienten än vad patienten har om terapeuten, vidare skall patientens behov tillfredställas och inte terapeutens. Terapeuten är expert på psykiskt lidande, psykologiska metoder, och psykologiska reaktioner. Vidare är terapeuten expert på vad som kan hjälpa och har kunskap om att vissa saker hänger ihop. Terapeuten är expert på de regler som skall styra relationen mellan patient och terapeut, de ramar och regler som styr situationen. Patienten är expert på hur det är att vara honom eller henne. Terapeuten ställer sin expertis i patientens tjänst. Enligt tidigare skolbildningar var terapeuten expert på patienten. Man fokuserade på att terapeuten kan se saker som inte patienten är medveten om. Nu ser /uppfattar jag det mer som att terapeuten är en professionell medresenär, som inte sitter inte inne med alla svaren. Som terapeut använder jag det jag ser/uppfattar hos patienten snabbare, men tar upp det så att det inte blir prestige i att jag skall ha rätt. Samtidigt måste man vara medveten om att det är svårare att värja sig för det jag säger än om te x grannen hade uttalat sig om samma sak.”

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 4:

”När det gäller relationen mellan terapeut och klient är det viktigt att bygga upp en tillitsfull, positiv och stöttande relation. Att se klienten och dennes situation och att förmedla förståelse och deltagande och att se och bekräfta framsteg. Att ha en empatisk inställning.

Jag är inte så förtjust i att kalla mig expert. Det finns en risk att när människor närmar sig ”experter”, så placerar de sig i en underordnad position, där de lätt kan ge upp egna åsikter och uppfattningar och avstå från dialog. Om vi nu definierar en expert, som en som har kunskaper och färdigheter inom ett område, så är vi som terapeuter i denna mening experter. Vi är experter på att skapa en situation, där de sökande kan komma till tals och ha ett bra samtal med oss och sina närstående. Vi är också experter i den meningen att vi har kunskap och erfarenhet av hur mänskliga svårigheter kan hänga ihop med olika faktorer och hur man kan handskas med dessa. Vi kan skilja mellan hierarkiska experter och demokratiska och vi vill givetvis vara demokratiska sådana. Det betyder att vi som terapeuter får vara vaksamma så att vi inte kommer in som experter på klienten och hans liv på ett sätt som försvårar för honom att ta fram och värdera egna erfarenheter, kunskaper, idéer och upplevelser. Det viktiga är alltså samspelet mellan terapeutens och klientens kunskap som skall komma fram i det goda samtalet.

Vi kan sedan givetvis ha speciell kunskap från vissa områden som vi arbetat med t.ex från psykiatri eller missbruk. Patienten /familjen är experter på sina liv, sin bakgrund, sin erfarenheter och på vad det är de vill uppnå, även om det kan ingå i samtalen att undersöka olika målsättningar i relationer och i livet.

Vi kan inte säga hur människor upplever sin situation och hur de skall leva sina liv.

Människor vet dessutom oändligt mycket om sina liv som vi inte vet och får reda på.

Deras erfarenheter skall som sagt samspeja med vår kunskap på ett sätt som kan leda till nya tolkningar, lösningar och till personlig utveckling.”

Frågeområde 5: Möjligheter med att kombinera systemteori och psykodynamisk teori, arbete med individ och familj?

A. På vilket sätt är det fördelaktigt att kombinera systemteori och psykodynamisk teori? Vilka är vinsterna? Vad är viktigt att tänka på för att dra nytta av dessa vinster?

B. Hur kan detta ta sig uttryck i kliniskt arbete? Behandlingsupplägg? Hur gör Du?

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 5:

”De tidiga systemteoretikerna förkastade allt annat. Men de systemiska, exv Milanoteamet och även Stierlin hade en annan hållning. Jag anser att den systemiska infallsvinkeln är väldigt lik den psykodynamiska, psykoanalytiska. På Institute of Family Therapy i London talade man om psykodynamisk- och systemisk analys och att man i båda fallen utgår från den aktuella frågan och kopplar den till världsåskådning, filosofi och känslor och så hoppas man att de landvinningar man gör där skall vara överförbara till hur patienten /familjen lever sitt liv, ända ned till enstaka beteenden.

Dessa områden, det psykodynamiska och det systemiska, gödslar varandra. Det ger en mer breddad insikt och alstrar mer idéer. Men praktiskt kan det innebära olika problem att arbeta med en individ både individuellt och i familjen. För det första skall man starta med familjen. Det är lättare att växla från familj till individ och att senare vid behov ha familjesessioner igen. Då känner hela familjen mig som terapeut först som familjeterapeut och den individuella patienten har mött mig först i den rollen. Då är det lättare att gå tillbaka till familjeterapeut rollen än om jag inte först hade haft den rollen.

Det kan också vara så att jag lägger in sessioner med individer i familjen inom ramen för en familjeterapi. Det kan vara lyckat ibland men även förorsaka problem. Man kan hamna i situationer där man blir eller förväntas vara familjens ombud gentemot individen eller tvärtom. Båda varianterna innebär ett grundligt misslyckande.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 5:

”Om man kombinerar arbete med individ och familj får man både information om familjen och en fördjupad förståelse för individen i systemet. Helm Stierlin har skrivit om detta i boken

”Separating parents and adolescents”. Han tar där upp att föräldrar kan ge, delegera olika uppdrag till barnen att utföra/förverkliga som har att göra med förälderns intrapsykiska konflikter. Uppdrag på överjag, jag, eller det nivå. Vissa saker kan vara svåra att förstå om man bara ser dem genom ett familjeraster, exempelvis hur föräldrar kan verka både upprörda och nöjda samtidigt över ungdomens asociala beteende. Andra pionjärer inom familjeterapi har fokuserat på liknande teman som att det finns skulder att reglera mellan generationer. Dessa terapeuter har också en grund i psykoanalysen som de bär med sig in i familjeterapins område.”

”När det gäller hur detta tar sig uttryck i kliniskt arbete här hänvisar jag till tidigare svar.”
(Var god se frågeområde 2).

”En fördel med en kombination av individual- och familjeterapi är också att en ungdom kan behöva komma närmare föräldrarna under en period och uppleva en god och trygg närhet, för att kunna separera så småningom.”

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 5:

”Vinsterna med att kombinera dessa arbetssätt och teorier är många. I ett familjesamtal kan familjen ta för stor hänsyn till varandra och undvika konfliktfyllda ämnen eller istället skapa eller trappa upp konflikter i samtalen. När man samtalar individuellt med en part kan man fördjupa temat som konflikten gäller. Det blir då ofta lättare att i parsamtalet konstruktivt tala om det konfliktfyllda ämnet. Det kan också vara värdefullt att bearbeta det som händer i familjesamtalet i det individuella samtalet. Fördelarna med att kombinera de båda teorierna handlar vidare om att man täcker av en större del av människan, en större helhet. Man kan föra in fler aspekter och sammanhang för att förstå orsaker, samspel och lösningar på problem.”

”Om någon i ett individualsamtal talar om problem i relationen till sin mamma vill jag också veta något om relationen till pappan, syskon och omgivningen. Men också om kulturen och klimatet i ursprungsfamiljen. Vi talar då bl.a. om hur personen har kunnat utvecklas i denna miljö. Vi vill få en bredare förståelse för hans historia och hans aktuella situation för att ge honom möjlighet att handskas med det som är problematiskt. Det är svårt att dra nytta av denna bredd om man bara jobbar med individen. Partnern eller andra anhöriga måste också förstå annars kan individen förändras och familjen motarbetar förändringen. Det är också viktigt för individen att förstå sin omgivning bättre. En breddad medvetenhet är en tillgång i livet. Det är viktigt att använda den kunskap som terapin bidragit till i aktuella relationer. I individualterapi uppmanar jag ibland mina klienter att gå hem och tala med sina föräldrar, syskon eller partner om olika frågor. På så sätt kommer familjen med även i en individualterapi.”

Frågeområde 6: Svårigheter/begränsningar med att kombinera systemteori och psykodynamisk teori, arbete med individ och familj?

A. Finns det situationer där det inte är tillrådligt att kombinera systemteori och psykodynamisk teori?

B. Vilka fallgropar finns det när det gäller att kombinera systemteori och psykodynamisk teori i det terapeutiska arbetet? Kan du ge egna exempel på svårigheter som Du mött på detta område? Hur hanterade Du dem?

C. Finns det kriterier/situationer där Du av erfarenhet väljer att arbeta renodlat systemteoretiskt alternativt renodlat psykodynamiskt?

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 6:

B. Arngrimsson tar upp den offentlighet som finns i familjeterapi, exempelvis vid användning av envägsspegel. Denna offentlighet förekommer inte i psykodynamisk terapi och det kan leda till problem om man inte inledningsvis gör upp om att allt sker öppet och att viktig information förs över och delas. Vidare tar B. Arngrimsson upp terapeutens förhållningssätt som en aspekt av svårigheten med att kombinera paradigmen. I individualterapi på psykodynamisk/psykoanalytisk grund har terapeuten en mer passiv och tillbakadragen roll. I familjeterapi är terapeuten mycket aktiv. Dessa olika förhållningssätt bygger på skillnaden i metod.

” I individualterapi på psykodynamisk grund är det en människa/patienten som bär med sig erfarenheter och inre konflikter. Terapeutens neutralitet är viktig för att försöka levandegöra dessa erfarenheter, konflikter och relationer och sedan ge patienten möjlighet att bearbeta detta i relation till terapeuten. I familjeterapi har man relationerna och konflikterna i rummet och arbetar direkt med dem.”

”Nu för tiden tror jag inte på att arbeta med individualterapi först och sedan övergå till familjeterapi med samma person. För att i individualterapin äger patienten dig helt och håller har hela din lojalitet. Det kan vara traumatiskt för patienten att du som terapeut byter roll. Ju mer störd patienten är desto större risk med att byta. Men sådana principer skall man ju också kunna bryta mot i vissa situationer.”

”Speciellt i privat verksamhet är det klienten som bestämmer vad han eller hon vill ha. Sedan under resans gång kan det hända att man upptäcker saker som gör att det känns nödvändigt att bearbeta det i en annan form. Det kan vara åt båda håll. Att ta in familjen i en individualterapi eller att i familjeterapi erbjuda någon i familjen en individualterapi.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 6:

”När det gäller övergrepp är det svårt att arbeta med offer och förövare i samma rum. Då kan man få avbryta en pågående familjeterapi och göra en anmälan till socialtjänsten istället. När människor vill berätta hemligheter överhuvudtaget. Det är viktigt att tala om vilka regler som gäller för sekretess och vad som bryter den. Vidare är det viktigt att tala om att farliga saker kan vi inte hålla tyst om. Detta är viktigt för att förhindra ett dysfunktionellt agerande.”

U. Bonnedal tar upp att det kan vara så att den unge inte vill att terapeuten träffar familjen eller att familjen inte vill att den unge träffar terapeuten enskilt.

”Unga personer i frigörelsefasen måste ha rätt att ha sitt eget. De kan uppleva det som att föräldrarna kommer in och tar över terapeuten från dem.”

”På så sätt kan det finnas en rivalitet om terapeuten och det kan uppstå en lojalitetskonflikt. Vem är hon/han mest lojal med?”

Det kan också vara så att föräldrarna vill att deras ungdom skall få terapi och att de vill påverka terapeuten och därmed fjärrstyra den unge via terapeuten. U. Bonnedal föreslår då att erbjuda att träffa bara föräldrarna och så småningom föräldrar och ungdom ihop.

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 6:

K-G Piltz svarar nej på delfråga A och C. Han kan dock tänka sig tidsfaktorn som ett hinder eller fallgrop för en kombination av dessa paradigmer.

”Om jag skall utforska flera olika områden och sammanhang behövs tid och har vi bara några få samtal på oss hinner vi inte utforska så mycket som jag skulle vilja. Det kan vara en risk att vi antingen stannar i nuet, t.ex i det problematiska samspelet och inte kommer till individernas upplevelser och bakgrund och inte heller till parets livssammanhang. Eller så stannar vi vid individens upplevelse och ser inte samspelet. Ibland kan klienten/paret/familjen ”suga in oss” i ett perspektiv på bekostnad av andra.”

Jag ställde frågan om det enligt K-G Piltz finns någon svårighet med att kombinera dessa perspektiv när det gäller människosyn och synen på relationen mellan terapeut och klient/patient?

”Om man integrerar dessa perspektiv finns ingen motsättning. Men om man fokuserar för mycket på det ena eller det andra, kan det bli en konflikt. Eller om man är strängt inskolad i den ena teorin, kan det vara svårt att kombinera arbete utifrån både systemisk och psykodynamisk teori. En ytterligare komplikation kan vara att det i samhället finns en tendens att renodla det individuella perspektivet. Det kan öka svårigheterna att också se det relationella perspektivet och se individen i sitt sammanhang.”

Frågeområde 7: Hur ser du på de sekretess- förtroendefrågor som finns när det gäller att kombinera terapi med individ och familj?

Exempelvis det material som framkommer i ett individuellt samtal, kan det användas i ett annat sammanhang med andra familjemedlemmar med?

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 7 :

”När det gäller att växla mellan individual- och familjeterapi finns en regel anser jag, och det är att terapeuten aldrig tar upp något av det som sagts individuellt med familjen, om man inte har överenskommit med patienten om det innan. Tar patienten upp något spontant med familjen kan man förstås tala om det. Däremot blir det ofta mycket diskussion i individualterapi om det som sagts under familjeterapi sessionerna. Man får vara noga med att komma överens om vad man tar upp i vilket sammanhang. Det kan vara så att jag haft individuella samtal med en patient och att vi sedan träffar hela familjen för att underlätta för patienten att uttrycka sina känslor i familjens närvaro. När vi diskuterar att kombinera arbete med familj och individ, systemisk och psykodynamisk, är det viktigt att skapa struktur för informationsflödet. Social struktur består av cirkulerande information enligt Tomm och Maturana.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 7:

”Jag hanterar detta på så sätt när jag arbetar med unga med ätstörning att den unge, föräldrarna och jag definierar anorexin, exempelvis, som fienden. Det är inte föräldrarna som är fienden utan vi alla hjälps åt mot en gemensam fiende. Det handlar inte om att berätta vad den unge sagt utan att tala om hur föräldrarna kan hjälpa. Här växlar jag mellan att ibland träffa ungdomen enskilt och även träffa föräldrarna enskilt, för att i ett annat skede ha mer familjesamtal där alla samtalar gemensamt.”

U. Bonnedal lyfter fram att det är viktigt att från början ha talat om vad som gäller angående sekretess, speciellt vid arbete med någon som har ätstörning eller annat självdestruktivt beteende. Att man är tydlig med att om något allvarligt självdestruktivt händer så måste föräldrarna informeras men att det inte handlar om att berätta ordagrant vad ungdomen sagt utan det känslomässiga innehållet, andemeningen.

Vidare tar U. Bonnedal upp att en konsekvens av att kombinera individual- och familjeterapi är att man som terapeut måste härbärgera mer material och värdera vad som är konstruktivt och viktigt att föra vidare och vad som inte är det.

En annan sekretess fråga som U. Bonnedal tar upp är när föräldrar ringer och vill säga saker inför att deras ungdom skall träffa en som terapeut. U. Bonnedal hanterar detta genom att vara mycket restriktiv med att tala med föräldern i telefon utan föreslår istället en gemensam träff med den unge, föräldrarna och terapeuten och att föräldern då får ta upp det som han/hon vill förmedla.

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 7:

”I klassisk individualterapi är terapeuten lojal med individen och det som sägs i individualterapin är sekretessbelagt. I par- eller familjeterapi med inslag av individuella samtal förs viktig information över från det individuella samtalet till det gemensamma samtalet. Det går inte att ha hemligheter tillsammans med individen, när man jobbar med par. Detta gör vi klart när vi skall tala individuellt med någon av parterna. Vi får då också parternas tillåtelse att berätta relevant information från de individuella samtalen i det gemensamma samtalet. Terapeuten har en lojalitet mot de sökande som par eller familj och då är det viktigt att göra informationen gemensam. Vi diskuterar i de individuella samtalen vad vi skall ta upp från dessa och hur vi skall ta upp det. Grundinställningen är att individen skall kunna dela med sig viktig information och kunskap om sig själv till sin partner och andra anhöriga.”

Frågeområde 8: När Du ser tillbaka på Din utveckling som terapeut, vad är Din upplevda förändring?

A. Vad/Vem/Vilka har inspirerat Dig och påverkat Dig i ditt arbete som terapeut?
Hur/på vilket sätt har detta påverkat Dig?

B. Vad har varit den största inspirationen för Dig den senaste tiden?

C. Hur tror Du att Du kommer att utvecklas vidare i framtiden? Inriktning, fokus, arbetsområde?

D. Hur tror Du att utvecklingen inom terapeutisk verksamhet kommer att bli framöver?
Exempelvis när det gäller utbildning och handledning i terapeutiskt arbete.

Bjarni Arngrimssons svar på frågeområde 8:

B. Arngrimsson beskriver att för honom liksom för många andra som börjar syssla med terapi, fanns en föreställning, mer eller mindre uttalad, att om bara patienterna/familjerna lärde sig förstå att om de bara var mer som honom alltså terapeuten/terapeutens familj, så skulle det vara bättre. Ju mindre grundutbildning man har desto mer av ovan blir det. Detta måste man som terapeut frigöra sig ifrån enligt B. Arngrimsson. Han beskriver att han slungades in i arbetet utan att ha någon terapeutisk utbildning. Men att behovet av terapeutisk utbildning blev mer och mer akut, samt att ha tillgång till teorier och det framstod allt tydligare hur viktig den teoretiska förståelsen är.

”Teorin avslöjade en mer allmän sanning inte bara min egen. Efterhand så lär man sig att teorierna och skolorna avlöser varandra och att jag får ta till mig det som jag känner mig dragen till. Alla terapeuter får nog skapa en egen terapimodell som anpassad till deras färdigheter och egenskaper, sätt att vara och tänka.”

”Min mormors man påverkade mig. Han älskade att vara med barn. Jack Londons bok ”White Fang” ”Varghunden”- berättelsen om vildhunden som var hälften varg och hälften hund och hur hans aggressiva våldsamma potential utvecklades ur utanförskap och oempatiskt bemötande. När han sedan blev räddad till livet och fick möta omsorg, omvårdnad och empati utvecklades andra sidor hos honom och han kom in i gemenskapen bland både människor och andra hundar. Det handlar om hur man kan få en person på randen till galenskap till något helt annat.”

Vidare nämner B. Arngrimsson Kohut, Reich, psykolog Björn Blomdal, norsk kroppsterapeut, psykolog Inga Alwood här i Göteborg samt Dean och Doreen Elefthery som viktiga inspirationskällor. Vidare Kerstin Höök, klinikchef på BUP i Göteborg före B. Arngrimsson och läkaren Gustav Jonsson.

”KBT kommer att fortsätta att vara inflytelserikt. Det tar tid innan man upptäcker att i KBT arbetar man inte med samma saker som i familjeterapi eller psykodynamisk terapi. Det psykodynamiska sättet att arbeta kommer igen, men det är tillgången på pengar som styr. Det som är oerhört viktigt att lära sig är att motsättningen mellan biologi och psykologi är helt onödig. Jag tror att det blir ett stort fält för terapeuter att arbeta psykoterapeutiskt vid olika funktionsstörningar och handikapp, men inte med målsättningen att bota eller ta bort handikapp utan utifrån perspektivet att leva med och hantera handikapp/funktionsstörning.”

Unni Bonnedals svar på frågeområde 8:

”Min terapeut, Ricardo Avenberg, har påverkat mig. Han var Kleinian. Han var tydlig och snabb. Han hade ett mål och arbetade lugnt och tydligt mot målet. Vidare har Montague Ullman påverkat mig. Han var min lärare på GPI och även drömforskare. Jag deltog i drömgrupper som han ledde och han hittade snabbt kärnkonflikten och den röda tråden i drömmarna. Vidare Birgitta Steg som var min handledare i min utbildning till barnterapeut. Hon var skicklig på det intuitiva och på att plocka upp känslor i rummet. Olle Sundh som var min rorschachlärare när det gäller att kombinera teori och fallbeskrivningar, att tillämpa teoretiska kunskaper i den praktiska verksamheten. K-G Piltz och Kristin Gustavsdottir när det gäller deras sätt att arbeta familjeterapeutiskt, framför allt deras attityd och inställning, att vara så öppna för förändring.

Den narrativa skolan är intressant.

Psykolog Eva Magnusson har inspirerat mig i sin strävan att få ihop genus och psykologi.”

”Jag har börjat använda interpersonal therapy, en ”light form” av dynamisk psykoterapi. Det är en korttidsterapi, 12 gånger, där man arbetar med individen men fokuserar på relationer och relationella teman. Vidare kommer jag att fortsätta att arbeta som handledare och fortsätta att arbeta med kvinnor med ätstörningar. Jag kommer inte att släppa teman som klass, genus och hetero/homosexualitet och att försöka ha maktglasögonen på mig där.”

”Korttidsvarianter kommer. Psykologin måste anpassa sig till att vi anser att vi inte har tid. Jag tror det kommer en reaktion på KBT, exempelvis Mindfulness som är ett sätt att ta in det psykodynamiska bakvägen in i det kognitivt grundade arbetet. Att endast arbeta kognitivt räcker inte. Intresset för det psykosomatiska är nog här för att stanna, samt att maktfrågor uppmärksammas mer och mer.”

Karl-Gustav Piltzs svar på frågeområde 8:

”Vi har under åren inspirerats av en rad olika skolor och författare exempelvis Virginia Satir, Martin Kirchenbaum, Jay Haley och Salvador Minuchin, Ivan Bosnormeny-Nagy och Helm Stierling.”

K-G Piltz tar upp teman om känslor, makt och kön samt Michael White och det narrativa perspektivet som källor till inspiration den senaste tiden.

”Jag tilltalas bl.a. av att han (Michael White, min anmärkning) tar upp olika kulturella perspektiv. Dessa perspektiv har för övrigt den norska familjeterapeuten Wencke Seltzer sedan länge kämpat för att få med i familjeterapin. Att ta till sig ny kunskap är ju ett sätt att integrera tidigare kunskap med ny och därmed fördjupa sin kunskap.”

”Under året i USA såg jag familjeterapeuten Bosnormeny-Nagy arbeta med kvinnlig co-terapeut. Detta var inspirerande. Det är en speciell form att arbeta i co-terapi och det tar tid att arbeta ihop sig. Där tror jag att Kristin och jag är rätt unika med vår långa gemensamma erfarenhet av co-terapi.”

Andra tidiga inspirationskällor som K-G Piltz nämner är Murray Bowen och feministerna Betty Carter, Peggy Papp, Olga Silverstein på 1980 och 1990-talen. De lyfte fram bristen på könsperspektiv i familjeterapin enligt K-G Piltz. Andra terapeuter som han nämner som viktiga och som vidareutvecklat systemteorin och familjeterapins praxis är Tom Andersen, Harry Goolishian, Harlene Andersen och Lynn Hoffman. Inom den psykodynamiska teorin lyfter K-G Piltz fram objektrelationsteorin och anknytningsteorin som intressanta och viktiga.

K-G Piltz beskriver att språkkonstruktivism och narrativ teori påverkat honom i arbetet som terapeut.

”Jag har också haft fokus på språket. Vårt språk bestämmer i hög grad den verklighet som vi skapar när vi talar och tänker. Jag har också varit intresserad av att förstå hur det omgivande samhället påverkar individen, paret och familjen. Det finns tendenser att individualisera fenomen och se individen som en isolerad enhet. Till detta bidrar t.ex. ständiga beskrivningar i media hur individen skall se ut, uppföra sig och vara för att bli godkänd. Detta bidrar till dålig självkänsla hos många och till olika problem t.ex. anorexi. Ett annat problem kan vara ökad diagnostiseringen i vid mening av individer och problem som leder till en kategorisering av individen på ett sätt som begränsar och låser honom.”

”Hur påverkas man av sin livssituation? Ja för mig är ålder givetvis ett aktuellt tema. Jag kommer att trappa ned en del, men ändå fortsätta att arbeta. Jag skulle också vilja skriva och reflektera över mina erfarenheter. Kanske sätta ord på de perspektiv, som jag nämnt att jag tycker saknas.

I den livsfas som jag befinner mig blir övergripande frågor om de meningsfulla sidorna i livet aktuella. Hos personer som befinner sig i det hektiska livet med arbete och små barn kan dessa komma i bakgrunden. Det kan då bli naturligt för mig att i samtalen reflektera tillsammans med par/familjer över dessa existentiella frågor.

När det i samhället finns en målsättning att hitta snabbare och effektivare behandling finns risk att man förenklar situationen och missar dessa frågor. Ett tidens tecken är att vi i vårt arbete ständigt måste vara uppmärksamma på om de som söker oss lider av utmattning. Vi har arbetat en hel del med stress och utmattning. Där aktualiseras frågor om vad som är viktigt i livet och om vad som skall prioriteras. Här blir det aktuellt att undersöka parets medvetna eller omedvetna kontrakt angående balans mellan arbete och familjeliv.”

”Mitt intryck är att det inom den offentliga sektorn blir mindre tid och pengar för handledning, kurser och utbildningar i terapi. Det terapeutiska arbetet begränsas med krav på kortare men flera kontakter. Vidare finns en risk för en allmän individualisering av klienternas problematik, vilket ger mindre intresse för par- och familjesamtal. Psykoterapin borde ingå som en självklar del i arbetet på olika institutioner inom den offentliga sektorn. Det finns också en tendens att personalen blir alltmer specialiserad, dvs. att man främst arbetar med vissa speciella diagnoser. Den som inte har någon sådan riskerar att inte få lika god behandling. Den enskilde måste själv dessutom orientera sig bland olika specialister, som inte är så bekanta med varandras fackområden. Det är en risk att detta leder till en brist på helhetssyn.”

Sammanfattning av intervjuerna

Gemensamt för de tre psykoterapeuterna är att de har en bred utbildning och erfarenhet av terapeutiskt arbete. Vidare även synen på hur terapeutisk förändring kommer till stånd, att det handlar om relationen/samspelet mellan klient/familj och terapeut samt mellan familjemedlemmarna.

De svårigheter som alla tre terapeuterna lyfter fram när det gäller kombinationer av familje- och individualterapi handlar om terapeutens lojalitet och sekretessfrågan. Alla psykoterapeuterna svarar också att det går att lösa dessa svårigheter genom en tydlig struktur för samtalen och för hur information förs vidare, detta styrs av syftet med kontakten. Jag ser två varianter som alla tre psykoterapeuterna talar om fast på lite olika sätt. Den ena varianten handlar om att utgå från familjen/paret och att inom ramen för familjeterapi eller parterapi ha individuella samtal i syfte att bidra till det syfte som formulerats för familje- eller parterapi. Den andra varianten handlar om att inom ramen för en individualterapi bjuda in familjen eller delar av den för att underlätta och bidra till det syfte och mål som är formulerat för individualterapi. Två av de intervjuade psykoterapeuterna skiljer ut familjesamtal inom ramen för en individkontakt från familjeterapi.

Jag uppfattar att de intervjuade terapeuterna förmedlar att det underlättar att ha en co-terapeut eller att arbeta i ett team, när det gäller att kombinera familjeterapi och individualterapi på olika sätt. Två av tre förmedlar tydligt att man får vara uppmärksam på att räkna till för alla i familjen och att det kan vara svårt att göra det ibland som ensam terapeut. Frågan i familjen kan bli vem terapeuten är mest lojal med? När det gäller att arbeta i team lyfter alla psykoterapeuterna fram vikten av att ha en gemensam kunskap att utgå ifrån samt att det finns utrymme både för likhet och för olikhet i teamet.

Vidare har terapeuterna det gemensamt att de alla tre menar att de gör någon form av bedömning och ställningstagande tillsammans med klienten/familjen om vad det är man skall arbeta med och om det är något som terapeuten kan hjälpa till med eller om man behöver få hjälp någon annanstans.

Psykoterapeuterna skiljer sig åt när det gäller hur de kliniskt realiserar olika kombinationer av paradigmen. Man anpassar efter familjen/klienten och de olika behov som kan finnas även över tid. Ingen av de tre psykoterapeuterna är psykoanalytiker utan de utgår från objektrelationsskolan och senare skolbildningar inom det psykodynamiska paradigmet. När det gäller det systemteoretiska paradigmet så varierar det mer vilka inriktningar psykoterapeuterna använder sig av.

Alla psykoterapeuterna svarar att klienten/familjen är expert på sig själv/a och sina liv och att terapeuten är expert på det allmänmänskliga, på psykologiskt fungerande och relationer, samt att det behövs ett samarbete mellan dessa experter.

Sammanfattningsvis förmedlar de tre psykoterapeuterna att det finns vinster med att kombinera det psykodynamiska och det systemiska paradigmet. Vinsterna handlar om att få ett helhetsperspektiv och att kunna vara flexibel utifrån klientens/familjens olika behov.

Diskussion

Uppsatsen ger olika bilder av hur kombinationer av de psykodynamiska och systemteoretiska paradigmen kan se ut. Jag har valt att intervjua terapeuter som jag vet har kännedom om och arbetar utifrån båda paradigmen. Detta för att kunna få olika exempel på sätt att kombinera paradigmen och även möjlighet att höra vad de ser som svårigheter eller utmaningar. Det ideala hade varit att också intervjua ungdomar och deras familjer för att få en mer hel och fördjupad bild av terapiprocessen. Det har dock inte funnits utrymme för det inom ramen för denna uppsats.

Det som blir tydligt i både intervjuerna, i de forskningsartiklar samt den litteratur jag tagit del av, är att denna integration/kombination kan ske på så många sätt. Vidare blir olika svårigheter tydliga i intervjuerna och artiklarna av Sider och Clements (1982) och Josephson och Serrano (2001). I dessa artiklar problematiseras etiska ställningstaganden kopplade till att välja individ- respektive familjeperspektiv, för- och nackdelar med att arbeta med familjeterapi respektive individualterapi samt svårigheterna när det gäller att ta ställning till när en övergång från den ena modaliteten till den andra skall ske.

Etiska ställningstaganden

När de gäller de etiska ställningstagandena i arbetet med familj/individ resonerar jag utifrån att barns behov kommer före föräldrars. Samtidigt hänger barns välbefinnande ihop med föräldrars. Ibland uppstår dock situationer där barns och föräldrars behov är i konflikt med varandra och då menar jag att barnets/den unges behov går före föräldrarnas. Detta ställningstagande stöds också av lagstiftningen för alla som i sitt arbete möter barn och ungdomar. Vid misstanke om att barn/ungdom far illa skall man kontakta socialtjänsten. Ett annat etiskt riktmärke tänker jag är om det handlar om liv eller död för någon individ i familjen. Då sätts den individens behov främst.

Jag har svårt att förstå delar av Siders och Clements resonemang fullt ut när det gäller intressekonflikter som kan finnas mellan individ- och familjenivå. Jag menar att familjer inte lever isolerade utan utgör en del i ett större system som kan gå in och stödja vid behov om familjen hamnar i kris av någon anledning. Alltså behöver inte uteslutning av en för krävande individ i familjen vara enda alternativet för att familjen skall överleva. Det skulle kunna vara enda alternativet om man tänker att familjen lever isolerad och måste vara självförsörjande. Vidare talar man om att mannen och kvinnan i ett par kan tycka att de mål som terapeuten sätter upp för dem som par är för kostsamma på det individuella planet eller för svåra att uppnå och att det innebär en risk att förhållandet spricker. Jag anser att målet för terapin måste överenskommas och förhandlas med alla parter. Detta etiska dilemma får hanteras genom diskussion och värdering av vilka mål varje individ har och om det går att hitta ett gemensamt mål, vidare vad det kan vara. Jag håller således med om Sider och Clements slutsats att intressekonflikter kan förekomma mellan familje- och individnivå och att det är viktigt att lyfta fram och diskutera dessa inom ramen för en terapi.

Egen erfarenhet

Min erfarenhet av att kombinera de båda paradigmen i kliniskt arbete med ungdomar och deras familjer, är att det är givande men att det krävs tid för att hålla frågorna kring struktur och syfte/mål etik levande. Vidare att det är en stor fördel, kanske en nödvändighet, att ha en co-terapeut för att kunna omfatta alla pågående processer, i varje fall de viktigaste, och att värdera och ta hänsyn till dem. Man ökar och kan bättre ta vara på terapeutens/ernas

kreativitet och minskar risken att bli uttröttad som terapeut. Detta förutsätter förstås en god och öppen relation co-terapeuterna emellan.

Jag har erfarenhet av att låta temat styra kontexten som Johnsen, m fl, (2000) beskriver när det gäller terapeutiskt arbete med ungdomar alltså att i en individualterapeutisk kontakt ha familjeterapeutiska inslag utifrån behoven hos den unge, vad som är det aktuella temat. Även temat hos familjen kan påverka. Ett familjesamtal eller en serie familjesamtal kan initieras av att andra än ungdomen i familjen har behov av det och att bedömningen görs att det skulle påverka ungdomen negativt om man inte hade ett sådant samtal – det finns gemensamma vinster med det. Detta måste man diskutera med den unge och hitta en överenskommelse kring. Det handlar både om varför det kan vara motiverat att ha ett familjesamtal initierat av någon annan i familjen och om vad som är relevant och ok att ta upp från de individuella samtalen i familjesamtalet (Sider & Clements, 1982).

Jag har flera erfarenheter av att ett familjearbete, exempelvis BOF, Barnorienterad familjeterapi, lett vidare till att barnets behov av individuell kontakt blivit tydliga eller de mest framträdande, efter att man arbetat på familjenivån. Då har barnet erbjudits individualterapi hos mig och föräldrarna parallell föräldraterapi hos en annan behandlare.

Stern och White

För mig verkar både Sterns och Whites teori/metod användbara när det gäller att kombinera de två paradigmen. Detta utifrån att både Stern och White framstår som representanter för kombinationer av paradigmen när det gäller både tanke- och arbetssätt.

Både Stern och White fokuserar på individens berättelser, sätt att förstå och skapa mening om sig själv och samspelet mellan klient/familj och terapeut här och nu. Vikten läggs vid både individens egna bilder av sig själv och upplevelser av sig själv tillsammans med andra samt vid det samspel som pågår här och nu. Både White och Stern ser människans utveckling som något som sker i nära samspel med andra och att detta samspel utgör drivkraften bakom utveckling och även förändring i terapi.

Synen på relationen mellan klient/familj och terapeut är också likartad. Man betonar i båda inriktningarna en jämbördighet och ett jämbördigt utforskande och samskapande i terapisisituationen. Jag tänker här på Sterns begrepp ”söka-sig- vidare- processen” som han använder för det relationella samskapandet och på Whites närvaro och aktiva intuitiva lyssnande här och nu, för att kunna formulera nästa fråga som kan leda vidare. Vidare det gemensamma utforskandet, där White beskriver terapeut och klient/familj som undersökande reportrar som tillsammans avslöjar tidigare dold kunskap och dolda premisser.

I det narrativa perspektivet betonas dock mer klientens relationer till viktiga andra medan man i den kliniska tillämpningen av Sterns teori och forskning mer betonar relationen mellan klient och terapeut och ser intersubjektiviteten som den drivkraft som driver utvecklingen framåt. Gränsen mellan familjeterapi och individualterapi är inte längre varken tydlig eller relevant (Lundby, 2002; Johnsen, m fl, 2000). Stern arbetar med vuxna individuellt men även med föräldrar och barn gemensamt. White arbetar med både hela familjer, delar av familjer och individer. Detta gör att både Sterns och Whites teorier och de sätt att arbeta kliniskt som kommer ur teorierna, lämpar sig väl utifrån ett integrativt sätt att arbeta enligt min uppfattning.

Ytterligare beröringspunkter mellan de olika paradigmen är Whites sätt att se på identitet som en livsklubb och Kohuts självbegrepp. Livsklubbens medlemmar är personer som på olika sätt påverkats och påverkar människans upplevelse av identitet. White arbetar med att tydliggöra medlemmarna i livsklubben och att på så sätt hjälpa klienten att ta ställning till deras medlemskap och möjligheter att påverka upplevelsen av den egna identiteten. Skall de upp- eller nedgraderas, uteslutas eller göras till hedersmedlemmar? Kohut har en syn på det ständigt utvecklbara självet som säte för identiteten. Det som formar självet är de

internaliseringar av viktiga andra som vi har med oss och som utgör våra självobjekt (White, 2007; Havneskjöld & Risholm Mothander, 1995). Ett kliniskt exempel är Whites sätt att arbeta med personer som på olika sätt lider av en förlust av någon viktig person och hur man kan levandegöra klientens inre relation till denna viktiga person och på så sätt hjälpa henne/honom att komma vidare i sin sorgereaktion eller att lämna de symtom som plågar henne/honom. Dessa symtom hänger samman med reaktioner på förlusten av den inre relationen. Jag förstår detta som att man levandegör och lyfter fram klientens upplevelse av en inre relation till ett självobjekt. Det kan även jämföras med en inre arbetsmodell av relationen till en anknytningsperson (White, 1991, 2007; Lundby, 2002; Havneskjöld & Risholm Mothander, 1995; Bowlby, 1988).

Sterns fokus på samskapandet här och nu i relationen mellan klient och terapeut liknar strukturell familjeterapi, där enactment är en viktig del både för att förstå svårigheter i familjen och som intervention för att åstadkomma terapeutisk förändring. Här handlar det, liksom hos Stern, om relationerna och samspelet här och nu och att detta är området för både kunskap om, förståelse för svårigheter och för intervention. Vidare att interaktionen i terapin i sig är terapeutisk. Det är alltså inte nödvändigt att den verbaliseras för att åstadkomma terapeutisk förändring (Minuchin, 1999; Stern, 2004).

En aspekt som lyfts fram av Johnsen, m fl, (2000) är Sterns begrepp ”affektintoning” och hur det begreppet förhåller sig till betydelsen av likheter och skillnader. För att affektintoning skall upplevas, alltså att någon annan delar och förstår den känsla man själv har, krävs att den andres respons både speglar den känsla/upplevelse jag givit uttryck och dessutom innehåller en skillnad, något den andra personen själv tillför. Detta för mina tankar till Tom Andersens lagom annorlunda frågor, att möta människor där de är men också att tillföra något nytt för att utveckling skall ske (Stern, 2004; Andersen, 1999).

Poänger och svårigheter

Ovan har jag gjort några kopplingar mellan Stern och det systemteoretiska perspektivet och mellan White och det psykodynamiska. Det går säkert att finna fler. Vad är poängen med att söka efter dessa kopplingar? Jag anser att oavsett om man i ett ärende arbetar utifrån den ena eller andra teorin/metoden eller om man kombinerar paradigmen på något sätt, så har man nytta av att i sitt eget tänkande, sin egen förståelse, få ihop en helhet och se relationer och beröringspunkter. Det kan liknas vid att lära känna en familj och de individer som familjen utgörs av. Det finns likheter och olikheter och övergripande mönster som är kännetecknande för familjen men som familjemedlemmarna kan förhålla sig olika till. Att för sin egen del som terapeut ha en kännedom om denna familj av teorier/metoder, ger en ökad kunskap och möjlighet till bredd och helhetssyn som man som terapeut har nytta av, oavsett vilken metod man tillsammans med klient/familj väljer att arbeta utifrån. Kort sagt det ger ett metaperspektiv.

Här stöter jag också på svårigheter. Det breda och stora område som ämnet för uppsatsens studie utgör, innebär en svårighet när det gäller att också ge kliniska exempel. Terapeutiskt arbete med ungdomar och deras familjer har varit en inriktning för uppsatsen. När jag specificerat mig till ungdomar har en svårighet varit att jag inte fått tillräckligt eller ”rätt” material för att täcka in mitt breda perspektiv. Det har blivit för specificerade material såsom exempelvis resultaten av datasökningarna. Ämnet för uppsatsen är möjligheter och begränsningar med olika kombinationer av psykodynamiskt och systemteoretiskt paradigm, företrädesvis fick det bli, i terapeutiskt arbete med ungdomar och deras familjer. Det breda teoretiska perspektivet behövs för att förstå grunden till möjligheter och begränsningar med att kombinera paradigmen på olika sätt. Förståelsen utgör också en grund för att kunna kritisera och problematisera kombinationer av de två paradigmen. Eftersom fokus varit det praktiska terapeutiska arbetet, har jag inriktat mig på att beskriva teorierna utifrån dess

kliniska tillämpning. Dock kan jag önska att jag hade kunnat omfatta mer av praktiskt kliniska exempel på hur olika kombinationer kan se ut i arbete med ungdomar och deras familjer. Kliniska exempel finns framför allt under rubriken "Samspel och självutveckling" i teoridelen samt i terapeuternas intervjuer. Svårigheten handlar om att röra sig från den nära nivån, kliniska exempel, till den mer övergripande nivån, teori.

Alla nya terapiriktningar behöver ta avstånd från sitt ursprung för att etablera sig som en egen teori, förtydliga sig och värna om sin särart. Men nya teorier/metoder uppkommer inte ur intet, utan är på olika sätt vidareutvecklingar av tidigare kunskap och terapiriktningar. Med tiden när den nya terapiriktningen är etablerad och den gamla kunskapen påverkats och vidareutvecklats genom kontakten med den nya terapiriktningen, kan man börja se vad av det gamla som finns i det nya. Vad har man tagit med sig av det man utvecklats ur? Då kan man även se vilka likheter som finns och kanske till och med möjligheter att kombinera kunskapen på olika sätt.

Tes antites syntes. Detta kan ses både som en systemisk tanke om hur delen påverkar helheten och helheten påverkar delen och som en tonårsutveckling där man måste ta ett kraftigt avstånd från föräldrarna för att vinna sin självständighet och frigöra sig. När man sedan etablerat sig som vuxen kan man åter närma sig föräldrarna och tillsammans hitta en annan nära relation utifrån förändrade villkor (Wrangsjö & Salomonson, 2006).

Slutsatser

Frågor

I syftet formulerade jag fyra frågor:

1. Vilka möjligheter och begränsningar finns när det gäller att i kliniskt behandlingsarbete med ungdomar, utgå från en kombination av systemteori och psykodynamisk teori?
2. Hur kan olika utformningar av det praktiskt kliniska arbetet se ut?
3. Finns det situationer där det av olika skäl inte är möjligt att praktisera en behandling som utgår från en kombination av systemteori och psykodynamisk teori? Vad är kännetecknande för dessa situationer?
4. Vad säger aktuell forskning om detta och vad säger verksamma terapeuter med utbildning och verksamhet utifrån båda paradigmen?

Svar

1. Det finns många möjligheter att kombinera arbete utifrån psykodynamiskt och systemteoretiskt paradigm när det gäller ungdomar och deras familjer. Detta går att göra utan att arbetet skulle bli urvattnat. Tvärtom berikar perspektiven varandra och ger en bättre helhetssyn genom att man ser individen i sitt sammanhang. Det ger en ökad förståelse och möjlighet till flexibilitet när det gäller att möta familjens/klientens svårigheter och önskemål. Begränsningar finns såsom exempelvis frågorna om lojalitet och sekretess som tas upp nedan. Vidare att det kan vara tyngande att som ensam terapeut arbeta både med familj och individ. Det blir mer att omfatta både praktiskt kliniskt och teoretiskt i mötet med klient/familj. Arbetar man med co-terapeut är det viktigt att relationen terapeuterna emellan fungerar bra.
2. Det går att ta sin utgångspunkt i antingen individualterapi eller i familjeterapi, men utifrån behovet hos klienten alternativt familjen, kan man ändra arbetssätt. Det kan innebära att man byter modalitet eller arbetar vidare med individualterapi och familjeterapi parallellt. Min slutsats är att det ur ett integrativt perspektiv är lättare att utgå från familjen än att utgå från individen. Man kan arbeta med hela familjen, delar av den och med individen parallellt i tid hos olika terapeuter eller hos samma terapeut. Vidare kan det förekomma olika konstellationer enligt ovan, vid olika tillfällen hos samma behandlare, under en behandlingskontakt.
3. Det går inte att ge ett entydigt svar på situationer, svårigheter där det inte passar att arbeta utifrån en kombination av paradigmen. De svårigheter som finns handlar om lojalitet, sekretess och övergripande etiska frågeställningar. Utifrån vems/vilkas uppdrag arbetar man som terapeut? Krockar individens och familjens bästa? Generellt är det så enkelt som att man som terapeut behöver vara överens med klient/familj om att man skall arbeta tillsammans, hur det skall gå till och syftet/målet med det gemensamma arbetet. Terapeuten behöver vara tydlig med hur han/hon ser på uppdraget och ta ställning till om det är etiskt möjligt att utföra.

4. Utifrån den litteratur, forskning och de intervjuer jag gjort med verksamma terapeuter blir svaret ja, det går att kombinera de psykodynamiska och systemteoretiska paradigmen, men det finns svårigheter. Dessa svårigheter kan hanteras med teoretisk och metodisk kunskap och erfarenhet samt genom samtal inom team, med co-terapeut, handledare och allra viktigast, med klient/familj. Genom att hålla frågorna om uppdrag, syfte och mål med kontakten levande och de etiska och professionella ställningstaganden som styr prioriteringar av fokus i behandlingen, kan svårigheterna hanteras.

Mina slutsatser

En förutsättning för att hålla ovan nämnda frågor levande och att ha flera samtal om dem, är att terapeuten kan förhålla sig till sin egen osäkerhet, till upplevelsen av brist, av att inte veta och inte rätta till. Detta driver utvecklingen framåt och är en hjälp i att inte fastna i gamla hjulspår och gammal vana. Utan att istället vara öppen och uppmärksam på de utmaningar och nya kunskaper och erfarenheter som man möter i samarbetet med klient/familj.

En slutsats som jag drar utifrån uppsatsens undersökning är att det är lättare att utgå från de senare vågorna inom det psykodynamiska paradigmet från objektrelationskolan och framåt, om man vill kombinera paradigmen. Jag tycker inte att det är lika tydligt när det gäller det systemteoretiska paradigmet. Senare vågor, inriktningar som den språkkonstruktivistiska och den narrativa och lösningsfokuserade, har löst upp skiljelinjen mellan att arbeta med familj kontra att arbeta med individ. Det är en fördel när det gäller att integrera. Å andra sidan som Josephson och Serrano (2001) tar upp, finns det flera områden inom tidigare inriktningar av familjeterapi som har tydliga kopplingar till det individuella perspektivet. Det står dock klart, enligt min uppfattning, att det är nära nog omöjligt att arbeta strikt psykoanalytiskt med en individ och att samtidigt ha ett systemteoretiskt perspektiv.

Vidare drar jag slutsatsen att ju mer medveten och kunnig man som terapeut är om olika skolbildningar och inriktningar, de ramar och den struktur som finns i det kliniska arbetet utifrån respektive paradigm, desto större möjligheter till flexibilitet efter klientens/familjens behov finns. Det krävs en medvetenhet om när man går utanför de etablerade ramarna, på vilket sätt man gör det och i vilket syfte. För att uppnå ett gott resultat tillsammans med individ och familj krävs en tydlighet kring syfte, hur man hanterar information på olika nivåer samt en övergripande struktur. Allt detta får överenskommas med familjen/klienten.

Ju tydligare struktur, desto större möjlighet att möta familjer/klienter med ökad flexibilitet utifrån deras varierande behov.

En annan slutsats som jag drar både utifrån mina egna erfarenheter och från (Johnsen, m fl, 2000), samt intervjuerna med alla tre terapeuterna, är att man som terapeut har bäst möjligheter att lyckas med ovan flexibilitet och integration om man arbetar i ett team eller med en co-terapeut. Teamet/co-terapeuten utgör en säkerhet och en hjälp på så sätt att det är fler personer som följer processen och som kan uppmärksamma olika aspekter av vad det är som pågår och de behov som kan finnas. Det är mycket information att omfatta som ensam terapeut.

En fördjupad kännedom om olika terapeutiska inriktningar ger en förbättrad bild över en rad olika faktorer, som ofta är gemensamma, när det gäller att åstadkomma terapeutisk förändring. Ökad kunskap ger en ökad förståelse för komplexitet och nyanser. Det underlättar projektet att integrera, och att integrera på olika nivåer, i det kliniska arbetet som terapeut. Det ger också en fördjupad förståelse för skillnaderna mellan inriktningarna. Skillnader i synen på människan och på terapeutens och klientens/familjens relation, vidare hur man ser på förändring och i vilken tråd man börjar dra för att skapa förändring, ökad insikt, förståelse och att öppna fler handlingsalternativ. Det blir också lättare att välja terapeutisk inriktning/ar efter det som passar mig själv som terapeut, min människosyn och mina personliga egenskaper. Det blir ett mer medvetet val, utifrån översikt och kunskap över "terapifältet". Det ger även

kunskap om vad som skulle kunna passa en klient/familj bättre än mina sätt att arbeta som terapeut. Det blir lättare att tydliggöra och lyfta dessa frågor i det inledande skedet av kontakten då man skapar ett kontrakt kring vad det är vi skall göra i terapin. Det är rimligt att klienten/familjen har ett val, och att den behandling man får inte bara beror på en slump, vem man råkar ringa och hur den terapeuten gillar att arbeta. En grundläggande utgångspunkt är att det är klienten/familjen och deras behov som skall vara i fokus. Förhoppningsvis kan uppsatsen hjälpa mig och kanske även andra, att kunna ge en bättre varudeklaration av vad man får av mig som terapeut.

Beitman, m fl, (1989) beskriver terapiforskningen som att olika inriktningar är överens om hur man åstadkommer terapeutisk förändring men har olika uppfattning om vad som skall förändras, innehållet. Detta tycker jag går att jämföra med begreppen första- och andragsgradsförändring. Tjafset handlar om innehåll. Kan vi lyfta oss till ett metaplan ser vi ett annat perspektiv som antagligen bättre gagnar de klienter/familjer som kommer till oss för att få hjälp med något.

Utifrån ovan resonemang föreslår jag en utökad samordning mellan de olika psykoterapeutprogrammen inom universitet, exempelvis genom fler programgemensamma dagar. Detta för att öka bredden och kunskapen om olika inriktningar, teorier/metoder och för att bidra till tydlighet vad gäller likheter och skillnader. Det kan utgöra en grund för integration och för ett metaperspektiv på arbetet som leg. psykoterapeut.

Referenslista

- Andersen, T. (1999). *Reflekterande processer*. Stockholm: Mareld.
- Andersson, S. (1986). Hermeneutikens två traditioner-om skillnaderna mellan Schleiermacher och Gadamer., ur Selander, I. (red). (1986). *Kunskapens villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Beitman, B. D., m fl., (1989). The movement Toward Integrating the Psychotherapies: An Overview. *American Journal of Psychiatry*, 146:1, s 138-147.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, volume 2, Separation*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge.
- Dalen, M. (2007). *Intervju som metod*. Malmö: Gleerups utbildning AB.
- Havnesköld, L., & Risholm Mothander, P. (1995). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and Attachment theory*. London: Routledge.
- Hårtveit, H., & Jensen, P. (2005). *Familjen plus en- en resa genom familjeterpins praktik och idéer*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Johnsen, A., m fl., (2000). *Samspel och självutveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Josephson, A., & Serrano, A. (2001). The integration of individual therapy and family therapy in the treatment of child and adolescent psychiatric disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10:3, s 431-450.
- Lundby, G. (2002). *Livsberättelser och terapi- om nyskrivning av historier och ett narrativt arbetssätt*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Minuchin, S. (1999). *Om konsten att bedriva familjeterapi*. Wahlström och Widstrand.
- Philips, B., & Holmqvist, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber AB.
- Pinsof, W., N., (1995). *Integrative Problem-Centered Therapy- a synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*. New York: Basic Books.
- Schjödts, B., & Egeland, T. (1994). *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Selvini Palazzoli, M., m fl., (1982). *Paradox och motparadox*. Stockholm: Natur och Kultur
- Sider, C., & Clements, C. (1982). Familjy or Individual Therapy: The Ethics of Modality Choice. *American Journal of psychiatry*, 139:2, s 1455-1459.
- Stern, D., N. (2004). *Ögonblickets psykologi – om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Natur och Kultur.

Stern, D., N. (1996). *Moderskapskonstellationen*. Stockholm: Natur och Kultur.

White, M. (1991). *Nya vägar inom den systemiska terapin*. Mareld.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Northon & Company.

Wrangsjö, B., & Winberg Salomonsson, M. (2006). *Tonårstid*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilagor

Syfte/målsättning med intervjun:

Att få kunskap om vilka möjligheter och svårigheter/begränsningar det finns när det gäller att i det kliniska arbetet med ungdomar och deras familjer utgå från både systemteori och psykodynamisk teori när det gäller teori och/eller metod.

Att få ta del av den intervjuades erfarenheter och reflektioner kring denna fråga.

Motivet till att undersöka detta är min egen utveckling till psykoterapeut. Att kombinera min i huvudsak psykodynamiska utbildning till psykolog med den utbildning till familjeterapeut som jag nu läser. Jag tycker att frågan är aktuell eftersom titeln Leg. psykoterapeut är samma oavsett vilken inriktning man har läst, teoretiskt eller med inriktning på barn, vuxen eller familj. Då behöver man som Leg. psykoterapeut kunna förhålla sig till andra inriktningar än den man själv har läst. Min utgångspunkt är också att en bredare teoretisk och metodmässig utgångspunkt är en tillgång för de familjer och individer som man som terapeut möter. Hur skall en sådan bred utgångspunkt kunna förvaltas utan att det innebär en urvattning och att det varken blir hackat eller malet?

Frågeområde 1: Vilken utbildning och arbetslivserfarenhet har Du?

- A. Vilken erfarenhet har Du av att arbeta med ungdomar och deras familjer?
 - B. Vilket område arbetar Du med för närvarande?
 - C. Vad menar Du med begreppen individual- respektive familjeterapi? Hur förhåller de sig till de teoribildningar vi diskuterar, systemteori och psykodynamiskteori?
 - D. Har Du erfarenhet av att arbeta i team?
- Om ja på vilket sätt kan arbete i team underlätta eller försvåra att arbeta integrativt med olika kombinationer av teori och metod?
- E. Kan Du beskriva hur ditt sätt att arbeta som terapeut utvecklats/förändrats under Din tid som kliniskt verksam terapeut?

Reflektioner till ovan?

Frågeområde 2: Vilka teorier utgår Du ifrån i Ditt nuvarande arbete/ vilka tekniker, metoder använder Du Dig av?

- A. Vilka skillnader tycker Du att det innebär att arbeta utifrån den ena eller andra teorin?
- B. Hur hanterar Du denna skillnad?
- C. Har du växlat mellan att arbeta med familjeterapi och individualterapi på något sätt?

D. Använder Du Dig av skillnaderna på något sätt?

E. Hur kommer terapeutisk förändring till stånd?

Frågeområde 3: Hur kommer Du alternativt Du och den unge/familjen, fram till om Ni kan arbeta tillsammans och på vilket sätt i sådana fall?

A. Hur ser Du på bedömning, utredning, diagnostik ?

Frågeområde 4: Hur ser Du på relationen mellan terapeut och klient/patient?

A. Är terapeuten en expert? På vad?

B. Är patienten/klienten/familjen expert? På vad?

Frågeområde 5: Möjligheter med att kombinera systemteori och psykodynamisk teori, arbete med individ och familj?

A. På vilket sätt är det fördelaktigt att kombinera systemteori och psykodynamisk teori? Vilka är vinsterna? Vad är viktigt att tänka på för att dra nytta av dessa vinster?

B. Hur kan detta ta sig uttryck i kliniskt arbete? Behandlingsupplägg? Hur gör Du?

Frågeområde 6: Svårigheter/begränsningar med att kombinera systemteori och psykodynamisk teori, arbete med individ och familj?

A. Finns det situationer där det inte är tillrådligt att kombinera systemteori och psykodynamisk teori?

B. Vilka fallgropar finns det när det gäller att kombinera systemteori och psykodynamisk teori i det terapeutiska arbetet? Kan du ge egna exempel på svårigheter som Du mött på detta område? Hur hanterade Du dem?

C. Finns det kriterier/situationer där Du av erfarenhet väljer att arbeta renodlat systemteoretiskt alternativt renodlat psykodynamiskt?

Orsaker? Slutsatser? Erfarenheter?

Frågeområde 7: Hur ser du på de sekretess- förtroendefrågor som finns när det gäller att kombinera terapi med individ och familj?

Exempelvis det material som framkommer i ett individuellt samtal, kan det användas i ett annat sammanhang med andra familjemedlemmar med?

Frågeområde 8: När Du ser tillbaka på Din utveckling som terapeut, vad är Din upplevda förändring?

A. Vad/Vem/Vilka har inspirerat Dig och påverkat Dig i ditt arbete som terapeut?
Hur/på vilket sätt har detta påverkat Dig?

B. Vad har varit den största inspirationen för Dig den senaste tiden?

C. Hur tror Du att Du kommer att utvecklas vidare i framtiden? Inriktning, fokus, arbetsområde?

Reflektioner kring detta.

D. Hur tror Du att utvecklingen inom terapeutisk verksamhet kommer att bli framöver?
Exempelvis när det gäller utbildning och handledning i terapeutiskt arbete.