

Pia Eresund

ATT BEHANDLA STÖRANDE BETEENDE

Metodutveckling i barnpsykoterapi



Pedagogiska institutionen
Stockholms universitet
2002

Att behandla störande beteende -
Metodutveckling i barnpsykoterapi

Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen
Pedagogiska institutionen
Stockholms universitet
S - 106 91 Stockholm

© Pia Eresund, 2002

Omslagsbild: Dag Eresund

ISSN 1104-1625-108
ISBN 91-7265-424-4
DocuSys i Stockholm AB 2002

TREATING DISRUPTIVE BEHAVIOUR

Development of technique in child psychotherapy

Pia Eresund
Leg. psykolog och leg. psykoterapeut

Abstract

The aim of the study is to contribute to theory and technique in individual psychotherapy with children who present disruptive behaviour disorders. The empirical data were collected from a clinical project implementing supportive expressive play psychotherapy (Kernberg & Chazan, 1991) as treatment for boys in latency age. Nine treatments were carried out in the project. Data were collected during treatment from therapists via process notes, ratings and interviews; from parents and teachers via questionnaires; and at follow-up from boys and parents via questionnaires and interviews. All the boys had DSM-IV diagnoses of either oppositional defiant disorder (ODD) or conduct disorder (CD). In addition, three boys had neuropsychiatric diagnoses (ADHD or DAMP). After treatment only one boy fulfilled the criteria for ODD and none for CD.

The therapists worked twice weekly with the boys and had concurrent sessions with the parents. In five cases the treatment included conferences with teachers. The treatment varied in length from two to five years. The supportive expressive technique was adequately used in six cases. More improvement in psychosocial adjustment, psychological structure and behaviour in school was observed in those cases than in the other three.

Supportive expressive play psychotherapy worked well in this project with boys who were assessed as having borderline personality structure and narcissistic disturbance. The experience from the one case with a neuropsychiatric disorder in which the technique was used suggests that, if more structure and pedagogic interventions are added, it can also work with children with ADHD. Collaborative meetings with teachers were associated with positive effects, especially behaviour at school, but the therapists found school conferences difficult to combine with therapeutic work. Since improvements in school adjustment and performance are important in order to prevent further antisocial development for disruptive children, it is suggested that guidelines for co-operation with teachers should be developed for child psychotherapists.

In Swedish with a summary in English.

Key words: child psychotherapy; supportive expressive psychotherapy; psychotherapeutic technique; disruptive behaviour disorder; ADHD; narcissistic disturbance; co-operation with teachers

Department of Education, Stockholm University
106 91 Stockholm, Sweden
Stockholm 2002

ISSN 1104-1625-108
ISBN 91-7265-424-4

FÖRORD

Detta arbete är frukten av ett långvarigt samarbete med många olika personer och hade inte kunnat genomföras utan deras och även vissa institutioners stöd.

Då jag satte i gång det metodutvecklingsprojekt, som givit empiriskt material till avhandlingen, hade jag ett gott stöd från arbetskamrater och chefer inom den psykiska barna- och ungdomsvården (numera BUP) vid Stockholms läns landsting. De har också fortsatt att uppmuntra och stödja mig under arbetets gång. Särskilt viktig var den handledning, som jag under det inledande skedet av projektet fick av filosofie doktor Margareta Carlberg. Även i slutfasen av avhandlingsarbetet har hon bidragit med värdefulla råd.

Nio pojkar och deras föräldrar tillät mig att följa de känsliga processerna i sina behandlingskontakter. Samtliga föräldrar och berörda lärare besvarade dessutom de frågeformulär som jag vid upprepade tillfällen skickade ut. Pojkarnas terapeuter: Gudrun Engström Riedel, Marianne Hallberg Melander, Anders Jacobson, Carina Löwenthal Backwall, Karin Mjönes, Kent Olofsson, Bengt Sandström, Iréne Svanerud och Leena Voutilainen gav mig detaljerade beskrivningar av sitt arbete, svarade på alla mina frågor och fyllde även de vid upprepade tillfällen i olika formulär. Dessutom bidrog de i slutfasen med viktiga synpunkter på mitt manus. Vidare hjälpte kollegorna Anna Tydén och Christel Östfelt till genom att pröva projektets skattningsformulär i sitt kliniska arbete.

Till ovärderlig hjälp har det varit att ha en vetenskaplig handledare med djupa kunskaper i och stort intresse för mitt ämne. Professor Siv Boalt Boëthius har med klokhet, noggrannhet och oförtröttligt tålamod, alltid generös med sin tid, lotsat mig genom den svåra övergången från klinisk metodutveckling till forskning. Jag kommer att sakna vårt samarbete mycket.

Vid Pedagogiska institutionen har professor Birgitta Qvarsell vid två tillfällen och professor Ulf Janson vid tre tillfällen under arbetets gång granskat mitt manus och utsatt det för konstruktiv kritik. Sådan kritik har jag också i slutfasen fått från filosofie doktor Eva Nyberg, filosofie doktor Gunnar Carlberg och medicine licentiat Olov Dahlin. Vid olika tillfällen då jag presenterat delar av mitt material har även andra medarbetare och doktorander vid Pedagogiska institutionen samt kollegor inom BUP bidragit med värdefulla synpunkter. Vidare har jag under den tid som arbetet pågått haft ett återkommande stöd i Ericastiftelsens forskningsseminarium, där deltagarna visat ett värmande intresse för mitt projekt och diskussionerna varit inspirerande och klargörande.

Efter metodutvecklingsprojektet slut intervjuade psykologstuderande Cecilia Beje de deltagande terapeuterna. Hennes sammanställning och analys av dessa intervjuer gav ett viktigt bidrag till denna avhandling och jag hoppas att detta som planerat även skall resultera i ett psykologexamensarbete.

Metodutvecklingsprojektet finansierades av FoUU inom dåvarande Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting, samt ett treårigt utvecklingsbidrag från Socialstyrelsen. För själva avhandlingsarbetet har jag fått bidrag från Clas Groschinskys Minnesfond samt donationsstipendier från Stockholms universitet (Rhodins). Den slutliga versionen skrevs under en månads vikariatsanställning som doktorand vid Pedagogiska institutionen.

Under hela den tid, som jag arbetat med denna avhandling, har min man Bengt på alla möjliga sätt uppmuntrat och stött mig. Utan honom skulle jag aldrig ha kunnat lösa de problem, som av och till uppstått i min hantering av datortekniken. Det är också han, som tillsammans med vår sonson utformat omslaget. För övrigt har Bengt, våra barn Joakim och Ylva och deras unga familjer tagit precis lagom hänsyn till mitt avhandlingsskrivande, så att jag ändå de senaste åren till större delen fått leva ett vanligt liv.

Ett STORT OCH VARMT TACK till er alla!

Stockholm den 27 februari 2002

Pia Eresund

Innehållsförteckning

DEL I. UTGÅNGSPUNKTER.....	1
KAPITEL 1. INLEDNING.....	1
<i>Bakgrund</i>	1
<i>Avhandlingens syfte och frågeställningar</i>	4
<i>På vilket sätt är detta en avhandling i pedagogik?</i>	5
<i>Avhandlingens disposition</i>	5
KAPITEL 2. STÖRANDE BETEENDE ELLER BETEENDESTÖRNING.....	7
<i>Besvärliga barn</i>	7
<i>Aggressivt beteende</i>	8
<i>Beteendestörning</i>	9
<i>Psykodynamisk bedömning</i>	11
<i>Hur förklaras uppkomsten av sociala beteendestörningar?</i>	13
<i>Varför mest pojkar?</i>	21
<i>Sammanfattande kommentar</i>	24
KAPITEL 3. UPPFOSTRAN ELLER BEHANDLING.....	25
<i>Psykisk barna- och ungdomsvård</i>	26
<i>Sammanfattande kommentar</i>	29
KAPITEL 4. INDIVIDUALPSYKOTERAPI FÖR BARN MED BETEENDESTÖRNINGAR.....	31
<i>Barnpsykoterapins rötter i Sverige</i>	31
<i>Barn med beteendestörningar i psykoterapi</i>	33
<i>Jagstödjande psykoterapi</i>	34
<i>Jagstödjande barnpsykoterapi</i>	35
<i>Det familjeterapeutiska perspektivet</i>	36
<i>Ny metodutveckling</i>	37
<i>Sammanfattande kommentar</i>	39
KAPITEL 5. FORSKNING OM SOCIALA BETEENDESTÖRNINGAR.....	40
<i>Hur går det för barnen?</i>	40
<i>Svenska studier av behandling</i>	41
<i>Internationella studier av behandling</i>	42
<i>Sammanfattande kommentar</i>	45
KAPITEL 6. METODUTVECKLINGSPROJEKTET.....	46
<i>Förstudier</i>	46
<i>Huvudprojektet</i>	49
KAPITEL 7. STÖDJANDE EXPRESSIV LEKPSYKOTERAPI.....	50
<i>Teoretisk bas</i>	50
<i>Förutsättningar och ramar för terapin</i>	51
<i>Verbal kommunikation viktig</i>	52
<i>Ett hierarkiskt schema för interventioner</i>	52
<i>Kommentar till interventionsschemat</i>	54
<i>Föräldrasamarbetet</i>	54
<i>Samarbete med skola och barnomsorg</i>	56
<i>Beskrivning av det barnterapeutiska arbetet i SEPP</i>	56
<i>Att arbeta efter manual</i>	58
DEL II. METOD.....	59
KAPITEL 8. METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN.....	59
<i>Forskningsansats</i>	59
<i>Forskarrollen</i>	60
<i>Etiska aspekter</i>	62
KAPITEL 9. DE STUDERADE BARNTERAPIERNA.....	63
<i>Urvalskriterier</i>	63
<i>Bortfall</i>	63

Beskrivning av de nio pojkar som gått i terapi.....	64
Sammanfattning.....	70
KAPITEL 10. METODER FÖR INSAMLING OCH BEARBETNING AV DATA	72
Val av datainsamlingsmetoder	72
Datainsamlingsförloppet.....	73
Beskrivning av de använda metoderna.....	75
Hur avsågs olika data bidra till att belysa avhandlingens frågeställningar?	78
Bearbetning av data	78
Tillförlitlighet och relevans	80
KAPITEL 11. UNDERSÖKNINGSVARIABLER	82
Utvecklingen i barnterapin.....	82
Utvecklingen i föräldrasamarbetet.....	85
Terapeutiska interventioner.....	87
Terapeuternas känslomässiga reaktioner (motöverföring)	88
DEL III. RESULTAT OCH DISKUSSION	90
KAPITEL 12. UTFALLSBEDÖMNINGAR VID TERAPINS AVSLUTNING.....	91
Pojkarnas beteendeproblem.....	91
Pojkarnas känslomässiga utveckling.....	97
KAPITEL 13. UPPFÖLJNINGSENTREVJUER.....	101
Metod.....	101
Föräldrarnas bedömningar av pojkarnas beteende i frågeformulär.....	102
Föräldrarnas utsagor i intervjuerna	103
Vad betydde terapin för den positiva förändringen?.....	104
Vad hade föräldrarna själva fått ut av samtalen?	106
Vad sade föräldrarna om skolsamarbetet?	107
Vad i behandlingskontakten kunde ha varit bättre?	107
Pojkarna	108
Självuppfattning	110
Kommentar till uppföljningsmetoden	111
Sammanfattande kommentar	112
KAPITEL 14. TILLÄMPNING AV SEPP-METODEN	114
Bedömning av terapeutisk teknik.....	115
Barnterapierna	115
Föräldrasamtalen.....	119
Kliniska vinjetter med fokus på terapeutisk teknik	121
Skolsamarbetet	132
Sammanfattande bedömning av SEPP-metodens tillämpning.....	136
Vad kan bero på terapeuterna?.....	137
Finns det något samband mellan utfall och tillämpning av SEPP?	140
KAPITEL 15. VAD KAN VARA VERKSAMT I SEPP?	143
En stödjande terapeutisk relation.....	143
Intersubjektiva möten	144
Terapeutisk teknik.....	146
Föräldrasamarbetet.....	156
Skolsamarbetet	160
KAPITEL 16.....	166
HUR FUNGERADE SEPP FÖR OLIKA TYPER AV BETEENDESTÖRNINGAR?.....	166
Narcissistisk störning	166
Neuropsykiatrisk funktionsstörning.....	170
Brister i jagstruktur	173
Sammanfattning.....	173
DEL IV. SLUTSATSER	174
KAPITEL 17. SAMMANFATTNING AV HUVUDRESULTAT	175
Pojkarna	175
Utfallsbedömningar vid behandlingens avslutning	175
Uppföljning	176
I vilken utsträckning tillämpades SEPP-metoden?.....	176
Samband mellan utfall och tillämpning av SEPP.....	177

<i>Vad kan vara verksamt i SEPP?</i>	177
<i>Hur fungerade SEPP för olika typer av beteendestörningar?</i>	178
KAPITEL 18. DISKUSSION	180
<i>Att arbeta efter manual</i>	180
<i>Varför tillämpade inte alla SEPP?</i>	180
<i>Varför kan SEPP vara bra för barn med beteendestörningar?</i>	182
<i>Vilka kan få hjälp av SEPP?</i>	185
<i>Forskningsmetodiken</i>	186
<i>Kompetensutveckling</i>	189
<i>Frågor att undersöka vidare</i>	189
<i>Avslutande reflektion</i>	191
SUMMARY	193
<i>Background</i>	193
<i>Aim and research questions</i>	194
<i>Method</i>	195
<i>Results</i>	196
<i>Discussion</i>	199
REFERENSER	202
BILAGOR	219
BILAGA 1. SKATTNINGSFORMULÄR	219
BILAGA 2. DIAGNOSTISK PROFIL	223
BILAGA 3. FRÅGOR TILL TERAPEUTERNA OM SEPP-PROJEKTET	224
BILAGA 4. INTERVJUGUIDE.....	225

Del I. UTGÅNGSPUNKTER

Kapitel 1. Inledning

Bakgrund

Vissa barn har svårt att anpassa sig socialt, leka med andra barn och följa sociala regler. De vill bestämma allting och får utbrott, när de inte får sin vilja fram eller misslyckas med någonting. De är såväl verbalt som fysiskt aggressiva mot andra barn och vuxna. Ibland förstör de saker i sin omgivning och de har sällan tålamod att träna på olika färdigheter, som barn i deras ålder behöver bemästra. Eftersom de är så besvärliga för omgivningen, blir de ofta redan i förskoleåldern uppmärksammade som problembarn och deras föräldrar uppmanas att söka hjälp inom barnpsykiatri. De flesta skjuter dock upp det i förhoppningen att problemen skall växa bort. Mindre allvarliga och krisrelaterade beteendeproblem gör också ofta det, men mer allvarliga problem kan istället förvärras med tiden. För pojkar i skolåldern är störande beteende den absolut vanligaste anledningen till en barnpsykiatrisk kontakt (Svedin, 2000).

Under större delen av min yrkesverksamhet som klinisk psykolog och barnpsykoterapeut, sedan slutet av 1960-talet, har jag arbetat med ”bråkiga” pojkar. Dessförinnan hade jag erfarenhet av denna problematik från praktiskt arbete på Barnbyn Skå och – i något mildare form – från arbete som lärarvikarie i en mellanstadieklass. Det har ofta varit roligt att vara tillsammans med de här pojkarna och de har lärt mig en hel del om livet och mig själv. Men det har också varit slitsamt och tungt. Ibland har jag känt mig så rasande att jag blivit rädd för mig själv. Andra gånger har jag bara känt mig trött och uppgiven – eller oduglig och dum. I vissa fall har dessa känslor hjälpt mig att förstå de pojkar som jag arbetat med bättre och därmed fört behandlingsprocessen vidare, men jag tror också att brister i min behandlingsmetodik ibland har försvårat arbetet.

Psykoteraspi har definierats som ”en systematisk och målinriktad verksamhet, bedriven med vetenskapligt grundade psykologiska metoder och med beaktande av samspelet mellan individ och social miljö. Psykoteraspi utförs eller leds av härför särskilt utbildade personer i syfte att hjälpa människor att komma tillrätta med psykiska, psykosomatiska besvär, samlevnadsproblem eller andra problem i livsföringen” (UHÄ 1978). Det finns många olika former av psykoteraspi och de grundar sig på olika teorier om psykologisk utveckling. Den psykoteraspiform som beskrivs och diskuteras i detta avhandlingsarbete grundar sig på psykoanalytisk teoribildning och är psykodynamiskt orienterad. Målet i psykodynamisk

psykoterapi är att ” förstå mera av bakgrunden till de psykiska störningar som patienterna lider av och försöka finna andra vägar för dem att uttrycka behov och konflikter” (Cullberg, 1984, s.339). En genomarbetning av patientens känslomässiga reaktioner i den terapeutiska relationen (överföringsreaktioner¹) ses också vanligen som en viktig del av processen.

Psykodynamiskt orienterad individualpsykoterapi var under 1960- och -70-talet den behandlingsmetod för barn med psykiska störningar som huvudsakligen tillämpades i Sverige. Genomgripande förbättringar hade dokumenterats i ett antal kliniska fallbeskrivningar (Lantzourakis, 1972; Sylvander, 1983). Med hjälp av psykoanalytisk teori kunde man förklara hur psykologiska förändringar hos barn kan underlättas av en terapeutisk relation och terapeutiska interventioner². Men några systematiska utvärderingar gjordes inte och det skulle dröja till slutet av nittonhundratalet innan forskning på allvar började bedrivas inom detta område. Att det dröjde så länge sammanhänger med att det är svårt att mäta de komplexa processerna i psykodynamisk psykoterapi med kvantitativa forskningsmetoder. När kvalitativa metoder började utvecklas och accepteras, ökade intresset för forskning på detta område, men forskningen inom barnpsykoterapi anses i dagens läge ligga minst tio år efter den inom vuxenpsykoterapi (Kazdin, 2000; Carlberg, 1999; Boalt Boëthius & Berggren, 2000).

Det finns flera skäl till att barnpsykoterapiforskningen inte har kommit så långt. En anledning är att det är svårare att bedöma utfall av behandlingen. Barn befinner sig i intensiv utveckling och positiva förändringar kan därför alltid tänkas bero på naturlig mognad (Emde, 1988). Föräldrar, lärare och andra närstående har parallellt med terapin ett inflytande på barnens utveckling, som också måste beaktas (Boalt Boëthius & Berggren, 2000). Själva studiet av terapiprocessen blir också mer komplext, eftersom den parallella samtalskontakten med föräldrarna och andra samarbetskontakter måste innefattas i undersökningen (Carlberg, 1999). Vidare uttrycker sig barn i stor utsträckning icke-verbalt och symboliskt, vilket gör det svårare att fånga in och analysera innehållet i terapiprocessen (Boalt Boëthius & Berggren, 2000). Ytterligare ett skäl till att forskning inte kommit i gång är att utövandet av barnterapi kräver stor flexibilitet och kreativitet och en sådan verksamhet är svår att infånga och systematisera i forskning (Hjuldmand, 2001).

Barnterapeuter tycker sig ofta inte ha någon större nytta av den forskning som görs inom området (Boston, 1989; Carlberg, 1999; Boalt Boëthius & Berggren, 2000). Resultaten upplevs sakna klinisk relevans eftersom forskningen i regel har utförts på universitetskliniker, inte på kliniska populationer och inte under sådana omständigheter som terapeuter vanligen arbetar under. Dessutom gäller

¹ Överföringsreaktioner kallas sådana känslor, som tidigare gällde barndomens viktiga personer, men som i terapisituationen riktar sig mot terapeuten (Sigrell, 2000)

² Med intervention avses en åtgärd i syfte att förändra något eller åstadkomma ett visst resultat

den övervägande delen av de forskningsresultat som hittills publicerats kognitiv eller beteendeterapeutisk barnpsykoterapi, medan man ute på fältet alltså mest praktiserar psykodynamisk behandling (Kazdin, 1998). En anledning till detta kan vara att de flesta psykodynamiska terapier är tidskrävande – behandlingen äger rum minst en gång i veckan, ofta under flera års tid – samt utförs av välutbildade terapeuter. Det är enklare och billigare att forska på korta terapier, som kan utföras av exempelvis psykologistudenter, som tränats upp i en speciell metodik (Carlberg, 1999).

Det ligger onekligen en hel del i den kritik som barnterapeuter riktar mot forskningen på området. Psykoterapimetoder, som utarbetats och utvärderats på universitetskliniker, visar sig ofta inte vara lika effektiva när de praktiseras på ”vanliga” mottagningar (Weisz, 2000). De barn och ungdomar, som man arbetar med i klinisk praktik, har i regel betydligt allvarigare störningar än de barn som rekryteras som patienter i universitetsforskning. Deras familjer har oftare sociala problem och det är vanligt med återbud och avbrott i behandlingskontakten. Många utfallsstudier använder dessutom även för psykodynamisk psykoterapi ensidigt beteendeorienterade utfallskriterier.

Studier där terapeutisk metodik och process ingående beskrivs och analyseras, så kallade processtudier, är ofta av större intresse för terapeuter. Det finns en del sådana studier av psykodynamisk psykoterapi och ett svenskt exempel är Carlbergs (1999) avhandling om förändringsprocesser i barnpsykoterapi. Men inom den offentliga vården ställer beslutsfattarna numera krav på så kallad evidensbaserad behandling, det vill säga behandlingsmetoder som visat sig ha effekt i utfallsstudier med randomiserat (slumpmässigt) urval mellan undersöknings- och kontrollgrupp. Inom forskningen saknas studier som på detta sätt påvisat effekt av psykodynamisk barnpsykoterapi (Weiss, Catron, Harris & Phung, 1999; Kazdin, 2000).

Det finns många tecken på att det är den psykiska hälsan som i dagens Sverige utgör det stora hälsoproblemet för barn och ungdomar (SOU, 1997:8; SOU 2001: 55). Tillströmningen till de öppna barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna i Stockholms läns landsting ökade kraftigt under hela 1990-talet och denna ökning har hittills fortsatt (NPLO, 2001). Större delen av personalen inom BUP har utbildning i psykodynamiska behandlingsmetoder. Dessa metoder har nu praktiserats under snart ett århundrades tid och behöver anpassas till förändringar i barns uppväxtvillkor samt till olika individuella behov. Även om metoderna i regel tillämpas på ett differentierat sätt och man försöker ”skraddarsy” behandlingen så att den passar den patient som man arbetar med, är detta ett tids- och energikrävande sätt att arbeta på och många misstag begås troligen i onödan. Det kan finnas mycket att vinna på att kontinuerligt undersöka och systematisera de olika erfarenheter som görs i den kliniska praktiken.

Med syfte att utveckla individuell psykodynamisk terapi för pojkar i lägre skolålder med beteendestörningar startade jag 1996 ett metodutvecklingsprojekt inom BUP. I föreliggande avhandlingsarbete har jag undersökt hur stödjande expressiv lekpsykoterapi (SEPP), en behandlingsmetod som utvecklats av Paulina Kernberg och Saralea Chazan (1991), tillämpades av de nio terapeuter som deltog i metodutvecklingsprojektet. Jag har även försökt belysa hur och under vilka betingelser som SEPP verkade ha önskvärd effekt.

Avhandlingens syfte och frågeställningar

Det övergripande forskningssyftet är att bidra till utvecklingen av ett differentierat teoretiskt underlag för individualpsykoterapi med beteendestörda pojkar. Den övergripande forskningsfrågan är: Kan SEPP vara en verksam behandlingsmetod för sociala beteendestörningar³ hos pojkar i latensåldern?

Det empiriska materialet har hämtats från det ovan beskrivna metodutvecklingsprojektet.

Specifika frågeställningar

Följande frågeställningar har undersökts:

1. Hur blev utfallet av terapierna?
 - a. I vilken utsträckning bedömde föräldrar, lärare och terapeuter att pojkarnas beteendeproblem förbättrades?
 - b. Hur bedömdes pojkarnas känslomässiga utveckling under behandlingstiden?
2. Hur tillämpades SEPP-metoden av de terapeuter som ingick i projektet? Finns något samband mellan detta och utfall?
3. Vad kan vara verksamt i SEPP?
4. För vilka typer av beteendestörningar passade SEPP?

Studiens karaktär

Detta är en naturalistisk klinisk studie, det vill säga genomförd inom ordinarie barnpsykiatrisk verksamhet. De nio pojkar, som behandlades i det ovannämnda metodutvecklingsprojektet, utgjorde en tämligen heterogen grupp avseende ålder, personlighetsutveckling, familjeförhållanden och sociala förhållanden. Terapeuterna hade alla lång erfarenhet av barnpsykiatriskt arbete, men de skiljde sig också åt i många avseenden. Terapierna utfördes vid olika mottagningar,

³ övergripande beteckning inom barnpsykiatri för barn som under längre period och i olika situationer uppvisar störande beteende

startade vid olika tidpunkter, blev olika långa och avslutades vid olika tidpunkter. I några fall förekom parallella behandlingsinsatser som skolexternat, terapi-koloni eller medicinering. Det fanns ingen kontroll- eller jämförelsegrupp. Olika metoder för att bedöma utfallet användes dock såväl under behandlingens gång som vid behandlingens slut. Jag tror nämligen att man har mer nytta av att identifiera aspekter av terapeutisk metodik om detta på något sätt kopplas till bedömning av terapeutisk effekt. Huvudfokus i avhandlingen ligger dock på den terapeutiska metodiken, inte på process eller utfall i de enskilda fallen.

På vilket sätt är detta en avhandling i pedagogik?

Psykoterapi kan sägas vara en professionaliserad psykosocial praktik, som syftar till att påverka människan i hennes livsvärld (Janson, 2001). Denna praktik används visserligen i ett medicinskt behandlande syfte, men bygger mer på den pedagogiska behandlingstanken med rötter i 1700-talets upplysningstid, enligt vilken behandling snarare betyder moralisk uppfostran (Levin, 1998). Det pedagogiska inslaget är särskilt tydligt i de olika former av beteendeterapi och kognitiv psykoterapi, som utvecklats på grundval av inlärningspsykologi, men på senare år har det också i allt högre grad uppmärksamats i de psykodynamiska terapiformerna (Lundh & Eriksson, 1994). Den behandlingsmetod som här undersökts, stödjande expressiv lekpsykoterapi (SEPP), är i sig också pedagogiskt utformad.

Vidare väcktes under arbetets gång en viktig vuxenpedagogisk fråga som handlar om hur barnpsykoterapeuter med psykodynamisk utbildning kan komplettera och utveckla sin behandlingsmetodik så att den blir till större nytta för barn med beteendestörningar. Vi lever i tid med snabba förändringsprocesser på alla områden och den kompetens som finns måste därför kontinuerligt underhållas och utvecklas. Hur kan man inom BUP-verksamheten göra detta? Villkor för fortsatt lärande och förändring (Qvarsell, 1996), inte endast för pojkarna utan även för terapeuterna, var inte från början en frågeställning för avhandlingen, men kom utifrån erfarenheterna av metodutvecklingsprojektet att visa sig vara en central fråga. Studien kan förhoppningsvis ge inspiration och idéer till fördjupad forskning av denna fråga.

Avhandlingens disposition

Avhandlingens första del presenterar utgångspunkterna för studien. Övergripande syfte och frågeställningar har redan presenterats i detta inledande kapitel. I de närmast följande kapitlen sammanfattas det aktuella kunskapsläget om

sociala beteendestörningar. I kapitel 2 diskuteras vad som menas med beteckningen "social beteendestörning" och vad som kan ligga bakom denna typ av störning? I kapitel 3 beskrivs hur arbetet med barn som har sociala beteendestörningar har utvecklats inom den psykiska barna- och ungdomsvården i Stockholm? Kapitel 4 handlar om metodutvecklingen för denna målgrupp inom individuell barnpsykoterapi. I kapitel 5 sammanfattas forskning om barn med sociala beteendestörningar och om psykoterapi med dem. I kapitel 6 beskrivs det metodutvecklingsprojekt som givit det empiriska materialet för avhandlingen och i kapitel 7 beskrivs behandlingsmetoden stödjande expressiv lekpsykoterapi (SEPP).

Den andra delen handlar om forskningsmetod. Forskarrollen och valet av forskningsansats diskuteras i kapitel 8. Undersökningsgruppen, det vill säga pojkarna och terapeuterna beskrivs i kapitel 9. De metoder och variabler, som använts för att samla in och bearbeta data, beskrivs i kapitel 10 och 11.

I avhandlingens tredje del presenteras resultaten, det vill säga erfarenheterna från metodutvecklingsprojektet och den uppföljning som gjorts av behandlingarna. Detta beskrivs och diskuteras i kapitel 12 - 16 i förhållande till avhandlingens frågeställningar.

Avhandlingen avslutas med en sammanfattning av de resultat som bedömts som viktigast. Dessa diskuteras sedan i förhållande till avhandlingens övergripande forskningsfråga:

Kan SEPP vara en verksam behandlingsmetod för sociala beteendestörningar hos pojkar i latensåldern? Under vilka omständigheter?

Kapitel 2. Störande beteende eller beteendestörning

Besvärliga barn

Många av de barn, som föräldrar och andra vuxna söker hjälp för inom barnpsykiatri, beter sig på ett för omgivningen störande sätt. De accepterar inte eller kan inte följa sociala regler, de kan inte fungera tillsammans med andra barn i grupp, de är oroliga, retsamma och explosiva och de provocerar ofta andra till motaggression. Det rör sig mest om pojkar. Flickor visar vanligen mer diffusa och inåtriktade symtom på psykisk ohälsa, även om en viss förändring mot mer utåtriktad aggression har kunnat observeras i flickors beteendemönster (Andersson, 1996) och skillnaden mellan könen i detta avseende minskar när barnen kommer i puberteten (Vasta, Haith & Miller, 1995).

Det är inte lätt att ha med oroliga och trotsiga barn att göra. Såväl vuxna som barn undviker därför, om de kan, närmare kontakt med dessa barn. Ett barn, som kanske redan känner sig osäkert på att vara omtyckt, får då ytterligare bekräftelse på att inte vara det (Kernberg & Chazan, 1991). Samtidigt lyckas besvärliga barn i dagens samhälle ofta få annat som de vill ha - saker, favörer, uppmärksamhet. Om man inte kan få kärlek, kan man i alla fall få kontroll och makt! På detta sätt kan det aggressiva beteendemönstret förstärkas och permanentas (Patterson, 1982; Patterson, Reid & Dishion, 1992). I det korta perspektivet verkar det faktiskt ibland löna sig för barn att bära sig illa åt. Man kan i dagliga livet ofta se hur aggressivt beteende hos små barn bagatelliseras eller förklaras bort. Ett exempel: På kalaset knuffar sig en pojke före de andra i kön till tårtan, en pojke sliter ifrån en annan hans fiskdammsvinst, en pojke lägger hela tiden beslag på födelsedagsbarnets traktor och en flicka saboterar värdinnans försök att ordna gemensamma lekar genom att skrika fula ord. De vuxna som är med gör endast halvhjärtade försök att ingripa. Detta beror troligen framför allt på att man inte vågar säga till någon annans barn, men också på att man inte vill riskera ett utbrott från sitt eget barn. Istället vänder man sig besvärad bort och låtsas inte se eller höra. Kanske tänker man att sådant uppförande växer bort av sig självt. Men barn behöver vuxnas hjälp med sin socialisering (Liljeström, 1977) och troligen kommer några av de här barnen senare, att definieras som "problembarn". Då tvingas vuxenvärlden att ingripa och idag gör man det vanligen genom att på något sätt sjukförklara barnet (Kärfve, 2000).

Att tolka aggressivt beteende som symtom på psykisk ohälsa är ett tämligen sent påfund. Tidigare såg man "vanartiga" barn helt enkelt som ouppfostrade och det var egentligen först på 1940-talet som destruktivt och utagerande beteende började definieras som symtom på psykisk störning (Vinterhed, 1977;

Qvarsell, 1985; Levin, 1998). Ett sådant beteendemönster är ju heller inte avvikande i våldspräglade uppväxtmiljöer, där det snarare kan ses som funktionellt ur överlevandesynpunkt (Patterson, DeBaryshe & Ramsey, 1989) och även i andra traumatiska livssituationer, som under krig. Troligen är det i vissa av dagens skolmiljöer också ganska funktionellt att uppträda aggressivt (Garbarino, 1999).

Att något är funktionellt ur överlevandesynpunkt är dock inte detsamma som att det gynnar en sund personlighetsutveckling. Aggressivt agerande barn får, även om de från början kan sägas reagera ”normalt” i den miljö där de växer upp, ofta med tiden allvarliga problem med såväl sin sociala anpassning som sin psykiska hälsa, vilket kommer att belysas närmare i genomgången av forskningslitteraturen nedan.

Aggressivt beteende

Aggressivitet utgör en nödvändig del av människors liv. Långtifrån allt aggressivt beteende kan definieras som problematiskt eller ”stört”. Men komplexitet är svårhanterad och ofta visar människor en dubbel och oklar inställning till fenomenet aggressivitet. Aggressiva intentioner hos individer, särskilt barn, förnekas gärna. Trots alla bevis på motsatsen omhuldas i dag gärna föreställningen om människan som född helt god – i motsats till den i kristna kulturer tidigare vanliga föreställningen om ”arvssynden”. Lorentzon skriver i ”Vredens pedagogik” (1991) att

...hat och vrede under det senare halvsekleet alltmer kommit att uppfattas generellt som om det vore ett symtomatiskt beteende och inte en mänsklig arvedel. Det är som om vi trodde att dessa känslor inte var berättigade och att vi kunde – om vi bara hittade ett alternativt bemötande – få dem att upphöra i människolivet....Den omnipotens som de humanvetenskapliga förändringsteknologierna väckt till liv inom så många av oss har givit näring åt övertygelsen att vi skall kunna göra alla människor snälla och rara (s.74).

Ordet *aggressivitet* kommer från det latinska ordet *adgradior* som betyder ”Jag går framåt”. Fenomenet aggressivitet har enligt Storr (1992) ”intimt samband med självbevarelse, självhävdelse och självbekräftelse och slår endast över i hat och destruktivitet om självbevarelsen hotas och självbekräftelsen förnekas”(sid.23). Aggressiviteten kan ses som en nödvändig instinkt eller drift hos människan och har även definierats som en sådan av Sigmund Freud (1920) och Konrad Lorentz (1966).

Parens (1979) skiljer i sin forskning om aggressionens⁴ utveckling hos små barn mellan icke-destruktiv och destruktiv aggressivitet och hävdar att den senare alltid är ett resultat av frustration eller smärtsamma/obehagliga upplevelser. En snävare definition av begreppet aggression ges bland annat av Berkowitz (1993), som beskriver aggression som en handling som utförs med intentionen att skada någon, vilket inte alltid måste vara utlöst av frustration, utan också kan vara ett instrumentellt beteende som syftar till att uppnå något annat mål. Han skiljer mellan övervägande känslomässig och övervägande instrumentell aggression. I praktiken är det dock ofta svårt att skilja ut dessa olika typer av aggression, eftersom det aggressiva beteendet utlöses av flera olika orsaker som samverkar på ett komplext sätt.

Enligt Tomkins' affektpsychologi (Demos, 1995) utgör ilska en av de åtta primära affekterna hos människor. Det ovan av Storr nämnda nära sambandet mellan aggressivitet och självbevarelse återspeglas inte endast i samspelet mellan ilska och rädsla utan även i det mellan ilska och skam. Havnesköld (1998) beskriver detta samband på följande sätt

Många har pekat på ilskans inneboende förbindelse med det speciella motivationssystem som vi kallar "kamp- flykt". Detta överlevnadssystem innefattar specifika handlingsmönster och kroppsreaktioner som utlöses av hot och fara. Ilska och raseri har troligen haft ett högt överlevnadsvärde för människor när de varit "ställda mot väggen" och varit tvungna att kämpa. Ilskan tycks förstärka alla de beteenden och fysiologiska reaktioner som är till nytta i en strid, inklusive känslan av att vara sammanhållen och fokuserad. Ilskan "samlar ihop" vår känsla av ett själv, vilket är precis raka motsatsen till affekten skam, som har en tendens att få oss att "förlora självet" (jämför uttrycket "tappa ansiktet").

Det är därför vanligt att ilska fungerar som ett försvar mot skamkänslor. Ilskan får på detta sätt funktionen att kortsiktigt överskyla och förneka självförakt och motverka risk för inre sönderfall. Den person som anses ha bidragit till hotet mot självkänslan väcker ofta hatkänslor. Hos det aggressiva och våldsamma barnet kan man därför anta att det ofta finns ett betydande självförakt. Aggressionen blir ett sätt att "ta plats på scenen", ty att bli fruktad eller till och med hatad framstår som ett sätt att få social bekräftelse och utgör måhända i sig även ett omedvetet hopp om att "något ska förändras". Aggressionen fungerar här samtidigt både som ett slags hämnd, en sammanhållning av självet och ett "rop på hjälp" (s.122-123).

Beteendestörning

Begreppet *social⁵ beteendestörning* används inom barnpsykiatrien som en övergripande beteckning för barn som under en längre period och i olika situationer uppvisar beteenden som stör barnets och omgivningens sociala liv

⁴ I den engelskspråkiga facklitteraturen används i allmänhet begreppet *aggression* som enligt Laplanche & Pontalis (1973) är synonymt med *aggressiveness* och *aggressivity*. I svensk litteratur betecknar *aggressivitet* vanligen känslan/impulsen och *aggression* beteendet.

⁵ Ordet *social* syftar här just på beteendet och innebär inte något antagande om orsakssammanhanget bakom störningen.

(Svedin, 2000) betar sig oppositionellt, destruktivt eller antisocialt. En beteckning som också ofta används, särskilt i forskningsrapporter, är *externaliserande* störning. Med båda dessa begrepp menas en störning där symtomen riktas mot omgivningen och andra människor, framför allt genom oppositionellt, hyperaktivt, aggressivt och antisocialt beteende (Kazdin, 2000).

Inom svensk barnpsykiatri får barn med många och ihållande externaliserande symtom diagnoser under samlingsrubriken *utagerande stört beteende*, som är den svenska översättningen (1995) av "attention-deficit and disruptive behavior disorders" i det amerikanska diagnossystemet DSM IV (1994). (Det hade varit mer korrekt, men sämre språkligt, att översätta detta med "Uppmärksamhetsbrist och störande beteendestörning".) Det finns tre olika huvudsyndrom:

1. *Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning* (amerikansk förkortning: ADHD = Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Detta syndrom anses ha neurologisk grund och förekommer enligt DSM IV hos 3-5 % av alla skolbarn. Barnen visar från tidig ålder stora brister i sin koncentrationsförmåga, samt är hyperaktiva och impulsstyrda. Inlärningssvårigheter är vanliga. På grund av syndromets negativa inverkan på det sociala samspelet, inlärningsförmågan och självkänslan utvecklar barn med ADHD-syndrom ofta också känslomässiga störningar, framför allt av typen uppförandestörning eller trotssyndrom. Under gynnsamma omständigheter tycks syndromet kunna kompenseras och barnet behöver inte bli känslomässigt stört.

2. *Uppförandestörning* (CD= Conduct Disorder)

Barn som får denna diagnos har under längre tid visat ett beteendemönster, som bryter mot gällande regler och värderingar och kränker andras grundläggande rättigheter. Exempel på beteenden som ingår i detta syndrom är: fysisk aggressivitet, eldsanläggning, stöld, vandalisering, skolk, rymning, sexuella övergrepp på andra barn, djurplågeri. I USA är detta en av de vanligaste diagnoserna inom barnpsykiatri och störningen anses ha ökat i omfattning under de senaste tio-tjugo åren. Eftersom frekvensen troligen varierar med olika populationer är det svårt att uppskatta hur vanligt förekommande störningen är, men för pojkar uppges i DSM IV (1995) procentsiffror från 6 till 16%, för flickor från 2 till 9%. Diagnosen ställs sällan före skolåldern. Det finns tre svårighetsgrader: lindrig, måttlig, allvarlig.

3. *Trotssyndrom* (ODD= Oppositional Defiant Disorder)

Barn som får denna diagnos har under längre tid visat ett trotsigt och fientligt beteendemönster. Aggressiviteten uttrycks framför allt verbalt - barnet skriker, använder fula ord, retas, vägrar lyda eller utföra uppgifter. Allvarlig fysisk aggression är sällsynt. Det trotsiga och negativistiska beteendet förekommer

nästan alltid i hemmiljön eller tillsammans med vuxna som barnet känner väl, exempelvis daghemspersonal, medan det inte alltid märks i skolan. Här föreligger en viktig skillnad mot uppförandestörning, där aggressiviteten inte alltid märks i hemmiljön och lika mycket (eller mer) kan rikta sig mot kamrater eller djur som mot vuxna auktoriteter. Symtomen på trotssyndrom visar sig i regel före åtta års ålder. De sägs vanligen börja visa sig hemma och sedan sprida sig till andra miljöer som barnet vistas i. Det är inte ovanligt att störningen successivt förvärras så att barnet senare under skolåldern uppfyller kriterierna för uppförandestörning.

Trotssyndrom har visat sig vara särskilt vanligt hos pojkar, som tidigt visat ett häftigt temperament och ovanligt hög motorisk aktivitet (Sanson, Oberklaid & Schell, 1991). Samtidig förekomst av specifika inlärningsproblem (såsom dyslexi) och ADHD-syndrom är vanligt. Mellan 2 och 16 % av alla barn uppskattas enligt DSM IV (1994) uppfylla kriterierna för denna diagnos.

I denna studie används termerna *social beteendestörning* och *externaliserande störning* som övergripande samlingsbeteckningar av de problem som undersöks. Tidigare kallades inom svensk barnpsykiatri dessa barn vanligen för *utagerande*. Det kan dock vara missvisande att använda denna term som övergripande beteckning, eftersom allt störande beteende inte kan förklaras som utagerande av aggressivitet. De barn som det gäller utgör i verkligheten en heterogen grupp, som rymmer många olika typer och grader av psykologiska störningar, men i såväl diagnostik som forskning behöver man använda sig av kategoriseringar. I möjligaste mån har jag i denna text dock försökt undvika att omnämna barn som beteendestörda. Där jag ändå har gjort det istället för att tala om barn *med* beteendestörningar är det för att texten annars skulle ha blivit för tung.

Psykodynamisk bedömning

De ovan beskrivna DSM IV-diagnoserna beskriver hur barnet reagerar och uppför sig, det vill säga dess beteendemönster i förhållande till omgivningen. För att kunna fatta beslut om lämplig behandling behöver man också förstå något om barnets inre liv, det vill säga göra en bedömning av dess personlighetsutveckling. Inom barnpsykiatri använder de flesta psykologer som gör sådana utredningar sig av en psykodynamiskt grundad diagnostisk modell enligt vilken den "inre strukturen" bedöms som övervägande psykotisk, borderline eller neurotisk (Carlberg, 1994).

Ett barn som inte verkar uppfatta någon gräns mellan inre och yttre upplevelser, mellan fantasi och verklighet, mellan det egna självet och andra, sägs ha en

psykotisk personlighetsstruktur. Denna diagnos är ganska sällsynt inom barnpsykiatri (Carlberg, 1994).

Borderline personlighetsstruktur (Knight, 1953; Kernberg, 1975) används som en samlingsbeteckning för olika typer av störningar, där den inre strukturen bedöms befinna sig mellan neurotisk och psykotisk struktur. Graden av struktur kan variera från låg (nära psykotisk) till hög (nära neurotisk). Det räcker dock inte med att bedöma graden, eftersom brister eller störningar i strukturen kan gälla å ena sidan övervägande så kallade jagfunktioner som perception, uppmärksamhet, motorik, verbalisering, impulskontroll, frustrationstolerans, verklighetsanpassning, å den andra övervägande utvecklingen av självkänsla, empati och så kallade överjagsfunktioner som förmågan att känna skuld och ånger. Kännetecknande för barn som anses ha borderlinestörning är att de har svårt att integrera känslomässiga upplevelser, kontrollera impulser och symbolisera. De blir därför lätt överväldigade av stark aggressivitet, har en övervägande negativ inre bild av sig själva och andra, dålig grundtillit och låg ångesttröskel. Många barn med beteendestörningar fungerar på detta sätt. På senare år har borderline-diagnosen för barn ifrågasatts och nya mer differentierade diagnosformer håller på att införas. Vid tiden för det behandlingsprojekt som ligger till grund för denna avhandling var dock alltså denna diagnos den inom barnpsykiatri mest använda.

När störningen främst berör självkänsla och överjagsutveckling brukar den kallas för narcissistisk personlighetsstörning (O. Kernberg, 1975). Enligt P. Kernberg (1989, 2000) kan också barn uppvisa en begynnande sådan personlighetsstörning. Sådana barn beskrivs vara till synes starkt självmedvetna, men ha en allvarligt skadad självkänsla. De kan fungera yttligt bra i sociala sammanhang och visar inga tecken på jagsvaghet, så länge som deras ömtåliga självbild inte utmanas. På grund av den störda regleringen av självuppskattning har de konstant behov av uppmärksamhet och beundran från omgivningen. De måste alltid vinna och vara bäst, och de nedvärderar ofta andra för att själva känna sig bättre. De skryter och ljuger för att vidmakthålla en omnipotent självbild. Samtidigt är de lättsårade och lättkränkta. På grund av sin bristande empatiska förmåga fungerar de dåligt tillsammans med andra barn och blir inte omtyckta av kamrater. De attackerar oftare med ord än fysiskt, men deras verbala aggression kan vara ytterst kännbar. Dessa barn har vidare svårt att tåla känslor av skuld och skam, som de istället försöker överföra till omgivningen (Beren, 1998). Trots att många av dem är begåvade misslyckas de ofta i skolarbetet.

Inom det så kallade borderlinespektrat finns även diagnosen antisocial personlighetsstörning, vars kriterier enligt Kernberg (2000) också uppfylls av barn som avsiktligt och till synes känslolokalt skadar andra. Dessa barn bör enligt Kernberg (ibid.) diagnostiskt skiljas ut från mer impulsdrivna barn med diagnosen uppförandestörning.

Ett barn med *neurotisk* personlighetsstruktur anses ha en relativt klar uppfattning om sig själv som individ i förhållande till sina närstående och andra. Han

kan i rimlig grad hårbärgera motstridiga känslor och impulser utan att agera ut dem, har viss förmåga att skjuta upp behovstillfredsställelse och känner skuld när han vet sig ha gjort någon annan illa. Ett sådant barn anses i vår kultur inte ha någon personlighetsstörning, men kan ändå vid påfrestningar eller familjekonflikter reagera med neurotiska symtom såsom fobier, tvångshandlingar, snatteri, sömn- och ätstörningar och vredesutbrott (Carlberg, 1994).

Hur förklaras uppkomsten av sociala beteendestörningar?

De flesta forskare är idag överens om att man måste betrakta beteendestörningar ur ett interaktionistiskt perspektiv, det vill säga att man anser att flera olika faktorer vanligen samverkar till att en sådan störning utvecklas (af Klinteberg, 1997; Wångby, 1997). Det kan handla om tidiga relationserfarenheter, genetiska faktorer, kroppsliga sjukdomar och skador samt om socialt strukturella faktorer. Utifrån olika teoretiska perspektiv läggs huvudvikten vid den ena eller den andra av dessa faktorer. Nedan beskrivs kortfattat tre olika förklaringsmodeller som kan användas för att förstå hur sociala beteendestörningar kan uppkomma.

Psykodynamisk förklaringsmodell

Begreppet psykodynamisk avser de psykiska krafter som samverkar till en människas upplevande och handlande. Dessa krafter är till stor del av omedveten natur och måste förstås i ljuset av individens tidigare utvecklingshistoria. Konfliktbegreppet är här centralt.

Dynamisk psykologi kan idag ses som en allmän psykologi, präglad av den psykoanalytiska vetenskapen med dess minutiösa studium av de psykiska krafter som verkar inom och mellan människor. Människans handlingar, även de som kallas för psykiska symtom - ses med ett psykodynamiskt synsätt som i princip meningsfulla och förståeliga. Att ha ett psykodynamiskt synsätt betyder dock inte att man förringar vikten av konstitutionen eller de biologiska faktorerna i den totala bilden av det mänskliga beteendet (Cullberg, 1984, s. 69).

Det finns flera olika psykoanalytiska teorier, men de utgår alla från den kring förra sekelskiftet av Sigmund Freud (1920) utvecklade teorin. Det unika bidraget till förståelse av mänskligt beteende i denna teori var upptäckten av en omedveten inre värld hos varje människa som påverkar det hon medvetet upplever och gör. Denna omedvetna inre värld börjar troligen byggas upp hos spädbarnet (eventuellt redan under fosterstadiet) och traumatiska upplevelser under de första levnadsåren antas ha särskilt stor betydelse.

Ur ett psykodynamiskt perspektiv ses brister i det tidiga känslomässiga samspelet mellan barnet och dess vårdare, vanligen föräldrarna, som en möjlig orsak till beteendestörningar. Enligt Bowlby (1969), som lade grunden till den psykologiska anknytningsteorin, måste spädbarnet för att överleva "vara utrustat

med ett beteendesystem vars funktion är att främja tillräcklig närhet till den huvudsakliga vårdaren - oftast modern - så att föräldrabeskyddet underlättas" (Broberg, 1999) Barnet knyter känslomässigt an till den vuxna person som vårdar det eftersom detta ger det en upplevelse av trygghet. Utifrån sina upplevelser i detta tidiga känslomässiga samspel bygger barnet upp inre arbetsmodeller för relaterande till andra. Dessa inre arbetsmodeller visade sig i studier av Ainsworth och medarbetare (1978) motsvaras av tre olika anknytningsmönster hos barn i åldern 12 till 18 månader: trygg, otrygg-undvikande och otrygg-ambivalent. En fjärde typ av anknytningsmönster, otryggt-desorganiserat, identifierades senare (Main & Solomon, 1986). Det desorganiserade anknytningsmönstret, som i hög grad bygger på rädsla, har visat sig vara en betydande riskfaktor för individens fortsatta utveckling och anpassning, särskilt i kombination med andra riskfaktorer (Greenberg, Speltz, & deKlyen, 1993; Lyons-Ruth, 1996; Fonagy, Target, Steele & Steele, 1997; Fonagy, 2001).

Den jagpsykologiska inriktningen, som inom barnpsykologin främst representeras av Anna Freud (1965) betonar den inverkan som brister i miljön kunde ha på utvecklingen av de viktiga jagfunktioner som barnet behöver utveckla under sina första år. Med detta menas funktioner som kontaktförmåga, kognition, perception, impulskontroll, frustrationstolerans och adaptiva ångestförsvar, vilka alla utgör viktiga verktyg i den sociala anpassningen. Objektrelationspsykologin, som bland andra representeras av Melanie Klein (1946), betonar snarare den inverkan på barnets uppfattning om sig själv och sina relationer till andra som tidiga överväldigande upplevelser av ångest och aggressivitet kan ha. Dessa olika perspektiv har kompletterat varandra och ur utvecklingspsykologisk synpunkt gjort såväl beteendestörningar hos barn som personlighetsstörningar hos vuxna begripliga. Viktiga bidrag till en ökad förståelse av fenomenet har dessutom lämnats av självpsykologin, företrädd av bland andra Daniel Stern (1985) och Joseph Lichtenberg (Fosshage, 1998) samt av affektpsikologin, vars grundare anses vara Silvan Tomkins (Demos, 1995).

När nyfödda barn utsatts för obehag eller smärta, reagerar de med att fäktas och skrika förtvivlat. Om de inte snabbt får hjälp och olustupplevelsen ökar, uppvisar de något som liknar ett raseriutbrott. Detta raseri har som syfte att befria dem från olusten, inte att skada någon annan. Parens (1979), som undersökt utvecklingen av aggression under de första levnadsåren, ser det tidiga raseriutbrottet som en "aggressive-ridding impulse". Denna impuls kan då höra ihop med en medfödd aggressionsdrift, som individen behöver för att påverka, kontrollera, bemästra och assimilera sin omgivning, och som alltså tjänar överlevnadens och utvecklingens syften.⁶ Senare, från och med ungefär andra

⁶ Enligt Lichtenbergs självpsykologiska teori (Fosshage, 1998) är det alltför förenklat att se icke-fientlig självhävdelse (assertiveness) som ett utslag av samma drift som fientlig aggression. Självhävdelsen hänförs istället till ett "exploratory-assertive" motivationssystem och aggressionen till ett "aversive" system.

halvåret, kan barn som utsätts för starka olustupplevelser även visa känslor av hat och fientlighet mot omgivningen. Då grundläggs den mer komplexa form av aggression som också har destruktiva intentioner. Frågan om människans aggressivitet är medfödd eller inlärd kan enligt Parens därför besvaras med "både-och". Den sunda aggressionsdrift som vi behöver för att överleva och ta för oss av det som livet erbjuder är medfödd, men alltför negativa upplevelser kan snedvrider driften så att den blir destruktiv.

Inga föräldrar klarar att helt skydda sina barn från olust och smärta. Ett visst mått av frustration eller hinder för omedelbar tillfredsställelse verkar också behövas för att psykisk utveckling skall ske (Hartmann, 1950). Det är antagligen sådana frustrationer som sätter i gång den för oss människor så viktiga aktiviteten att formulera tankar kring våra upplevelser, en process som kallas "mentalization" eller "reflective process" (Fonagy, 1999). Förutsättningen för att en sådan psykisk process skall komma i gång hos små barn är dels att frustrationen inte är alltför stor, dels att barnet får psykologiskt stöd från någon vuxen anknytningsperson, som själv är i stånd att verbalisera känslomässiga upplevelser. I annat fall är det troligt att barnet fortsätter att agera ut sina upplevelser på något sätt. Detta kan ske genom psykosomatiska reaktioner, hämnings- eller ångestsymtom, men det vanligaste är ett överaktivt, aggressivt och krävande beteende.

Även erfarenheter som barnet gör efter de första åren kan leda till ett aggressivt utagerande beteende. Utvecklingen av förmågan till ett inre reflekterande och den med den sammanhängande förmågan till empati (Holm, 1987) pågår under hela uppväxten. Barn, som växer upp i våldsamma och oförutsägbara miljöer, som utsätts för fysisk bestraffning, misshandel eller sexuella övergrepp, överlever kanske psykiskt genom att inte försöka förstå de vuxnas känslor eller överhuvudtaget reflektera över vad som händer. Istället kan de reagera med att själva bete sig aggressivt mot andra (Fonagy, 1997).

Små barn, som förlorar en anknytningsperson reagerar ofta med vredesutbrott. Depression hos barn visar sig ofta i rastlöst och överaktivt beteende (Lagerheim, 2000) och kan särskilt hos pojkar ta sig aggressiva uttryck (Nilzon, 1995). Enligt Fisher (1998), som gått igenom den barnkliniska litteraturen på detta område, finns så många likheter mellan barn som får diagnoserna utagerande stört beteende och depression att det finns risk för att depression hos barn inte behandlas rätt. Det är inte ovanligt att pojkar med beteendestörningar uttrycker självmordsönskningar, även om genomförda självmord är mycket ovanliga bland barn (Hultén, 2000). En stor del av de här pojkarna tycks också i tonåren agera självdestruktivt (Groeholt, Ekeberg, Wickstrom & Haldorsen, 2000) och man har i

uppföljningsstudier funnit en överdödlighet i olycksfall för denna grupp (Dalteg & Levander, 1998).

Psykosocial förklaringsmodell

Bristande uppfostran ses ofta som en förklaring till störande beteende hos barn. Man menar att föräldrar inte sätter gränser eller ställer adekvata krav på sina barns uppförande. Förhållandet mellan barnuppfostran och sociala beteendestörningar är dock betydligt mer sammansatt. Många av dessa barn tycks tvärtom ha utsatts för en auktoritär och hård uppfostran, åtminstone delvis eftersom de också ofta har blivit inkonsekvent behandlade (Lyons-Ruth, 1996). Olwéus (1980) fann att ett mönster med hårda bestraffningar och en avvisande hållning i kombination med eftergivenhet hos modern predicerade aggressivt beteende hos pojkar. Mc Cord (1986) fann liknande uppfostringsmönster i familjer där pojkarna senare blev kriminella, men inte i de familjer där pojkarna inte blev kriminella. I de kriminella pojkarnas familjer hade föräldrarna bedömts visa mindre tillgivenhet och mer aggressivitet, dessutom hade de bedömts vara mer inkonsekventa. Resultaten i studier av denna typ är dock svårbedömda, eftersom såväl föräldrarnas som barnens beteende påverkas av många olika faktorer. Jonsson (1967), som flera år tidigare i linje med de ovan citerade studierna hade funnit att antisociala pojkars föräldrar gav uttryck för en mer auktoritär syn på uppfostran än föräldrarna i en kontrollgrupp, påpekade att denna skillnad i sin tur kunde bero på sociala skillnader mellan de olika grupperna.

De samband som kunnat konstateras mellan föräldrars och barns aggressiva beteende, kan förklaras som social inläring (Bandura, 1977). När föräldrar beter sig aggressivt och använder sig av skäll och stryk som huvudsaklig uppfostringsmetod lär sig många barn att hota och tvinga sig till det de vill ha - och med hjälp av aggressivt beteende slippa göra sådant de inte vill göra. Patterson (1982) beskrev detta som ett vanligt, successivt upptrappat, mönster i familjer där barnen uppvisade beteendestörningar och benämnde det som "coercive family process". Han påpekade också att dessa barn samtidigt ofta går miste om att lära sig positiva sociala färdigheter, vilket ytterligare förstärker deras tendens att reagera aggressivt och söka sig till antisociala kamratgäng.

Kazdin (2000) hävdar att studier av "parent training" (min översättning = praktisk föräldrautbildning) har visat att externaliserande störningar hos barn orsakas av föräldrarnas beteende. Enligt bland andra Barkley (1998) kan dock det kausala sambandet tänkas gå i den andra riktningen: irriterat och inkonsekvent beteende hos föräldrar kan vara följden av de påfrestningar som barnets svåra temperament eller neuropsykiatriska avvikelser innebär. Detta är en viktig invändning, men det finns ändå anledning att reflektera över hur vanliga föräldrabeteenden påverkar barns socialisering. Det handlar för övrigt inte endast om

hur föräldrar beter sig mot barn, utan också om hur andra vuxna i omgivningen agerar.

Familjelivet har under de senaste decennierna förändrats mycket. Froenes (1995) hävdar att föräldrar idag befinner sig i en paradoxal situation. Å ena sidan har barnuppfostran i stor utsträckning institutionaliserats och barnen tillbringar mycket mer tid tillsammans med professionella pedagoger än med sina föräldrar. Båda föräldrarna yrkesarbetar i regel. Men å andra sidan har samtidigt föräldrarnas betydelse för barnens känslomässiga och sociala utveckling ökat. Detta har många orsaker. Barn kan på grund av olika faror inte längre röra sig fritt ute i samhället på samma sätt som tidigare. De behöver skyddas mer och blir också under längre tid ekonomiskt beroende av sina föräldrar. De flesta människor är också idag medvetna om de första levnadsårens inverkan på personlighetsutvecklingen samt om sambandet mellan hemmiljö och skolprestationer.

Det nya "fria" uppfostringstänkande, som började spridas på 1930-talet och efter andra världskriget blev mer allmänt accepterat i Sverige, medförde att lydnad och foglighet gentemot yttre auktoriteter inte längre sågs som ett mål för barnuppfostran. I "Det finns inga elaka barn" (1946), en bok som vände sig till föräldrar, hävdade psykologerna Mirjam och Joachim Israel att målet för uppfostran istället skulle vara att utveckla "en kritisk och självständig personlighet" och att skapa "aktiva och fria individer, för vilka hänsynstagande till andra människors rättigheter ter sig som något alldeles självklart, när de är lyckliga och harmoniska själva" (s. 142). I dag tycks dock inte heller internalisering av vissa etiska värderingar, i enlighet med den "inner directedness" som beskrevs av Riesman (1950), vara ett prioriterat mål för uppfostran. Snarare är det i dagens föränderliga och pluralistiska samhälle "other directedness" eller med en modern term "social kompetens" som gäller (Youniss, 1992), det vill säga förmågan att uppfatta sociala regler och signaler och dessutom genom ett empatiskt relaterande till andra i omgivningen förstå och anpassa sig till dessa andras intentioner, känslor och önskningar.

Enligt Liljeström (1977) utgör kärlek och auktoritet de två grundelementen i socialisering av barn. Detta gör med nödvändighet förhållandet mellan barn och vuxen asymmetriskt. Den vuxna har större kunskap om sociala mönster och regler, dessutom större förmåga att avläsa och förstå barnet än vad barnet har i förhållande till den vuxna. Målet för fostran är dock en symmetrisk relation – när barnet har vuxit upp och själv kan ta ansvar för sina handlingar. Men till dess är det

...svårt att finna den avvägning mellan auktoritet och kärlek, som är förutsättningen för att barn införlivar regler och riktlinjer och samtidigt bevarar förmågan att, om så krävs, ta personligt ansvar för att försvara och/eller förändra dem (Liljeström, 1977, s.26).

Den nya uppfostringssynen medförde viktiga förändringar: barns rättigheter uppmärksammades och den förr så vanliga fysiska bestraffningen av barn blev förbjuden i svensk lag. Efterhand tycks dock istället en idealiserande inställning till barn och ett förnekande av generationsgränser ha utvecklats, som i praktiken kan innebära ett övergivande från de vuxnas sida (Bly, 1996). Vuxna har blivit rädda för att framstå som auktoritära, blandar samman detta med att utifrån kunskap och erfarenhet vara auktoriteter och inser inte att gränssättning är något helt annat än övervåld och bestraffning (Grandelius, 1999). Den vägledning, som barn på grund av sina begränsningar i mognad, kunskap och erfarenhet behöver, uteblir därför ofta.

När barnet inte kan bestämma sig för hur han skall göra eller handlar på ett sätt som kan förorsaka skada, är det fråga om att sätta en gräns. Det innebär att man ställer sig i vägen för barnets strävan till självständighet, och irriterar barnet. Den ilskan måste en förälder kunna ta emot och tåla. Han eller hon måste stå för sin åsikt." (Sinkkonen, 1990, s.44)

Den gängse synen på uppfostran förändras dock hela tiden och möjligen kan pendeln nu vara på väg att svänga åt motsatt håll, vilket inte heller är oproblematiskt. Det kan leda till att vuxna återigen börjar ställa alltför hårda och oempatiska krav på barn.

Idag betraktas det allmänt som självklart att det är nödvändigt att sätta gränser i uppfostran igen, men det är för föräldrar inte alltid enkelt att i praktiken återta synen på auktoritetens värde utan att samtidigt hemfalla i en auktoritär, respektlös och maktutövande hållning. Det var ju inte heller så länge sedan barn betraktades som vilda, ociviliserade varelser som måste hållas kort, fostras, tyglas och kontrolleras för att utvecklas väl, åt det rätta hållet (Teurnell, 2000, s. 77) .

Ibland tycker man sig inom barnpsykiatrin se exempel på att föräldrar uppmuntrar sina barns aggressiva beteende. Det kan vara föräldrar som själva haft negativa erfarenheter av skolan och som därför kanske egentligen sympatiserar med barnets trotsiga hållning mot lärarna. Barnet kan då sägas få ge uttryck åt förälderns känslor. Ett barns bråkiga beteende kan i vissa fall även fungera som avledare från konflikter mellan föräldrarna. Istället för att gråla med varandra grålar man på barnet. En sådan "syndabocksteori" (Cullberg, 1984; Wrangsjö, 1993) kan förklara en del störande beteende hos barn, även om den under familjeterapins inledande period på 1970-talet ibland tillämpades väl urskiljningslöst inom barnpsykiatrin,

Pojkar som saknar positiv kontakt med sina pappor eller andra fadersfigurer kan få svårt att utforma sin manliga identitet och hantera sin aggressivitet (Jonsson, 1967; Widener, 1998). Bristen på kontakt med vuxna män kan i

dagens samhälle dock sällan kompenseras, eftersom manlig personal i hög grad saknas inom skola och barnomsorg.

Skolan, svenska barns arbetsmiljö under tolv års tid, har liksom förskola och fritidshem fått ett tungt ansvar för barns sociala utveckling (Guvå, 2001). Utöver uppgiften att undervisa barn har skolan i praktiken i dag också uppgiften att i samarbete med föräldrarna socialisera barnen (LPO, 1994). Samtidigt har kraven på individualisering och differentiering inom klassens ram ökat och specialklasserna försvunnit (Guvå, 2001). Även svårt störda och störande barn anses kunna gå i ”vanlig”, det vill säga stor klass, i bästa fall med hjälp av en elevassistent. I kombination med den ovannämnda rädslan hos dagens vuxna för att ta på sig en auktoritetsroll leder detta till att barn i stor utsträckning får klara ut sina konflikter själva. Lundqvist och Walch (1989) beskriver hur terapi-grupper med barn har förändrats från 1950-talet

De barn som kommer till terapigrupper idag är däremot osäkra på om den vuxne är att räkna med, om den vuxne kommer att ta ansvar. De är i sitt dagliga liv utlämnade till att klara sig på egen hand på ett helt annat sätt än förra generationens barn. Detta medför att dagens barn har en helt annan rädsla än femtiotalsbarnen. Förra generationens barn var mer allmänt rädda för vuxna, för straff och krav sammankopplade med kontakten med vuxna, än dagens barn. Barn nu är å andra sidan mer rädda för barn än vad fallet var förr (s.210)

När vuxna lämnar en barngrupp utan ledning och stöd, kan destruktiva mekanismer utvecklas och detta sker särskilt lätt i socialt belastade områden. För en nybörjare, som hamnar i en skola, där aggressiva kamrater tillåts behandla andra barn illa, kan denna erfarenhet bli utslagsgivande för den fortsatta sociala utvecklingen (Garbarino, 1999). Särskilt pojkar väljer i sådana situationer ofta att själva bli busar eller också drar de sig socialt tillbaka, men i bägge fallen troligen med inombords växande känslor av rädsla och hat (Pollak, 1998).

Bristen på positiva manliga identifikationsmodeller märks också i populärkulturen, där det råa utagerade våldet dominerar och mer psykologiskt samman-satta teman och hjältar lyser med sin frånvaro. Filmer vänjer barn vid att uppfatta våld som underhållande och spännande och vissa typer av video- och data-spel tycks kunna försvaga naturliga hämningar mot att skada eller döda andra mänskliga varelser (Garbarino, 1999), åtminstone hos de barn vilkas känslomässiga utveckling redan är störd (Vasta, Haith & Miller, 1985; Guggenbühl, 1998).

När ungdomsvåldet i slutet av artonhundratalet aktualiserades som ett samhällsproblem hade detta samband med sociala förändringar och framväxten av ett proletariats i städerna. Även idag är det troligt att växande ekonomiska klyftor och ökad segregation i samhället kan leda till att aggressivt beteende bland barn och unga ökar. Garbarino (1999) hävdar att många av de barn, som växer upp i fattiga minoritetsgrupper i dagens USA, tidigt upplever att de drabbats av ett

orättvist öde och därför utvecklar en försvarsinställd och hämndlysten hållning gentemot omvärlden.

Neuropsykiatrisk förklaringsmodell

Barn med beteendestörningar karaktäriseras ofta av motorisk oro, rastlöshet, koncentrations-svårigheter och bristande impuls kontroll. Många av dessa barn får idag neuropsykiatriska diagnoser som ADHD eller - om de (främst eller dessutom) har perceptuella och motoriska svårigheter - DAMP. (Gillberg, 2000). I USA uppskattades vid National Institute of Mental Health (NIH Consensus Development Program, 1998) att 3 - 5 % av alla barn uppvisade symtom på ADHD, men det finns också studier som visar högre prevalens (förekomst). Enligt Ljungberg (2001), som gått igenom forskningen på området, är den mest sannolika prevalensen i USA och Europa 4 - 7 %. Kadesjö (2000) fann i en undersökning av låg- och mellanstadiebarn i Karlstad att 3, 7 % uppfyllde kriterierna för allvarlig ADHD och ytterligare 10, 3 % för måttlig ADHD. Detta skulle innebära att det i varje svensk skolklass finns åtminstone ett barn som kan anses ha neuropsykiatrisk funktionsstörning. Mycket tyder på att medfödd förmåga till neuropsykologisk integration liksom många andra förmågor bland befolkningen fördelar sig i en normalfördelningskurva. Kanske ställer dagens förändringar i livsstil tillsammans med nedrustningen inom barnomsorg och skola så stora krav på barns mognad och anpassningsförmåga att även mindre avvikelser, som tidigare kunde kompenseras inom systemet, medför stora problem och därför inte längre anses ligga inom normalvariationen.

Allvarliga ADHD-symtom kan enligt Lindblad, Mjönes & Risholm Mothander (2001) hindra barns affektiva, kognitiva och sociala utveckling. De kan även påverka anknytningen mellan barn och föräldrar negativt. Barn med neuropsykiatriska funktionsstörningar uppvisar när de kommit upp i skolåldern ofta även andra psykiska problem, framför allt beteendestörningar och depressioner, i betydligt större utsträckning än vad deras jämnåriga gör (Hellgren, 1994; Kadesjö, 2000).

Flera forskare anser att den primära orsaken till dessa störningar är biologisk och ärftligt betingad (Gillberg, 1996; Kadesjö, 2000). Enligt Barkley (1998) kan psykosociala faktorer inte orsaka ADHD-syndrom, men däremot förvärra dem och bidra till att de blir kroniska, samt till att andra "komorbida" psykologiska symtom utvecklas. Hos vissa barn med ADHD har man funnit avvikelser i utvecklingen av de främre kortikala delarna av hjärnan. Barkley hävdar att dessa avvikelser försvårar utvecklingen av för den sociala anpassningen viktiga så kallade "exekutiva" funktioner som tidsuppfattning, planeringsförmåga samt förmågan att tyst resonera med sig själv ("internaliserat tal"). Dessa funktioner tycks motsvara en del av den psykodynamiska teorins "jagfunktioner" och tangerar även den "reflekterande förmåga" som beskrivits av Fonagy (1999).

Utvecklingen av dessa funktioner styrs dock enligt Barkley (1998) så gott som enbart av den cerebrala mognaden hos individen.

Andra hävdar att psykosociala faktorer kan ligga till grund för ADHD och att syndromet i vissa fall kan förklaras som ett kroniskt post-traumatiskt stress-tillstånd. Exempelvis har Perry (1995, 1997) funnit att symtomen vid post-traumatisk stress hos misshandlade småbarn liknar symtomen på ADHD: förhöjd vaksamhet, handlingsberedskap samt oförmåga att intressera sig för något annat än den egna säkerheten. Hans slutsats är att om ett barn traumatiseras under en kritisk utvecklingsperiod, kan detta leda till ett habituellt överaktivt och hypervigilant beteendemönster. Ett liknande resonemang förs av Garbarino (1999), som menar att barn i traumatiska livssituationer använder sig av "psykisk flykt", en överlevnadsstrategi som kan fungera på kort sikt men ofta medför känslomässig avtrubbning, en alltför stor upptagenhet av yttre stimuli och ett rastlöst och hyperaktivt beteende. Rydelius (1999) påpekar också att barnets livshistoria och aktuella familjesituation alltid måste beaktas när man överväger en neuropsykiatrisk diagnos, eftersom det annars finns risk för att traumatiserade barn som reagerar med beteendeproblem inte får adekvat hjälp.

Ljungberg (2001) fann inga entydiga bevis för avvikelser i det centrala nervsystemet eller i hjärnan hos barn med ADHD. Hans slutsats är att ADHD orsakas främst av genetiska eller psykosociala faktorer, och att det finns stöd för att anta att båda dessa typer av orsaker har ungefär lika stor betydelse. ADHD är inte någon sjukdom utan en "funktionsdiagnos" som beskriver vad som händer i individens möte med omgivningen. Barnets svårigheter blir till funktionshinder när omgivningen inte ger adekvat stöd. Orsakssammanhangen bakom ADHD förklaras bäst med någon form av stress-sårbarhetsmodell, där psykosociala och biologiska faktorer samspelar (Assarsson & Hofsten, 1997). Under det senaste decenniet har forskning om hjärnans tidiga utveckling också visat att biologi och miljö från första början samverkar på ett mångfacetterat sätt och att barnets cerebrala utveckling påverkas av det tidiga samspelet och det anknytningsmönster som utvecklas där (Schoore, 2001a, 2001b).

Varför mest pojkar?

Det är betydligt fler pojkar än flickor som slåss, förstör saker, stör i skolan, inte kan koncentrera sig och vägrar följa sociala regler (Maccoby & Jacklin, 1980; Stewart, 1985; Nordberg, 1994; Vasta, Haith & Miller, 1995). Det tycks också vara ungefär tre gånger så många pojkar som flickor, som lider av neuropsykiatriska störningar, vilket anses bero på biologiskt grundad skörhet och senare mognad hos pojkar (Barkley, 1998). Ännu fler i förhållande till flickorna är de pojkar som får neuropsykiatriska diagnoser. Enligt Barkley handlar det om sex

pojkar på en flicka. Detta beror troligen på att pojkar beter sig mer störande för omgivningen så att deras problem därför blir uppmärksammade i högre grad. Denna skillnad minskar som ovan nämnts i puberteten (Vasta, Haith & Miller, 1995).

Det finns tidiga utvecklingsmässiga könsskillnader, även om dessa inte alltid uppvisas av enskilda individer, och det alltid kan diskuteras huruvida orsakerna bakom är huvudsakligen biologiska eller miljöbetingade. Pojkar ligger igenomsnitt utvecklingsmässigt något efter jämnåriga flickor i de flesta avseenden under de första levnadsåren (Nordberg, 1994). Under förskoleåldern fortsätter de att ligga efter när det gäller språkutveckling, social utveckling och motorisk koordination (ibid.; Ahlin-Åkerman, 1995). Ändå går de om flickorna när det gäller att lära sig cykla och sparka boll och de visar stort behov av att röra på sig (Bunkholdt, 1994). De låter också mycket: hojtar, tjoar och skriker, troligen dels i syfte att förstärka sina motoriska upplevelser, dels för att försäkra sig om omgivningens uppmärksamhet. Många små pojkar blir snabbt fysiskt starka och snabba. Men grovmotorisk kompetens värderas inte så högt i dagens samhälle, med undantag för de få individer som tidigt väljs ut till att bli elitidrottsmän. På daghem, förskola och i skolan uppskattas inte detta stora rörelsebehov, utan det märker snarare ut pojkarna som omogna bråkstakar. De kan ju inte sitta stilla och vara tysta lika länge som de jämnåriga flickorna. Att börja skolan kan därför bli en negativ upplevelse, som tär på pojkens ömtåliga självkänsla. Som Sinkkonen (1990) uttrycker det

Pojkar känner sig ständigt illa till mods. Det beror på att de vuxna hela tiden låter dem förstå att ett eller annat beteende som är naturligt och roligt för pojkar i själva verket är fel och förkastligt (s.111).

Det är lätt hänt att en pojke i ett sådant läge flyr till narcissistiskt uppblåsta fantasier om att vara en tuff upprorsmakare som inte alls bryr sig om skolans krav. Något som kan bidra till detta är att kontrollen av aggressivt och antisocialt beteende inte är lika stark i pojkarnas kamratgrupper som den är i flickgrupperna. Slagsmål och öppen tävlan uppmuntras bland pojkarna, däremot inte bland flickorna (Maccoby, 1986).

Officiellt håller man i vuxensamhället inte längre fast vid traditionella könsrollsmönster, utan uppmuntrar individuella identitetslösningar av olika slag. Men detta synsätt är än så länge inte så djupt förankrat och barn utsätts för en ständig flod av dubbla budskap. Pojkar får visserligen ofta höra att de skall odla sina mjuka, känsliga sidor, leka med dockor och skriva poesi, men många föräldrar blir ändå oroliga om sonen inte vill vara med och spela fotboll, gråter och visar sig rädd för olika saker. Det traditionella manlighetsidealet lever kvar under ytan och påverkar vuxnas bemötande av pojkar. Trots att de från början ofta är känsligare - gråter mer än flickor som spädbarn - får de inte i lika hög grad

som små flickor ge uttryck för sorg och rädsla. Framför allt får de inte visa behov av närhet och beskydd. En pojke förväntas tidigare än en flicka kunna lämna sitt beroende av mamman, bli självständig och utåtriktad. Den enda negativa känsla som pojkar, till skillnad mot flickor, uppmuntras att visa är aggressivitet. Många andra avvärjda känslor - hjälplöshet, rädsla, skam, sorg - får också sitt uttryck i vredesutbrott eller i ett högljutt, stökigt och utmanande uppträdande (Pollack, 1998).

Jordan (1995) menar att pojkar i förskolan och på lågstadiet i stort sett endast har två möjligheter att definiera sin manlighet: 1) som en bråkig pojke ("fighting boy" eller "warrior"), 2) som en duktig pojke som inte gör sådant som flickor tycker om att göra. Eftersom flickor blir alltmer expansiva på alla områden, inklusive fotboll och andra tidigare typiskt maniga aktiviteter, tenderar det senare alternativet för pojkarna att krympa. Ett aggressivt och utmanande beteende upphöjs därför enligt Jordan i den rådande diskursen till bevis på manlighet.

Flickor ger ofta uttryck för aggressivitet på ett annat sätt än pojkar, mer indirekt och verbalt, men det förekommer också att flickor beter sig öppet aggressivt och uppfyller kriterierna för social beteendestörning. I en studie jämfördes ett antal sådana flickor med jämnåriga (7-10 år) icke-aggressiva flickor, samt med jämnåriga icke-aggressiva och aggressiva pojkar (Koda, 1999). I motsats till de lika aggressiva jämnåriga pojkarna hade dessa flickor i jämförelse med icke-aggressiva flickor höga poäng på ett verbalt test, inga inlärningsproblem och var duktiga i skolan. De hade också god allmän impulskontroll. Vidare kom dessa flickor i högre utsträckning än de aggressiva pojkarna från stabila familjer med hög utbildningsnivå och färre barn. I en epidemiologisk tvillingstudie (Eley, Lichtenstein & Stevenson, 1999) visade sig antisocialt beteende hos flickor ha större samband med ärftliga faktorer än med miljöfaktorer, medan pojkarna i högre grad tycktes påverkas av miljöfaktorer i detta avseende. Bergman & Wångby (1998) fann tvärtom ett starkare samband mellan problematiska uppväxtvillkor i form av separationer från föräldrarna och externaliserande beteendestörningar hos flickor än hos pojkar. Även om resultaten hittills är något motsägelsefulla finns således forskning som tyder på att orsakssammanhangen bakom social beteendestörning kan vara annorlunda för flickor än för pojkar. Eftersom aggressivt beteende är kulturellt mindre accepterat hos flickor - dessutom kanske mindre biologiskt betingat - är det troligt att antingen de psykosociala eller de genetiska orsakerna - eller bådadera - bakom beteendestörningar hos flickor måste vara särskilt starka.

Enligt Perry (1995) tenderar pojkar och flickor i traumatiserande uppväxtsituationer med psykisk eller fysisk misshandel att anpassa sig på olika sätt. Flickor använder som psykiskt försvar framför allt dissociation, det vill säga att de stänger av sitt engagemang i yttervärlden och drar sig undan i sin "inre" värld. Pojkar reagerar oftare med kamp eller flykt. Detta gäller lite äldre barn, alltså

inte småbarn som vanligen oavsett kön reagerar med dissociation. Skillnaden i reaktionsmönster mellan flickor och pojkar kan enligt Perry förklaras med att ett dissociativt reaktionssätt på grund av skillnaden i fysisk styrka har haft ett högre överlevnadsvärde för kvinnor.

Sammanfattande kommentar

Det finns många olika orsaker till att barn, framför allt pojkar, uppvisar ett för omgivningen störande beteendemönster. Det handlar om en heterogen grupp barn med olika typer och grader av psykologisk störning, som i vissa fall även har neuropsykiatriska funktionshinder. Uppkomsten av sociala beteendestörningar förstås därför bäst ur ett interaktionistiskt perspektiv, där psykodynamiska, neuropsykiatriska och psykosociala faktorer ses som samverkande.

Kapitel 3. Uppfostran eller behandling

Stora sociala förändringar följde på industrialismens genombrott i Sverige under 1800-talet. Många människor flyttade från landsbygden till städerna och såväl män som kvinnor började arbeta utanför hemmen. Sociala nätverk splittrades, familjemönster och traditioner förändrades. En ny typ av proletariat med dåliga bostadsförhållanden uppstod i stadsmiljöerna och därmed lades grunden för nya motsättningar i samhället. Barn lämnades åt sig själva under dagarna, drev omkring och hittade på ofog, försökte komma över något att äta. Slagsmål och snatteri blev vanligt bland barn och unga. Det ledande samhällskiktet uppfattade detta som ett hot mot den bestående ordningen (Levin, 1998). Samtidigt växte bland de liberalt sinnade inom borgerligheten en beredskap att ta ansvar för de fattigas barn fram. Man försökte på olika sätt ta kontroll över de ungas fostran och undervisning: genom att instifta en lag om allmän folkskola 1842, tillsätta en ligapojskommitté med uppgift att utreda vanarten 1896, och i barnavårdslagarna 1902 föreskriva ”samhällelig uppfostran åt vanartade och i sedligt afseende försummade barn” (Bergenheim, 1990).

Det handlade ännu inte om vård och behandling utan just om uppfostran. Med hjälp av hårt arbete och prygelstraff skulle dessa barn lära sig att ”veta hut” och böja sig för samhällets övermakt. År 1924 kom en ny barnavårdslag som krävde att varje kommun måste ha en barnavårdsnämnd. Detta medförde att barn, som for illa, kunde omhändertas av samhället och omplaceras hos andra familjer. Om de var vanartiga kunde de även ”bli föremål för skyddsuppfostran och därvid också skyddas mot sig själva” (Ödman, 1995, s.581).

Kring sekelskiftet år 1900 fick nya idéer om barn och uppfostran en viss spridning inom liberala borgerliga grupper. Nittonhundratalet utropades av Ellen Key (1900) till ”Barnets århundrade”. Key införde ett i Sverige helt nytt synsätt, där barn inte längre sågs som ett motspänstigt råmaterial som skulle tuktas och formas, utan snarare som ömtåliga knoppande blommor vilkas utveckling de vuxna skulle stödja och skydda. Barndomen som sådan gavs ett egenvärde och barns individualitet markerades. Den kulturella ”barncentrering” som särskilt har präglat nittonhundratalets andra hälft tog här sin början (Halldén, 1993). Sigmund Freuds psykoanalytiska teori medförde ett ökat intresse för utvecklingspsykologi och pedagogik. En medvetenhet om barndomens betydelse för individens fysiska och psykiska utveckling växte fram och i början av 1900-talet kom såväl den psykoanalytiska teorin som den mer biologiskt inriktade psykiatrin att utöva ett visst inflytande på vården av barn och unga med problem. Fenomen som tidigare uppfattats som politiska och sociala beskrevs nu i medicinska termer och de ”vanartiga” barnen definierades som ”sjuka” och i behov av behandling (Levin, 1998a). Orsakerna till antisocialt beteende ansågs

inte längre enbart handla om brister i uppfostran, ”utan barnen ansågs lida av psykiska rubbningar med en orsak i känslomässiga upplevelser under barndomen” (Levin, 1998a). Efter mönster från den europeiska kontinenten, där Freuds kollega Alfred Adler (Ansbacher & Ansbacher, 1972) var en av föregångarna, startades verksamheter med psykiatrisk rådgivning för barn inom skolhälsovården. År 1928 startades även två behandlingshem för psykopatiska barn – Skärsbo och Mellansjö.

Psykisk barna- och ungdomsvård

I Stockholm inrättades år 1933 en rådgivningsbyrå för uppfostringsfrågor, nära knuten till barnavårdsnämnden. På förslag av den statliga ungdomsvårdskommittén 1944 byggdes sedan i hela landet verksamheter för psykisk barna- och ungdomsvård ut. Fram till år 2000, då all barnpsykiatrisk verksamhet sammanfördes under Hälso- och Sjukvårdsnämnden, kallades de öppna barn- och ungdomspsykiatriska mottagningarna i Stockholm för Psykisk barna- och ungdomsvård (PBU). Den ursprungliga målsättningen för denna verksamhet var ”att förebygga uppkomsten och utvecklingen av social missanpassning och asocialitet hos det unga släktet”(SOU, 1944:30). I övriga delar av landet tillhörde de öppna mottagningarna redan från början administrativt barnpsykiatri (BUP).

Den psykiska barna- och ungdomsvården i Stockholm utvecklades till att börja med i nära samarbete med skolhälsovården och den dåvarande barnavårdsnämnden. De första barnterapeuterna var vidareutbildade lärare eller förskollärare och pedagogik var ett naturligt inslag i behandlingen. Under 1930-talet tog socialt engagerade läkare, lärare och socialarbetare starkt intryck av den marxistiska ideologin och den psykoanalytiska teorin. Framför allt hade de tankar, som utvecklades av psykoanalytikern Wilhelm Reich (1897-1957), då under några år verksam i Norge, stort inflytande inom socialmedicin och samhällsvetenskap. Enligt Reich byggde de auktoritära uppfostringsmetoderna in ett fascistiskt förhållningssätt i individens personlighetsstruktur (Horgby, 1990). Den gängse hårda synen på barnuppfostran samt vård av psykiskt avvikande eller sjuka människor ifrågasattes, liksom skolans undervisningsmetoder, den så kallade ”rottingpedagogiken”.

Det nya tänkandet tycks ha medfört en viss motsättning mellan pedagogik och psykoterapi (Eresund, 1999a). Även de vägledande och undervisande aspekterna av pedagogiken kom att av pionjärerna inom psykoterapi betraktas som förtryckande. Denna motsättning fick dock i praktiken inte så tydliga och genomgripande följder. Tvärtom hade man länge inom PBU ett livaktigt pedagogiskt verksamhetsinslag. Specialpedagoger byggde i samarbete med barnterapeuter upp sådana verksamheter som terapiskola, förskolegrupper, aktivitetsgrupper och terapikolonier. De första barnterapeuterna var själva erfarna pedagoger,

dessutom hade de ofta karismatiska personligheter. Det var människor, som brann för sitt arbete och generöst delade med sig av sin kunskap. Specialpedagogerna, som dessutom ofta var yngre, lät dem gärna ta den ledande rollen. När denna pionjärverksamhet institutionaliserades och eldsjälarna blev äldre förändrades dock bilden. De nya psykologerna hade inte samma kunskap om och respekt för pedagogernas arbete. Samtidigt expanderade de specialpedagogiska verksamheterna, fick allt bättre utbildad personal, en mer behandlande inriktning och började kallas miljöterapeutiska. För dessa behandlingsformer var det naturligt att behålla mer pedagogiska inslag och de passade därför speciellt bra just för barn med beteendestörningar.

Efterkrigstiden präglades av såväl nya satsningar inom socialpolitiken som starka anti-auktoritära ideologiska strömningar. Erfarenheterna från kriget och de nazistiska övergreppen visade på nödvändigheten av att slå vakt om demokratin och man sökte mer humanistiska former för uppfostran och pedagogik. Visionen om ett folkhem eller ett välfärdssamhälle, som det socialdemokratiska partiet redan på 1920-talet hade förankrat, byggde på en god psykosocial uppväxtmiljö för *alla* barn. PBU:s verksamhet kom därför att snabbt byggas ut ytterligare, med fler förortsfilialer, terapikolonier, terapiskolor och terapiklasser (Brofalk, 1995).

I enlighet med den officiella målsättningen sågs de antisocialt agerande, beteendestörda pojkar som den viktigaste målgruppen. De psykoanalytiskt inriktade pionjärerna inom den psykiska barna- och ungdomsvården var starkt influerade av anti-auktoritära och socialistiska ideologier. Flera av dem arbetade på Barnbyn Skå, behandlingshemmet för psykopatiska barn, som 1947 öppnades under Gustav Jonssons ledning (Vinterhed, 1977). De satsade entusiastiskt på behandling av barn från socialt problematiska miljöer, huvudsakligen pojkar. Eftersom dessa pojkar antogs uppföra sig illa till följd av en uppväxt karaktäriserad av förtryck och försummelse, såg man det som viktigt att erbjuda dem läkande känslomässiga upplevelser och avlägsna deras hämningar och fixeringar. Inom ramen för en trygg och stödjande terapeutisk relation skulle de kunna uttrycka och bearbeta sina tidiga olösta inre konflikter. Man ville försöka förstå och acceptera ”problem-barnen” (nu talade man inte längre om psykopatiska barn) och se till att deras psykologiska behov tillfredställdes. Inga naturliga reaktioner skulle undertryckas, eftersom målet var att utveckla självständiga, aktiva, harmoniska individer (Eresund, 1999a).

PBU:s målgrupp kom dock att efterhand förskjutas i riktning mot ”mognadsstörningar, okomplicerade miljöskador och neurotiska störningar” (SOU 1957:40, s.91) istället för mer socialt missanpassade barn.

Man hade funnit att behandlingen av de missanpassade barnen var mycket svårare än man tänkt sig – i synnerhet gällde det den "mest samhällsbesvärliga gruppen". Dessa barn fick nu diagnoser i stil med tidig karaktärsstörning, narcissistisk karaktär, primär karaktärsstörning

och sociopatisk personlighet. Samtidigt blev de genom dessa betänkanden en fråga för de sociala barn- och ungdomshemmen och de statliga ungdomsvårdsskolorna. Det skedde en organisatorisk bodelning mellan barnpsykiatri och problembarnen så att barnavårdsnämnderna, ungdomshemmen och ungdomsvårdsskolorna fick ta hand om de svårast störda ungdomarna själva och barnpsykiatri blev en resurs för de neurotiska ungdomarna i hem och skola (Levin, 1998a, s.63).

En liknande utveckling hade enligt Jönsson (1997) observerats i USA, där ”child guidance clinics” startades i samarbete med lokala sociala myndigheter, men detta samarbete minskade i takt med att verksamheten medikaliserades och professionaliserades. Med tiden kom allt fler familjer att söka hjälp frivilligt.

Detta innebar en förändring av de anmälda barnens bakgrund och orsakerna bakom anmälningarna: medan rådgivningsbyråerna i verksamhetens början tog emot barn från de lägre klasserna och med problem av utagerande karaktär kom de att fram på 1930-talet alltmer möta barn ur medelklassfamiljer med mer emotionella problem. Behandling av dessa barn med psykoterapi förhöjde den professionella statusen hos samtliga av de grupper som verkade vid klinikerna, i synnerhet som det rörde sig om lättare problem som gick att lösa. Byråerna ville visa upp goda resultat och övergav sålunda arbetet med svåra problem som bottnade i sociala och ekonomiska förhållanden (ibid.s.8).

Jönsson kunde dock i sina stickprov av PBU-journaler från 1933/34 samt 1947/48 snarast konstatera en liten ökning av antalet anmälningar, som handlade om problem med ”disciplin och laglydighet”, det vill säga barn som gjort sig skyldiga till ”direkta lagbrott som snatteri och stölder samt en del gränsbeteenden som utespring, vagabondering och lösdriveri” (ibid.s.93). Han drog därför slutsatsen att påståendet ”att rådgivningsbyråerna släpper de vanartiga barnen, för vilka de ursprungligen inrättats, för att istället ägna sig åt lindrigare och lättlösta problem åtminstone måste ifrågasättas för den period som här har undersökts.” Samtidigt fann han dock faktiskt att antalet barn som anmälts för ”bråkigt eller störande beteende” hade minskat något.”(ibid. s.94).

Någon motsvarande undersökning av tendensen under åren efter 1948 har mig veterligt inte gjorts. Det är naturligtvis vanskligt att göra sådana jämförelser över tid, vilket också Jönsson påpekar, eftersom metoderna för journal- och statistikföring kontinuerligt förändrats. Beteendeproblem uppfattas och benämns på olika sätt under olika tidsperioder.

Curman och Nylander (1975), som följde upp barn som sökt hjälp på PBU 1953-1955, fann att 39 % av pojkarna hade fått diagnosen ”beteenderubbning” eller ”pubertetsinsufficiens”. 2 % hade fått diagnosen ”primär personlighetsstörning”. Andelen ”beteendestörningar” uppges i statistik, som redovisats för år 1973 vara totalt 27, 4%, för pojkar 32, 3% (Curman, 1975).

Carlberg (1984) fann i sin utvärdering av PBU-behandling att ”utåtriktade” symtom såsom psykomotorisk oro, aggressivitet och bråkighet i skolan visserli-

gen var vanliga, men som huvudsymtom inte uppgick till 25 %. Den andel som överhuvudtaget markerats för sådana symtom uppgick dock till 34 %. Hon fann vidare att behandlingen för dessa barn sällan var särskilt framgångsrik, samt att det ofta var problem kring samverkan med skola och socialtjänst i dessa behandlingskontakter.

Under perioden 1995-2000 avslutades totalt 37.842 ärenden inom öppenvården i BUP-verksamheten i Stockholm. Av dessa hade 16 % fått diagnoser inom området utagerande stört beteende (uppförandestörning, trotssyndrom och/eller ADHD). Av de 19.004 pojkarna i materialet var det 24 % som hade fått sådana diagnoser (Adler, 2002). För enbart år 2000 var motsvarande procent ännu lägre: 13 respektive 20 %. I jämförelse med rapporter från andra barnpsykiatriska verksamheter tycks andelen barn med beteendestörningar vara relativt låg. Enligt Svedin (2000) är social beteendestörning den vanligaste orsaken till kontakt med barnpsykiatrien såväl nationellt som internationellt. Kazdin (2000) hävdar att externaliserande störningar i USA uppgår till drygt 1/3 av hela det barnpsykiatriska klientelet.

Det går dock knappast att hävda att andelen barn och ungdomar med sociala beteendestörningar vid BUP-mottagningarna i Stockholm med säkerhet har minskat under senare år, eftersom diagnossystemet som ovan nämnts har förändrats. Dagens statistik bygger på DSM IV-diagnoser som ställs med ledning av bestämda kriterier, vilket eventuellt gör att färre barn bedöms ha beteendestörningar än i Curmans (1975) studie. I Carlbergs (1984) och Jönssons (1997) studier användes inte diagnoser, utan istället symtom som man sökt för, vilket också försvårar en jämförelse. Vidare har det enligt Adler (2002) funnits ett motstånd bland personalen mot att tillämpa denna typ av beteendediagnos.

Sammanfattande kommentar

I Sverige har man sedan tiden kring förra sekelskiftet med olika samhälls-ingripanden försökt att socialt anpassa barn och ungdomar med beteendestörningar. Det handlade fram till andra hälften av nittonhundratalet om uppfostran och utbildning i olika former. Senare kom dessa barn och ungdomar att ses som den viktigaste målgruppen för barnpsykiatriska insatser. Den psykiska barna- och ungdomsvården (PBU) i Stockholm tillkom i första hand i syfte att förebygga antisocial problematik i samhället. Men det visade sig vara svårare än man hade trott att behandla sociala beteendestörningar, eftersom vanligen varken barnen själva eller deras föräldrar var motiverade till psykologisk behandling. Ansvar för vården av dessa barn och ungdomar kom därför successivt att glida över till

socialförvaltningen, skolorna och ungdomshemmen. I dagens läge utgör barn och ungdomar med diagnostiserade beteendestörningar enligt verksamhetsstatistiken endast en knapp sjättedel av klientelet vid den öppna barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholm. Samtidigt ligger det inom denna verksamhets ansvarsområde att i samverkan med socialförvaltning och skola utveckla metoder för att förebygga och behandla sociala beteendestörningar.

Kapitel 4. Individualpsykoterapi för barn med beteendestörningar

Många andra behandlingsformer än individuell psykoterapi används inom barnpsykiatri för barn med beteendestörningar: gruppterapi, familjeterapi, samspelsbehandling, föräldrabehandling, föräldraträning, dagbehandling och behandlingshem. Eftersom denna studie handlar om individualpsykoterapi sammanfattas nedan endast utvecklingen inom detta område. Det för all barnpsykoterapi nödvändiga parallella föräldraarbetet behandlas inte heller här.

Barnpsykoterapins rötter i Sverige

Den första svenska barnpsykoterapeuten var Gudrun Seitz, som 1942 började arbeta på Ericastiftelsen. Hon hade utbildat sig i London hos Melanie Klein, Anna Freud och Margaret Lowenfeld och gått i jungiansk analys. Men den metodik hon successivt utvecklade var helt klart hennes egen. Den karaktäriserades av att terapeuten accepterade alla barnets uttryck för tankar och känslor och förhöll sig passivt-aktiv eller ”ett halvt steg efter”, men ändå satte nödvändiga gränser. Lantzourakis (1995) beskriver det så här

De grundläggande regler som Gudrun Seitz formulerade var att det inte är tillåtet att skada sig själv eller terapeuten. Skadegörelse av material och möblemang begränsas men anpassas till barnets typ av störning. Också gränserna formuleras företrädesvis på ett positivt sätt med undvikande av 'inte' och med stöd för kanalisering av patientens känslor och impulser. Om barnet t.ex. vill måla terapeutens ansikte kan terapeuten istället erbjuda sin hand, eller ett papper som kan få föreställa terapeuten.....Barn som ej reagerar på ett verbalt eller bestämt gränssättande från terapeuten kan behöva hållas kroppsligen till dess de lugnar sig. Material kan behöva låsas in. Om barnet vill fly ut ur rummet, kan det vara bra att helt enkelt sätta sig på en stol framför dörren, medan man betonar ramarna ('Det är i det här rummet vi skall vara på din timme.') Om man behöver hålla barnet gäller det att göra det på ett så fast och lugnt sätt att barnet inte lyckas skada terapeuten eller sig själv och samtidigt upprepa reglerna (s.18).

Seitz har kritiserats för att hennes metod skulle uppmuntra eller provocera fram regression och impulsgenombrott hos barn, vilkas bristfälliga jagstruktur inte klarar sådant. Såväl Lantzourakis som Olofgörs & Sjöström (1974), alla tidigare elever till Seitz, hävdar dock att metoden anpassades till barnets personlighetsstruktur och att terapeuten ofta fungerade som ett ”hjälpjag”. Bergenheim (1990) beskriver metoden på följande sätt:

En av Ericastiftelsens viktigaste uppgifter hade alltsedan starten varit att komma tillrätta med aggressiva barn. Till en början arbetade man efter den av A.S.Neill inspirerade principen att

i mesta möjliga mån ta bort aggressionsframkallande faktorer i barnets omgivning. Det gällde att inte utsätta barnet för flera förbud än vad som var absolut nödvändigt. I den terapeutiska behandlingen försökte man följaktligen undvika alla situationer som kunde framkalla aggressionsutbrott. I många fall gav behandlingen resultat: symtomen mildrades men problemen kvarstod oftast olösta. När sandlådeterapin intensifierades skärptes situationen; med denna metod tycktes barnen hamna både snabbare och oftare i ett öppet aggressionstillstånd, den gamla avledande tekniken var inte tillräcklig. Gudrun Seitz utarbetade då ett helt nytt sätt att angripa problemet. Istället för att undvika aggressionsutbrotten använde hon dem terapeutiskt. Hon uppträdde vänligt, men bestämt mot barnet och satte redan från början klara gränser. I ett visst läge kom barnets aggression att vändas mot henne, och i detta läge värjde hon sig lika vänligt och bestämt. Hon höll helt enkelt fast barnet i knät, först för att skydda sig och sedan för att hindra barnet att fly. Så småningom nådde man en vändpunkt och barnet lugnade sig (s.264-265).

Seitz använde i början en hel del verbala tolkningar, men övergav efterhand detta arbetssätt för att istället huvudsakligen möta barnet på symbolisk nivå. Härvidlag använde hon sig mycket av en metod, som hon kallade ”hopknytning”, en slags tolkning på symbolnivå (Lantzourakis, 1995) som enligt Olofgörs & Sjöström (1974) innebar att

...hon kopplade samman symboler och temata med likartat innehåll eller sådana som återkommer vid olika sessioner, för att på så sätt underlätta för patienten att uppfatta sammanhang och integrera materialet (s.42-43).

Terapimetoden skiljer sig från andra icke-tolkande metoder genom detta aktiva bemötande på symbolplan. Här närmade Seitz sig Jung-analytisk metodik. Hon hävdade vidare att parallellt föräldraarbete var i högsta grad nödvändigt, vilket inte alls var självklart på den tiden. Detta borde helst handhas av barnets terapeut, menade Seitz, eller åtminstone av en kollega som terapeuten hade ett nära samarbete med.

Personligt utvecklade terapimetoder är svåra att lära ut och föra vidare till andra. Det blir lätt så att efterföljare ensidigt tar fasta på vissa aspekter och då går integrationen och flexibiliteten i helheten förlorad. Kanske var inte Seitz lika skicklig som pedagog som hon uppenbarligen var som terapeut. Ganska snart tycks i alla fall olika uppfattningar om barnterapi och därmed även konflikter ha uppträtt på Ericastiftelsen. Enligt Blomberg & Dahlgren (1992) började i mitten av 1940-talet några terapeuter med:

...aggressionsterapi. Barnet provocerades till att få fram sin aggressivitet varefter mötet mellan terapeut och barn kunde ske. Som en kontrast till detta fanns de terapeuter som fokuserade fr.a. på primärprocesser och bearbetning på symbolplanet. De olika inriktningarna ledde till att flera terapeuter slutade och några av dessa sökte sig till Skå (s.20).

När ett neurotiskt hämmat barn får ett aggressionsutbrott är det i regel en befriande upplevelse, som kan leda till fortsatt bearbetning, integration och mognad.

För många av de barn, som behandlades på den tiden, tycks behandlingen ha fungerat på det sättet. Äldre terapeuter har berättat att man brukade se till att ha extra gott om tid för att verkligen kunna låta barnet reagera ”färdigt” när ett sådant utbrott kunde förväntas (Eresund, 1997). Ibland provocerades dock tydligen utbrotten fram. En som utsatts för denna typ av behandling, författaren Staffan Lamm (2000), har i efterhand beskrivit det hela som kränkande och obehagligt.

Terapeuterna uppmuntrade också barnen att leva ut sina hämningar genom att kladda och slaska med färg, lera och vatten. Det fanns till och med ett särskilt slaskrum och när det var dags för regression tog terapeuten på sig duschmössa, stövlar och regnkappa och gick dit med barnet (Eresund, 1997).

I slutet av 1940-talet startade Ericastiftelsens barnpsykoterapiutbildning, som kom att få stor betydelse för PBU-verksamheten. Till att börja med var det till stor del lärare och förskollärare med särskild erfarenhet av och intresse för ”problembarn”, som utbildade sig till terapeuter. Många av dessa kompletterade sedan med akademiska betyg så att de blev psykologer.

Barn med beteendestörningar i psykoterapi

Den psykiska barna- och ungdomsvårdens snabba utveckling i Stockholm ledde till att fler barn kom i fråga för behandling och även barn från andra samhällsskikt än vad som tidigare varit fallet. Man sökte inte endast för ångest- och hämningssymtom, utan alltmer för problem kring asocialitet, skolvägran, splittrade familjer och missbruk (Lantzourakis, 1972). Majoriteten var ”pojkar som uppfattades som uppfostringsproblem av dem som vände sig till rådgivningsbyrån för hjälp”(Jönsson, 1997, s.80). Det fanns dessutom ofta allvarliga psykosociala problem i hemmiljön. När barnterapeuterna försökte tillämpa den metodik, som de utbildats i på Ericastiftelsen, slog det inte alltid väl ut.

Lika många som de ‘lyckade’ fallen var de som utvecklades i motsatt riktning. Några barn agerade så kraftigt utanför terapirummet, att de snabbt måste placeras på dåvarande behandlingshemmet Barnbyn Skå (Sylvander, 1983. s.22).

Pojkarna med ”uppfostringsproblem” hade ju inte svårt att ge utlopp för sin vrede. Tvärtom var deras problem ofta att de hade svårt att hålla den inom sig tillräckligt länge för att den skulle kunna bearbetas och uttryckas på ett socialt acceptabelt sätt. Många av dem reagerade närmast automatiskt med aggressivitet som försvar mot alla slags obehagliga känslor. För dem var det ingen hjälp att uppmuntras leva ut känslor, snarare kunde detta förvärra deras situation (Eresund, 1997). Dessa barn behövde uppenbarligen hjälp att bygga upp inre strukturer med bättre fungerande kontaktförmåga, frustrationstolerans, impuls-

kontroll och psykologiska försvarsmekanismer. Den diagnostiska term, som vid denna tid användes för svårigheter av denna typ, var inte borderlinestörning utan "infantil jagsvaghet" (Sylvander, 1983). Man upptäckte att behandling av jagsvaga barn förutsatte en stark fokusering på den terapeutiska relationen. Först när dessa barn kände sig trygga i relationen, vilket kunde ta lång tid att uppnå, blev det möjligt för dem att bli medvetna om och bearbeta sina inre konflikter. Detta innebar långsiktig behandling och dessutom mycket samarbete med såväl föräldrarna som andra i barnens nätverk. Särskilda pedagogiska och miljöterapeutiska insatser behövdes också ofta (ibid.).

Efter andra världskriget inledde svenska psykoanalytiker ett nära samarbete med norska kollegor, som under ockupationen levde som flyktingar i Sverige. En av dessa var psykiatern och psykoanalytikern Nic Waal (1905-1960), som byggde upp Barnpsykiatrisk Institutt i Oslo. Svenska barnpsykologer fick på så sätt tillgång till kvalificerad handledning och fortbildning från Oslo, vilket kom att betyda mycket för kunskapsutvecklingen inom den psykiska barna- och ungdomsvården (Eresund, 1997). Detta gällde inte minst förståelsen och behandlingen av beteendestörningar.

Jagstödjande psykoterapi

Psykoanalytisk psykoterapi utvecklades efter mönster från psykoanalysen, som ursprungligen inriktade sig på människor med övervägande neurotiska symtom, vilkas problematik grundar sig på hämningar i fråga om att uttrycka känslor och tillfredsställa libidinösa behov. Denna typ av problem tycks i början av 1900-talet ha varit vanliga inom den samhällsgrupp som själva sökte psykologisk behandling. Tidigt började man dock även uppmärksamma behandlingsbehoven hos psykotiska patienter samt hos människor, vilkas problem kan sägas bero på bristande inre psykologiska strukturer för hanteringen av känslomässiga upplevelser och relationer med omgivningen (Stone, 1954). I dag kallas det senare för personlighetsstörningar av olika slag.

Människor med personlighetsstörningar lider ofta också av depression, ångest och olika slags neurotiska symtom (Kernberg, 1975; Cullberg, 1984). Dessa människor antas behöva bygga upp bättre fungerande jagfunktioner såsom kontaktförmåga, frustrationstolerans, impulskontroll och mer ändamålsenliga och flexibla psykologiska försvarsmekanismer. Förutom den stödjande relationen behövs interventioner, som är mer pedagogiskt utformade och jagbyggande än interventioner i klassisk psykoanalytisk psykoterapi vanligen är. Detta innebär att terapeuten, förutom att aktivt lyssna och försöka förstå, kan ge direkt uppmuntran samt komma med konkreta förslag, råd och information. Patientens identifikation med terapeuten har också betonats som en viktig förändringsagent

i stödjande terapi (Täkhä, 1984). En stödjande ansats i psykoterapi utesluter dock inte ökad medvetenhet om eller bearbetning av inre konflikter. Många har utvecklat behandlingsmodeller av denna typ. En pionjär var Freuds kollega Alfred Adler med sin ”individualpsykologi” (Ansbacher & Ansbacher, 1972). En kombination av stödjande och insiktsbefrämjande metodik, stödjande expressiv psykoterapi utvecklades vid Menningerstiftelsens klinik i USA (Luborsky, 1984).

Jagstödjande barnpsykoterapi

Barn med sociala beteendestörningar uppvisar förutom misstro, hat och ångest ofta bristfälligt utvecklade jagfunktioner (Humble & Settergren-Karlsson, 1974) och/eller brister i det som inom neuropsykologin kallas exekutiva funktioner (Barkley, 1998). På grund av detta har en jagstödjande behandlingsmetodik rekommenderats och under åren har olika försök gjorts att utarbeta sådana även för barn.

Den jagstödjande metodik, som utvecklades på 1960-talet i Sverige, byggde på Anna Freuds teorier om barns utveckling (Freud, 1967) samt på såväl jagpsykologiska som objektrelationsinriktade teorier. Terapin hade som mål ”att förbättra barnets objektrelationer, öka dess förmåga till kontroll och integrering, göra dess realitetsuppfattning mer adekvat, samt stärka dess självkänsla” (Sylvander, 1983, s.148). En aktiv terapeutisk attityd ansågs vara av avgörande betydelse och terapeuten skulle försöka vara en ”vänlig och medkännande, men fast auktoritet för barnet”(ibid. s. 149). Oral gratifiering (det vill säga godis) användes ibland för att underlätta anknytningen. Sylvander ansåg att det var viktigt att hjälpa barnet till en förbättrad anpassning utanför terapirummet. Därför skulle terapeuten så snart relationen var tillräckligt positiv försöka kanalisera negativa affekter till terapirummet. Det ansågs som bättre att barnet bråkade med terapeuten än med läraren i skolan.

Vidare stöddes barnet i ”att kunna ge för åldersnivån adekvata uttryck åt medvetna affekter” (ibid.). Terapeuten skulle vara försiktig med att uppmuntra regression och ett av de viktigaste momenten i terapin var att stödja ”de försvarsmekanismer som är effektiva ur anpassningssynpunkt, och som ett sekundärt resultat av detta försvinner som regel mera primitiva försvarsformer” (ibid.). Terapin syftade inte till att bearbeta pregenitala och omedvetna konflikter utan till att ”integrera så mycket av pregenitala impulser som barnet är kapabelt till, och man söker stärka försvaret mot konflikter och impulser som barnets jagstyrka ännu är för otillräcklig att integrera och kontrollera” (Sylvander, 1983, s.149).

Eftersom barn med omfattande jagsvaga drag ofta visar stor brist på självkänsla, menade Sylvander vidare att terapeuten skulle ge ”uttryck åt sin positiva uppskattning av barnets latent och manifesterade resurser” (ibid.s.150). Barnen skulle i terapirummet ges tillfälle ”att uppleva sin förmåga till konstruktivitet, till lösandet av enkla problem och till övervinnandet av fruktan för vardagliga företeelser” (ibid.s.150).

Gränssättning betonades som viktig, men måste anpassas individuellt. ”En del barn, vars föräldrar alltid bestämmer, behöver i terapi uppleva den frihet - och ökade ångest - som ett eget ansvar för kontroll innebär. För andra barn är själva gränssättningen det väsentliga i terapin. Hela deras handlande går ut på att testa och attackera gränser, och de måste möta en vuxen, som törs säga ja och nej”(ibid.s.108). Agerande kunde tjäna som flykt undan terapin och måste därför stoppas, även om det kunde vara svårt att ”veta vad som är ett meningsfullt symbollekande, ett avreagerande eller ett meningslöst agerande”(ibid.s. 109). Det senare (agerandet) kunde i regel bäst stoppas med klarifieringar, det vill säga kommentarer som ”Du förstör sak efter sak, därför att du inte törs stanna upp och verkligen syssla med det du är rädd för” eller ”Du slänger ut sanden för att se vad jag ska göra, om jag ska stoppa dig eller inte” (ibid.s.110).

Många svenska barnpsykoterapeuter arbetade under en tid på detta sätt. De terapiprocesser som dokumenterats skriftligt har av sekretessskäl dock inte kunnat publiceras. Under slutet av 1900-talet tycks också utvecklingen av denna typ av behandling till stor del ha stannat upp. Det finns flera tänkbara orsaker till detta, men en viktig orsak var troligen att metodutvecklingen kom att fokusera betydelsen av samspelet i familjen.

Det familjeterapeutiska perspektivet

Familjeterapi, som bygger på psykodynamisk, kommunikationsteoretisk, strukturell eller systemisk teori, utvecklades under 1970 och 1980-talen starkt som behandlingsmetod inom psykisk barna- och ungdomsvård och barnpsykiatri (Carlberg, 1984; Wrangsjö, 1993). Utifrån ett familjedynamiskt synsätt kan många barn med beteendestörningar eller andra psykiska symtom ses som symtombärare för föräldrarna eller som ”identifierade patienter”. Eftersom föräldrarnas medvetna eller omedvetna konflikter hindrar barnets psykiska utveckling bör de terapeutiska insatserna inriktas på hela familjesystemet.

Det familjeterapeutiska perspektivet innebar utan tvekan ett viktigt bidrag till såväl teori som praktik inom barnpsykiatrin, men kom under en övergångsperiod att ibland anammas alltför okritiskt. Exempelvis ansågs det på en del kliniker och mottagningar vara direkt felaktigt att individuellt behandla barn, eftersom

detta skulle förstärka barnets syndabocksroll och samtidigt lämna föräldrarnas egna problem obearbetade. Endast mycket allvarligt störda barn med psykotiskt eller gränspsykotiskt beteende kom ifråga för individualpsykoterapi. Det blev i många behandlingsteam svårt för barnterapeuter att hävda en annan uppfattning och att få hjälp med det parallella föräldraarbetet. Möjligheterna till handledning och fortbildning i individualpsykoterapi minskade också (Eresund, 1997). Under denna period minskade antalet barn som fick individualpsykoterapi och denna nedgång har sedan fortsatt på ett accelererande sätt, i alla fall inom BUP i Stockholm (Lantzourakis, 1998, 1999; Adler, 2002).

Familjeterapin har efterhand utvecklats, nyanserats och diversifierats teoretiskt och tekniskt/metodmässigt. I dagens läge tycks det familjeterapeutiska perspektivet alltmer integreras med det individualterapeutiska perspektivet så att man inte längre ser de båda behandlingsformerna som oförenliga, utan snarare som komplementära (Hjort, 2000).

Den fortsatta nedgången av individualterapi kan delvis tänkas bero på att metodutvecklingen på området stannade upp på 1980-talet, då flera barn-terapeuter också lämnade fältet. Ännu viktigare har det dock antagligen varit att belastningen på mottagningarna under senare år har ökat kraftigt, vilket medfört att korttidsinsatser måste prioriteras framför längre behandlingar.

Ny metodutveckling

Intresset för individuell jagstödjande barnpsykoterapi håller kanske på att vakna igen. Familjeterapin har också blivit mindre dogmatisk och mer intresserad av individen i familjen. Såväl individualpsykoterapi som familjeterapi är idag påverkade av ett intersubjektivitetstänkande⁷ och båda terapiformerna kan beskrivas som mer demokratiska och samskapande (Hjort, 2000). Detta möjliggör en öppen diskussion och ett konkret samarbete mellan familje- och individualterapeuter. Intersubjektivitetstänkandet har också bidragit till att minska betydelsen av de tidigare skarpa motsättningarna mellan anhängare till Melanie Kleins respektive Anna Freuds synsätt på barnpsykoterapeutisk metodik. Nu står man inför nya utmaningar som av många ses som viktigare, nämligen att i psykodynamisk metodutveckling integrera kunskaper från forskning i utvecklingspsykologi (Shirk, 1988), anknytningsteori (Fonagy, 2001; Holmes, 2001) och neurobiologi (Holmes, 2001).

Ett svenskt exempel på sådan metodutveckling är boken ”Från kaos till sammanhang” (Cleve, 2000), som beskriver en jagstödjande behandling på

⁷ Intersubjektivitet är ett begrepp som beskriver något som pågår mellan människor och framhäver den subjektiva, upplevelsemässiga kvaliteten i detta samspel (Hansen, 1991).

Ericastiftelsen. Pojken som gick i terapi hade diagnosen ADHD och var tidigt traumatiserad, men gjorde stora framsteg i sin utveckling. I denna terapi var det nödvändigt att hålla på mycket tydliga regler samt att även i övrigt förhålla sig aktivt och konkret. Inom ramen för en psykodynamisk förståelsemodell användes tekniker som skulle kunna beskrivas som kognitiva eller pedagogiska. Boken har väckt stort intresse även utanför barnpsykiatrin, eftersom problem av denna typ är så vanligt förekommande och föräldrar och lärare känner sig så hjälplösa inför dem.

Grundantagandet i kognitiv psykoterapi är enligt Lundh (1994, s.105) ”att det är vårt sätt att tänka samt vårt sätt att tolka och uppfatta situationer och händelser, som avgör hur vi reagerar emotionellt”. En persons förväntningar påverkar hur han handlar och konsekvenserna av hans handlingar påverkar i sin tur hans fortsatta förväntningar, vilket i många fall kan leda till att personen i fråga fastnar i en negativ spiral. I kognitiv terapi engageras patienten som en aktiv medarbetare i behandlingen, som definieras som social om- eller nyinlärning eller som kognitiv omstrukturering. Terapeuten uppmuntrar patienten att utforska sitt sätt att tolka och hantera sina upplevelser, samt ger förslag till och stöd i att utveckla och pröva nya förhållningssätt. Terapitimmarna är mer strukturerade än i psykodynamisk terapi och man använder sig bland annat av metoder som träning i självinstruktion, problemlösning, samt av rollspel, hemuppgifter och vid behov även avspänning.

Kognitiv beteendeterapi, som är en av flera olika kognitiva behandlingsformer, har numera på många håll ersatt jagstödande psykoterapi som ”treatment of choice” inom psykiatrin för tidigt personlighetsstörda personer. Denna typ av behandling anses också vara särskilt väl lämpad för externaliserande barn, som har svårt att tåla frustration, hålla kvar sin uppmärksamhet och lösa sociala problem. De handlar utan att tänka och planera, och behöver därför lära sig sådana färdigheter. Det finns skillnader mellan olika kognitiva tekniker när det gäller utrymmet för känslomässig bearbetning. I kognitiv utvecklingsterapi kan enligt Ronen (1997) arga, frustrerande och våldsamma känslor uppmärksammas och barnen kan få måla, rita och leka i terapin. Kognitiv beteendeterapi för impulsiva barn beskrivs däremot av Kendall och Braswell (1993) som mycket strukturerad och verbal. Målet är att lära barnen att ”stop and think”, det vill säga att förändra deras sätt att tänka (kognition) och handla (beteende).

En konstnärligt uttryckande terapiform som psykodynamiskt orienterad dansterapi har även visat sig vara verksamt för beteendestörda barn med tidiga känslomässiga störningar. I en avhandling om dansterapi för barn (Grönlund, 1994) beskrivs hur terapeuten hjälper barnet att känna igen ilskan i kroppen, att tänka efter och hejda sig, samt att hitta acceptabla kroppsliga sätt att uttrycka den istället för att agera ut. Detta kan vara en nödvändig mellanstation på vägen mot

verbalisering. Även här betonas att ett jagstödjande förhållningssätt och en fast struktur behövs.

Fonagy och Target (1996) rekommenderar ”psychodynamic developmental therapy” eller ”developmental help” för barn med omfattande störningar i sin känslomässiga och sociala utveckling. Det övergripande syftet med denna terapi är att öka barnets kapacitet till ”mentalization” eller ”reflective process”. Med dessa termer avser författarna förmågan att reflektera över och dra slutsatser om egna och andras mentala processer (tankar och känslor). De terapeutiska interventionerna inriktar sig enligt Target (1999) på att (min översättning):

- *Stödja jagfunktioner*
- *Stimulera verbalisering och differentiering av känslor*
- *Underlätta sammanlänkning av tankar och känslor*
- *Underlätta tänkande om orsak och verkan, särskilt i interpersonella sammanhang*
- *Hjälpa barnet skilja inre från yttre, fantasi från verklighet*
- *Sätta gränser och förklara varför*
- *Etablera ömsesidighet i relationen*
- *Utveckla frustrationstolerans*
- *Hjälpa barnet att utveckla en ”som om- attityd” och uppmuntra låtsaslek*
- *Gradvis konfrontera barnet med motsatta/ambivalenta föreställningar och känslor (exempelvis att det är möjligt att hata och älska samma person)*

I en senare text (1999) hävdar Fonagy att klarifiering av överföringsreaktioner också utgör en viktig del i denna typ av terapi. Stödjande expressiv lekpsykoterapi (Kernberg & Chazan, 1991), den behandlingsmetod som använts i föreliggande studie, har många likheter med den av Fonagy och Target beskrivna metoden. Denna metod beskrivs utförligt i kapitel 7.

Sammanfattande kommentar

Individualpsykoterapi för barn har praktiserats i Sverige sedan 1940-talet. Tidigt började man anpassa behandlingsmetodik till barn med beteendestörningar. Man insåg att dessa barn behövde ett särskilt aktivt känslomässigt ”hållande” i den terapeutiska relationen samt mer pedagogiskt utformade terapeutiska interventioner. Under en period arbetade många terapeuter med beteendestörda barn i jagstödjande barnpsykoterapi. Dessa behandlingar blev tidskrävande och dessutom behövdes ofta kompletterande insatser. Intresset för att utveckla denna behandlingsmetodik minskade av olika anledningar under slutet av 1900-talet. En ny metodutveckling, som integrerar jagstödjande, pedagogiska och kognitiva inslag i en psykoanalytisk förståelsemodell, tycks dock vara på gång. Stödjande expressiv lekpsykoterapi, som använts i denna studie, är ett exempel på sådan metodutveckling.

Kapitel 5. Forskning om sociala beteendestörningar

Hur går det för barnen?

Barn med störande beteende utgör ingen homogen grupp utan skiljer sig åt i många avseenden och man kan urskilja flera olika undergrupper. För det första är det stor skillnad mellan barn i samma ålder som uppfyller de diagnostiska kriterierna för trotssyndrom och sådana som uppfyller kriterierna för uppförandestörning. Barn med trotssyndrom betar sig ofta oppositionellt, men inte direkt antisocialt i den meningen att de kränker andras rättigheter. De har svårt att samarbeta och följa sociala regler, men de försöker inte avsiktligt förstöra för eller skada andra. Det gör däremot vanligen barn med uppförandestörning. Vidare finns det barn, som mer eller mindre alltid uppträder störande på grund av hyperaktivitet, svag impulskontroll och dålig självkänsla, medan andra endast är störande i vissa situationer eller plötsligt exploderar i våldsamma utbrott. Vissa barn uppträder störande överallt, medan andra endast gör det utanför hemmet. Många barn med beteendestörningar har också andra psykiska symtom (co-morbiditet) och arten av dessa spelar naturligtvis roll. Ångestsymtom har här paradoxalt nog visat sig vara en prognostiskt positiv faktor (Fonagy & Target, 1994). Kazdin (2000), som har sammanställt och analyserat forskning i barnpsykioterapi, påpekar att olika undergrupper sällan kan skiljas ut i studierna, eftersom tillräckligt noggranna diagnostiska bedömningar saknas. I regel går det endast att fastställa huruvida barnen uppvisat externaliserande eller internaliserande problem.

Med dessa reservationer finns det ändå en mängd forskning, som visar att externaliserande beteendestörningar i barndomen har dålig prognos, sämre än de flesta andra barnpsykiatriska problem eller diagnosgrupper (Kazdin, 1998). Svåra externaliserande störningar hos barn har visat sig ha samband med senare missbruk och vuxenkriminalitet (Robins, 1966; Patterson, DeBaryshe, & Ramsey, 1989; Loeber et al., 1993). Offord och Bennett (1994) fann i en översikt av forskningen att externaliserande störningar predicerar psykiatriska störningar och antisocialt beteende i vuxen ålder, samt att den senare prognosen framför allt gäller pojkar. I många studier har det visat sig att ju tidigare beteendeproblemen debuterar, desto större är risken för fortsatt antisocial utveckling. Enligt McMahon (1994) har barn, som redan i förskole- och lågstadietiden visar allvarliga beteendeproblem, så kallade "early starters", sämst prognos. De går ofta vidare till allvarigare beteendestörningar samt utökar dessutom sin repertoar med mer indirekt aggression såsom lögn, snatterier och skolk. Tidig hyperaktivitet framstår som en klar riskfaktor och barn som både är hyperaktiva

och har beteendeproblem har sämre prognos än andra (Moffit, 1993; Andershed, 2001). I Sverige påvisade Humble & Settergren (1974) signifikanta skillnader i så kallad "jagsvaghet" mellan unga lagöverträdare (11-14 år) och kontrollgrupp. Framför allt gällde detta variabler som perception (i vilken utsträckning omvärlden uppfattades på ett adekvat sätt), impuls- och affektkontroll samt moralintegration. I fortsatt longitudinell forskning har man funnit att hyperaktivt beteende hos barn i viss utsträckning predicerar impulsdrivet beteende, alkoholproblem och våldsbenägenhet i vuxen ålder (af Klinteberg, 1997).

Sammanfattningsvis tyder många uppföljningsstudier på att allvarliga beteendestörningar hos barn sällan växer bort, utan snarare förvärras med tiden, och att detta särskilt gäller när beteendeproblemen börjar tidigt. Många av dessa barn uppvisar senare som vuxna allvarliga psykiska störningar och/eller missbruk och våldskriminalitet.

Svenska studier av behandling

De nedslående resultaten från uppföljningsstudierna gäller även barn, som haft kontakt med barnpsykiatriska verksamheter. I Anderssons (1976) uppföljning av 1950-talets "Skåpojkar" uppfyllde 2/3 av dessa pojkar inte kriterierna för social anpassning i vuxen ålder, medan det i kontrollgruppen endast var 10 % som inte gjorde det. De barn, som hade kontakt med den psykiska barna- och ungdomsvården i Stockholm på 1950-talet följdes upp av Curman & Nylander (1975) efter tio år, samt av Nylander (1979) efter tjugo år. Uppföljningen visade på en stor andel kriminalitet, särskilt våldsbrott och missbruk, hos de barn som uppvisat externaliserande symtom. 24 % av samtliga pojkar tycks senare i livet ha misslyckats med sin sociala anpassning, eftersom de återfanns i nykterhetsnämndens och kriminalvårdens register. Nästan hälften av dem hade dessutom begått grova våldsbrott. Eftersom endast 13 % av samtliga barn i materialet hade fått någon form av terapi, är det dock troligt att ytterst få av just dessa pojkar hade fått det. Deras föräldrar var sällan motiverade till kontakten med PBU och tycks dessutom ofta ha avbrutit densamma. Det handlade mest om utredningar samt försök till rådgivning och rekommendation om sociala stödåtgärder.

I en retrospektiv undersökning av 127 svenska ungdomsbrottslingar befanns c:a 50% tidigare ha haft kontakt med barnpsykiatri (Adler, Frisk & Lidberg, 1995). Engquist (2000) fann ännu högre samband mellan externaliserande beteendesyntom hos pojkar som sökt hjälp inom barnpsykiatri och kriminalitet och missbruk i vuxen ålder. 52 % av pojkarna återfanns som vuxna i kriminalregistret och dessa pojkar hade också till större delen kommit till BUP på grund av externaliserande symtom.

Inom BUP i Stockholm finns inga aktuella studier av behandlingsutfall för barn med sociala beteendestörningar. De flesta familjer har numera korta kontakter, 1 - 4 besök (Landberg & Carlberg, 1999). Insatser för pojkar i åldern upp till och med 12 år med "utåtriktade" symtom inventerades retrospektivt vid en BUP-mottagning (Eresund, 1996). Av 68 pojkar i aktuell ålder anmälda under 1994 diagnostiserades 42 som beteendestörda (uppförandestörning eller trotssyndrom enligt DSM IV). De flesta av dessa hade gjort ett fåtal besök på mottagningen och hälften av kontakterna hade avbrutits. Familjesamtal var den vanligaste behandlingen och endast en pojke hade fått individualterapi.

Internationella studier av behandling

Internationellt har under senare år en hel del forskning bedrivits inom barn- och ungdomspsykoterapi, även om detta område fortfarande jämfört med vuxenpsykoterapi är eftersatt. Man har även gjort så kallade "meta-analyser" där man jämfört resultat i form av "effect size" (ES) från olika kontrollerade studier. ES utgör ett samlat mått på skillnaderna i utfall mellan behandlings- och kontrollgrupper. En ES på 0,80 anses som mycket god, en på 0,50 som måttlig och en på 0,20 som låg (Boalt Boëthius & Berggren, 2000; Shirk, 2001). De meta-analyser som gjorts tyder på att psykoterapi ger samma effekt som för vuxna, det vill säga att barn som gått i terapi i genomsnitt mår bättre psykiskt än 75-80 % av de barn i kontrollgrupper som inte fått terapi (Shirk, 2001; Hjulmand, 2001). De flesta studierna gäller beteendeterapeutiska och kognitiva metoder och det är också dessa som generellt visar bäst resultat. Men en jämförelse är knappast rättvis, eftersom endast en ringa andel av forskningen, c:a 5 %, gäller psykodynamiskt inriktad behandling (Hjulmand, 2001). Dessutom sammanförs i meta-analyserna psykodynamisk terapi med andra former av "traditionell" terapi, såsom "relationship based therapy", "play therapy", "nondirective therapy" och de flesta studierna har gjorts på korttidsbehandling i grupp som utförts i skolmiljö, inte på rådgivningsbyråer eller kliniker. Vidare har de utvärderade behandlingarna i regel utförts av studenter, inte av utbildade och erfarna terapeuter. Psykodynamiska terapier har också sällan utvärderats av forskare med psykodynamisk inriktning, utan de har använts som jämförelsegrupper i studier av kognitiva eller beteendeterapeutiska program, vilket kan innebära en viss "bias" i såväl forskningsupplägg som tolkning av resultat (Target & Fonagy, 1996; Carlberg & Eresund, 1999; Boalt Boëthius & Eresund, 2000).

Behandling av barn och ungdomar med sociala beteendestörningar har blivit föremål för relativt sett många utvärderingar. I en genomgång av kontrollerade studier av behandling för denna målgrupp konstaterar Kazdin (2000) att det inte

finns några metoder som uppvisar entydigt goda resultat, men bäst resultat uppvisas av följande metoder: Kognitivt orienterad social färdighetsträning (cognitive problem-solving skills training), praktisk föräldrautbildning (parent training), samt multisystemisk terapi (multisystemic therapy).

Kognitivt orienterad social färdighetsträning fokuserar på interpersonella konfliktsituationer och hjälper barn att stegvis lära sig att hantera och lösa sådana konflikter. Det finns flera olika behandlingsmodeller som bygger på sådan träning, vanligen i grupp, och de har mest använts med äldre barn och ungdomar. En sådan metod som används även i Sverige är ART eller Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 2000).

Praktisk föräldrautbildning (Parent Training) är ursprungligen en beteendeterapeutisk metod (Patterson, 1982), som har utvecklats vidare av kognitiva terapeuter till en samarbetsinriktad typ av föräldrastöd i grupp (Webster-Stratton & Hancock, 1998). Denna metod har visat sig vara mycket effektiv när det gäller yngre barn med beteendeproblem. Nyligen har Webster-Stratton, Reid och Hammond (2001) även kunnat visa goda resultat av grupper för barn i åldern 4 - 8 år (Child Training). Deras barnprogram har utvecklats som supplement till "parent training" och har visat sig vara effektivt även för barn från psykosocialt stressade familjer och för barn med ADHD-diagnoser. Programmet är narrativt och pedagogiskt utformat och använder sig av stora handdockor och videofilmer. Barnens föräldrar och lärare hålls under behandlingen informerade om innehållet och deltar genom att hjälpa till med hemuppgifter.

Multisystemisk terapi (Henggeler, 1999) är en tidsbegränsad men intensiv behandlingsform, som har visat sig mycket effektiv med äldre barn och ungdomar. Den inriktar sig inte endast på barnet eller familjen i fråga utan även på faktorer i omgivningen som bidrar till beteendeproblemen. Föräldrarna betraktas som medarbetare och behandlingen äger rum i barnets vanliga miljö – hemma, i skolan, på lekplatsen - inte på klinik eller mottagning. Man använder sig av flera olika terapeutiska tekniker och modellen utarbetas individuellt för varje fall. Varje terapeut ansvarar för ett litet antal fall samtidigt och har ett stödjande team bakom sig, som är tillgängligt dygnet runt, även på helger.

Numera är det vanligt att kombinera psykoterapi och medicin (amfetamin) i behandling av hyperaktiva barn med beteendeproblem. Medicinen tycks kunna göra en del barn mer mottagliga för psykologisk behandling. I en stor multimodal studie av behandling för ADHD vid National Institute of Mental Health (NIMH) fick man bäst resultat med en kombination av medicinering och beteendeterapi när det gällde barn som förutom ADHD hade beteendestörningar (Jensen et al., 2001). Den terapi som gavs, och som utan medicinering inte gav lika bra resultat, bestod av ett program med praktisk föräldrautbildning, rådgivning till skolan samt intensiv gruppbehandling för barnen. För barn utan komorbida beteendestörningar blev resultaten lika goda med enbart medicinering som

med kombinationsbehandling. I en tidigare studie av kombinationsbehandling (Satterfield, Satterfield & Schell, 1987) höll resultaten i sig nio år efter avslutad behandling.

Kazdin (1998, 2000) påpekar att de kliniskt mest praktiserade metoderna, det vill säga "traditionella" metoder som psykodynamisk långtidsterapi, mycket sällan har testats i kontrollerade utvärderingsstudier. Därför är det för tidigt att säga att dessa metoder skulle vara ineffektiva. I vilket fall finns det inga snabba enkla metoder som man vet fungerar på längre sikt. Enligt Kazdin måste behandling av allvarliga beteendestörningar ses som långsiktiga projekt som behöver pågå under hela uppväxttiden, med återkommande insatser av olika slag (att jämföra med medicinsk behandling av en kronisk sjukdom som diabetes).

Resultat av psykoanalytiskt orienterad individualterapi utvärderas numera vid Anna Freud Centre och Tavistock Clinic i London. På Anna Freud Centre har man tillgång till noggrann dokumentation av mängder av psykoterapier och psykoanalyser med barn och ungdomar, som genomförts sedan verksamheterna startade, och där undersöks systematiskt den stora databasen (ca 800 fall) utifrån olika frågeställningar.

Bland annat har Fonagy och Target (1994) retrospektivt undersökt effekten av psykoanalytisk behandling för barn med beteendestörningar. De redovisar en studie av 135 barn med externaliserande symtom (disruptive disorder), som matchats med barn som samtidigt behandlats för internaliserande symtom (emotional disorder). En signifikant mindre del av de externaliserande barnen hade bedömts som förbättrade, 30-40%, i jämförelse med 50-70% av de internaliserande barnen. Dessutom hade de externaliserande barnen oftare avbrutit behandlingen och de terapier som genomförts hade i regel varit kortare. Samtidigt fann man att längre behandlingar i regel hade givit bättre resultat och att barnen i högre grad hade stannat kvar i och dragit nytta av behandlingen, om den hade varit intensiv (psykoanalys fyra-fem gånger i veckan), än om den varit mindre frekvent (psykoterapi en-två gånger i veckan). Ju yngre barnet hade varit när terapin inleddes, dess bättre hade resultatet blivit. Vidare hade de barn haft större nytta av behandlingen, som förutom beteendeproblemen även hade uppvisat vissa ångestsymtom. Behandlingen hade också lyckats bättre när barnen hade varit minst normalbegåvade och inte haft allvarliga inlärningsproblem. I de lyckade fallen hade vidare föräldrarna i större utsträckning haft egen samtalskontakt på centret och barnen hade i större utsträckning före terapin gått i centrets specialförskola. Negativt relaterat till ett positivt behandlingsresultat var förekomst av kraftiga ångestsymtom hos modern samt tidigare placering av barnet i familje- eller barnhem.

Fonagys och Targets studie (1994) tyder på att psykoanalytiskt inriktad behandling kan vara till hjälp för yngre (under 10 år) barn med beteendestörningar, som är normalbegåvade, har relativt stabila familjeförhållanden och lider av ångestsymtom. Studien pekar samtidigt på betydelsen av ett gediget

”hållande” i behandlingsupplägget: flera sessioner i veckan, parallella föräldrasamtal, kompletterande miljöterapi.

Sammanfattande kommentar

Uppföljningsstudier av barn med sociala beteendestörningar har övervägande givit nedslående resultat. Många av dessa barn tycks ha dålig prognos, sämre än de flesta andra diagnosgrupper inom barnpsykiatri (Kazdin, 1998). Ju tidigare beteendeproblemen debuterar, desto större är risken för fortsatt antisocial utveckling (Mc Mahon, 1994).

Också många av de barn som fått behandling återfinns som vuxna inom psykiatrisk vård, missbruksvård eller kriminalvård (Curman & Nylander, 1975; Engquist, 2000). Detta betyder dock inte att all behandling varit meningslös. En del av barnen har trots allt klarat sig bra. Det tycks framförallt gälla barn vilkas beteendestörningar inte varit så allvarliga, inte visat sig så tidigt och barn som inte har haft inlärningssvårigheter eller nedsatt intellektuell förmåga. I de fall där man har kunnat samarbeta med föräldrarna i att genomföra intensiv och långvarig psykoterapi har det också ofta gått bättre (Fonagy & Target, 1994).

Kognitiv beteendeterapi har i meta-analyser av kontrollerade studier uppvisat bättre resultat än psykodynamisk psykoterapi (i det senare finns endast ett fåtal kontrollerade studier). Bäst resultat har man för yngre barn fått med praktisk föräldrautbildning (parent training), för något äldre barn med social färdighetsträning och för ungdomar med multisystemisk terapi (Kazdin, 2000).

Kapitel 6. Metodutvecklingsprojektet

Det empiriska materialet i föreliggande avhandlingsarbete bygger på ett metodutvecklingsprojekt inom PBU (numera BUP:s öppenvård) i Stockholms läns landsting. Jag startade detta projekt 1996 i syfte att utveckla en form psykodynamiskt baserad individualpsykoterapi som skulle passa för pojkar med beteendestörningar i lägre skolålder. Som bakgrund och underlag för fortsatt metodutveckling och forskning ville jag också sammanställa och analysera vissa erfarenheter av och tankar kring behandling för dessa pojkar som fanns inom verksamheten. Därför genomfördes tre förstudier:

1. Behandlingsinsatserna för "bråkiga" pojkar vid en mottagning inventerades och följdes upp med föräldraintervjuer.
2. Barnterapeuter intervjuades om sina erfarenheter av individualpsykoterapi med beteendestörda pojkar.
3. En studie av hur synen på och förhållningssättet till denna grupp barn hade utvecklats inom den psykiska barna- och ungdomsvården i Stockholm.

Dessa förstudier sammanfattas nedan. Därefter beskrivs uppläggningsen av det projekt med nio behandlingsfall som undersöks närmare i avhandlingen.

Förstudier

Bråkiga pojkar på PBU

I denna studie (Eresund, 1996) inventerades insatserna för samtliga pojkar med aggressiva beteendestörning, som anmälts under ett år (1994) vid en PBU-mottagning. Det var 42 pojkar i åldern 4-12 år. Beteendestörningarna bedömdes i de flesta fall som lindriga eller måttliga. De flesta hade inte genomgått psykologisk utredning, men av dem som gjort detta hade nio pojkar bedömts ha allvarliga störningar i sin känslomässiga utveckling. Tretton pojkar (31%) bodde med sina båda föräldrar. Detta skiljer sig något från det totala PBU-materialet, där motsvarande andel var 37 % (PBU-statistik, 1995). Förekomsten av psykosocial problematik (långtids arbetslöshet eller sjukskrivning, misshandel, kriminalitet) i familjerna var hög. De flesta kontakterna blev korta och hälften slutade med avbrott. Familjesamtal var den vanligaste behandlingsinsatsen. Samarbete med skola och barnomsorg hade samband med en positiv utveckling. Drygt en tredjedel av pojkarna bedömdes ha utvecklats positivt under kontakten med PBU.

De lugnade ner sig och relationen mellan dem och deras föräldrar förbättrades. Detta gällde framför allt de fall där problematiken bedömts som krisrelaterad. Endast en pojke fick långtids individualterapi och en fick korttidsterapi. Ingen av de pojkar, som hade bedömts som allvarligt störda, fick psykoterapi.

För att få en bild av hur familjerna själva hade upplevt problemen och kontakten med PBU gjordes en uppföljning, där 20 av de 42 familjerna intervjuades cirka ett år efter avslutad kontakt (Johansson & Skogsholm, 1997). Femton av dessa familjer uppgav att pojkarnas beteendeproblem hade förbättrats och att de mådde bättre nu än när de sökte hjälp. Åtta av dessa menade att PBU-kontakten hade bidragit till detta, medan de övriga uppgav andra orsaker till förbättringen. Tre familjer hade fått hjälp på annat håll. Av de fem familjer vars pojkar inte hade blivit bättre ansåg tre att de ändå fått hjälp på PBU. De hade fått avlastning, ny kunskap eller kunnat utveckla nya förhållningssätt och därmed ett alternativt bemötande av pojken. Sammantaget tycks tolv familjer (60%) ha varit övervägande nöjda med kontakten och ansåg att de på något sätt fått hjälp, medan de övriga åtta var övervägande missnöjda. Missnöjet gällde framför allt att behandlaren "inte fångade upp pojken". Så många som hälften av familjerna uttryckte denna kritik. De menade att behandlaren inte hade verkat se pojken som han egentligen var eller hade missat väsentliga aspekter av pojkens problem, exempelvis hans dåliga självförtroende. I endast åtta av de intervjuade familjerna upplevde föräldrarna att de delade syn på problemen med den behandlare som de träffade. Uppemot hälften av familjerna befanns ha haft en passiv inställning till behandlingen och någon verklig samarbetsallians tycks inte ha funnits i mer än ungefär en fjärdedel av fallen. För mer än hälften var det oklart vad samtalen fyllde för funktion. Flera föräldrar hade även önskat få mer konkreta råd och tips.

Individualpsykoterapi med beteendestörda pojkar

I ett upprop i PsykologTidningen och Riksföreningen Psykoterapicentrums tidsskrift *Insikten* efterlyste jag positiva erfarenheter av psykodynamiskt inriktad individuell psykoterapi med beteendestörda pojkar. Nitton barnpsykoterapeuter från hela landet svarade och jag intervjuade dessa. Syftet var att beskriva terapeutiska metoder och förhållningssätt som erfarenhetsmässigt hade fungerat bra och relatera dessa till en teoretisk referensram (Eresund, 1997).

De intervjuade terapeuterna betonade nödvändigheten av ett känslomässigt hårbärgerande förhållningssätt, det vill säga ungefär det som av Bion (1962) har beskrivits som moderns "containing function" i förhållande till barnet. Detta innebär att terapeuten aktivt tar emot, reflekterar över och strukturerar känslor och tankar som barnet uttrycker, men även känslomässigt hårbärgerar sådana negativa egenskaper, känslor eller intentioner, som barnet ännu inte är moget att erkänna och ta itu med hos sig självt. Terapeuterna ansåg vidare att det ibland var

nödvändigt att handgripligen försvara ramarna i terapin. Gränssättning ansågs som viktig, men det betonades att den inte fick bli rigid och att man ibland istället behövde hjälpa barnet att omforma sina destruktiva impulser till konstruktiv lek. En aktivt jagstödande hållning tycktes karaktärisera de flesta terapeuternas arbetssätt. Samtliga underströk betydelsen av att vid sidan av barnterapin ägna mycket tid åt föräldrabete och samarbete med andra i barnets nätverk, framför allt skolan.

Det förelåg stora skillnader mellan terapeuterna beträffande i vilken omfattning och i vilka skeden av terapin som de använde verbala tolkningar. Studien utmynnade bland annat i frågan: Hur påverkas terapiprocessen om man väntar med att tolka negativa känslor som väcks i den terapeutiska kontakten (så kallad negativ överföring) tills man fått en samarbetsallians, alternativt om man försöker åstadkomma en sådan allians genom att tolka negativa känslor?

Psykisk Barna- och Ungdomsvård och de vanartiga barnen

Underlag för denna studie (Eresund, 1999a) var dels litteratur om den psykiska barna- och ungdomsvården och annan behandlingsverksamhet för barn med beteendestörningar, dels intervjuer med barnterapeuter och andra medarbetare med lång erfarenhet från miljöterapeutiska verksamheter såsom terapiskolor, dagbehandlingsverksamheter och terapikolonier.

Denna genomgång visar att man inom PBU tidigt hade ett nära samarbete med den dåvarande barnavårdsnämnden och med skolan och att man satsade på behandlingsmetoder som passade just barn med beteendestörningar. Aktivitetsgrupper, terapigrupper och terapikolonier startades. Verksamheter med terapiskola och dagbehandling för förskolebarn växte fram i samarbete med eller direkt knutna till mottagningarna. Olika försöksprojekt som riktade sig till socialt missanpassade grupper startades.

Efterhand som verksamhetens medarbetare utbildade sig mer i psykoterapi utvecklades dock paradoxalt nog tendenser som verkade i motsatt riktning, så att just de beteendestörda barnen inte längre var i fokus. Detta berodde troligen på att det var svårt att tillämpa de nya kunskaperna på dem och deras föräldrar, som ju sällan var motiverade till psykologisk behandling. Vidare utvecklades den barnpsykoterapeutiska praktiken alltmer i en riktning som tog avstånd från pedagogiska och stödjande inslag och samarbete med andra i barnets nätverk. Under 1990-talet tvingades PBU-verksamheten dessutom att av besparingsskäl avveckla större delen av de specialpedagogiska och miljöterapeutiska verksamheterna.

Huvudprojektet

Med de ovan sammanfattade förstudierna som erfarenhetsunderlag startade jag våren 1996 ett behandlingsprojekt, som barnterapeuter inom PBU (numera BUP) i Stockholm inbjöds att delta i. Detta projekt avsåg att:

- pröva en individualpsykoterapeutisk metod (SEPP) som utarbetats för denna målgrupp
- bidra till kompetensutveckling för de deltagande terapeuterna genom regelbundet återkommande seminarier, intervjuer i samband med genomgång av processanteckningar, samt vid behov även handledning

Projektet var upplagt på följande sätt:

- Jag ansvarade för projektledning och dokumentation
- Varje deltagande terapeut skulle på sin mottagning behandla en pojke i åldern 6 – 12 år, som enligt DSM IV bedömts ha externaliserande beteendestörning (trotssyndrom eller uppförandestörning), med stödjande expressiv lekpsykoterapi. Terapeuten skulle själv sköta föräldrasamarbetet och skolsamarbetet i detta ärende.
- Halvdagsseminarier tre gånger per termin under 2½ års tid. På dessa seminarier skulle praktiska frågor kring terapier och forskningsprocess samt relevant litteratur diskuteras.
- Processanteckningar och skattningar från terapierna skulle samlas in fyra gånger om året och varje terapeut skulle då också intervjuas kring behandlingen av mig.
- De terapeuter som saknade legitimation för självständigt utövande av psykoterapi fick handledning i grupp en gång i veckan hos mig. De övriga hade möjlighet att vid behov konsultera mig.

Sex terapeuter från fem olika mottagningar anmälde sig och projektet startade hösten 1996. Under 1997 tillkom ytterligare tre terapeuter från två andra mottagningar. De deltagande terapeuterna hade samtliga lång klinisk erfarenhet och grundläggande psykoterapeutisk kompetens. Tre saknade vid denna tidpunkt ännu legitimation för att självständigt utöva psykoterapi. Sex var kvinnor och tre män. Projektet beskrevs och resultaten sammanfattades i en FOU-rapport (Eresund, 1999b).

Kapitel 7. Stödjande expressiv lekpsykoterapi

Den behandlingsmetod som användes i projektet var stödjande expressiv lekpsykoterapi. På engelska heter metoden *supportive expressive play psychotherapy* (SEPP). Den beskrivs ingående i boken "Children with conduct disorders" (Kernberg & Chazan, 1991), svensk översättning "Barn med beteendestörningar" (1994), som är avsedd som vägledande manual för terapin. I det följande beskrivs hur jag utifrån denna text har uppfattat behandlingsmetoden.

Teoretisk bas

SEPP är en psykoanalytiskt baserad terapimetod där den terapeutiska relationen ses som den överordnade förändringsagenten. Man "arbetar med att förstärka barnets jag via en relation med en vuxen som inte reagerar med kritik och aggressivitet på barnets provokationer"... utan "hjälp barnet att i efterhand bli medvetet om sin förvrängda verklighetsuppfattning" samt "ger barnet tillfälle att uttrycka fantasier, känslor och upplevelser" samt "vidga sin förmåga att leka och forma om sina tidigare spontana utspel till symboler och ord" (Kernberg & Chazan, 1994, s.33). Författarna hävdar att deras centrala teoretiska ram är "en psykoanalytisk modell baserad på jagpsykologi och objektrelationsteori" (ibid. s.16). De nämner arbeten av bland andra Anna Freud (1967), D.W. Winnicott (1971) och Otto Kernberg (1975) som utgångspunkter för den terapimetod (SEPP) som de har utvecklat. Vidare tar de upp anknytningsteorin (Bowlby, 1969) som viktig för förståelsen av de förvrängda inre arbetsmodeller av sina relationer med andra (Emde, 1988) som beteendestörda barn ofta utvecklar. Ett annat teoretiskt perspektiv som har betydelse för deras syn – och arbetssätt är temperamentsteorin (Thomas, Chess & Birch, 1968) som betonar att medfödda egenskaper hos barnet kan bidra till eller skapa negativa samspelsmönster mellan barn och föräldrar. Slutligen nämner författarna inlärningspsykologin som ett viktigt perspektiv, inte minst för utformningen av de terapeutiska interventionerna och refererar där till Patterson (1982) samt Wells & Forehand (1985).

Vissa inslag i SEPP-metodiken företer likheter med kognitiv beteendeterapi med barn så som den beskrivs av Kendall & Braswell (1993). Terapeuten försöker hjälpa barnet att lära sig reflektera kring sina erfarenheter i socialt samspel och efterhand även att lära sig tänka innan det handlar. Arbetssättet påminner i många avseenden också om de jagstödjande barnterapi metoder som nämnts i föregående kapitel (Sylvander, 1983; Fonagy & Target, 1996). Gemensamt för dessa terapeutiska modeller är att terapeuten har ett jag- och relationsuppbyggande, ej regressionsbefrämjande förhållningssätt.

Termen "stödjande expressiv psykoterapi" härrör från Menninger Foundation i USA, där sedan 1940-talet patienter med olika personlighetsstörningar och

gränspsykotiska tillstånd behandlades med psykoanalytisk psykoterapi (Luborsky, 1984). Istället för att renodla jagstödjande versus insiktsbefrämjande psykoterapi som två skilda terapimetoder integrerade man vid Menninger Foundation dessa båda tekniker inom samma behandling, men beroende på omständigheterna och patientens problematik lades tonvikten antingen på den ena eller den andra tekniken.

Det stödjande inslaget i behandlingen utgörs av den terapeutiska relationen samt sådana interventioner som kan stärka barnets jagfunktioner, framför allt ”impulskontroll; tolerans mot frustration, ångest eller depression; förmåga att förutse och reflektera; sublimering; kommunikation via lek eller tal” (Kernberg & Chazan, 1994, s. 39). Genom barnets identifikation med terapeuten antas även överjagsfunktionerna (förmåga att känna skuld och ta ansvar för egna handlingar) bli stärkta, vilket enligt författarna är viktigt för att aggressiva känslor skall kunna integreras och kontrolleras.

Den expressiva komponenten utgörs av terapeutens försök att hjälpa barnet att uttrycka och reflektera kring känslor och tankar samt att bli medvetet om och försöka förändra sina destruktiva interpersonella strategier.

Förutsättningar och ramar för terapin

Två villkor måste enligt Kernberg & Chazan (1991) vara uppfyllda för att terapin skall fungera

- *Barnet måste visa någon förmåga att känna verklig skuld, ånger eller skam i samband med stöld, lögn eller misshandel av andra. Vidare måste det under den diagnostiska utvärderingen visa någon förmåga att engagera sig i terapeutisk gemenskap*
- *Det bör finnas möjlighet till samarbete med föräldrar och skola*

Dessutom anses SEPP-behandling vara kontraindicerad för barn med psykoser eller måttliga till svåra utvecklingsstörningar.

Behandlingen förutsätter således att barnet har ett visst mått av eget upplevt hjälpbehov och förmåga att knyta an till en vuxen. Vidare betonas att föräldrarna behöver vara motiverade till ett samarbete kring terapin, där syftet är att förändra såväl deras eget förhållningssätt som barnets sociala beteende. Därför krävs en relativt lång förberedande kontakt med familjen innan själva terapin startar. För att processen skall bli tillräckligt intensiv behöver barnet komma till terapin två gånger i veckan och behandlingstidens längd varierar mellan ett halvår och flera år.

Verbal kommunikation viktig

Leken och den känslomässiga kontakten mellan barnet och terapeuten framhålls som en förutsättning för att terapin skall fungera. Terapeuten kommunicerar med barnet på många icke-verbala sätt. Kernberg & Chazan (1991) anser dock att den språkliga kontakten har en central betydelse, eftersom beteendestörda barn ofta har svårt att härbärgera sina känsloupplevelser och uttrycka dem på ett socialt acceptabelt sätt. Ökad förmåga att hantera känslor genom att använda ord istället för utagerande är ett huvudmål i behandlingen. Därför är det i den fördjupade förståelsen och kommunikationen via språket som framstegen konsolideras.

Kanske förefaller det överraskande eftersom beteendestörda barn i allmänhet inte är verbala. På grund av deras oförmåga att härbärgera känsloupplevelser i den psykologiska sfären kan ord, som beskriver känslor eller smärtsamma upplevelser, bli lika verkliga och smärtsamma som själva känslan eller upplevelsen. Därigenom får språket en viktig magisk betydelse. En ökad förmåga att tolerera känslor genom att använda ord i stället för utagerande är ett annat av behandlingens huvudmål. Språkets symboliska funktion framstår som en naturlig följd av terapeutens taktfulla inkännande i barnets inre värld liksom av barnets identifiering med terapeutens sätt att använda ord i stället för agerande. Vad terapeuten säger är ett sätt att mäta på vilken nivå behandlingen förs (Kernberg & Chazan, 1994, s. 25).

Ett hierarkiskt schema för interventioner

Författarna kategoriserar verbala interventioner i barnterapi i ett schema som går från normalt socialt beteende (som att säga "Hej" och "Välkommen") via stödjande och underlättande interventioner till tolkningar. Interventionerna är hierarkiskt organiserade och de "högre" kategorierna används även när de innefattar de "lägre". En tolkning kan exempelvis även innehålla stödjande och underlättande komponenter. Nedan sammanfattas detta schema (ibid.s.27-32).

Normalt socialt beteende

Syftar till att etablera ett socialt samspel och dämpa barnets oro inför behandlingskontakten. Yttranden av typen "Hej", "Det är dags för oss att börja nu", "Välkommen tillbaka".

Yttranden som rör behandlingen

Syftar till att stödja jagfunktionen genom att göra det okända känt. Sådana inlägg inbjuder till en särskild sorts kommunikation och känslöpphet mellan barn och terapeut. Yttrandena berör gränser, regler och ramar i terapin, men också målsättningen för den. Det kan exempelvis handla om vad barnet får och

inte får göra, om ändrade tider och uppehåll, om samarbetsmöten, om terapeutens roll samt om tystnadsplikten.

Begäran om faktisk information

Terapeuten behöver ibland fråga om vissa konkreta förhållanden för att själv förstå bättre, men också för att hjälpa barnet att självt klargöra vissa saker och även för att öka kommunikationen med barnet. Det kan t.ex. röra frågor om var i rum eller tid barnet befann sig, när något som det berättar om inträffade.

Stödjande yttranden

Syftar till "att minska barnets ångest och stärka dess självtillit och självuppskattning genom information, positiva förslag, uppmuntran, lugnande stöd och empati" (Kernberg & Chazan, 1994, s.28). Terapeuten kan exempelvis informera och undervisa barnet om vissa verkliga förhållanden, som det behöver känna till eller har missuppfattat. Hon uttrycker uppskattning och förståelse för barnets sätt att tänka och handla, uppmuntrar barnet att försöka sig på nya saker, presenterar nya idéer och handlingsalternativ samt ger ord åt och bekräftar barnets känsloupplevelser.

Underlättande yttranden

Syftar till att "inleda, förbättra eller upprätthålla replikskiftet med barnet genom uppmaning till det att fortsätta tala eller genom att ytterligare förklara eller ge en sammanfattande återblick av något det sagt" (ibid. s.29). Det väsentliga är här att terapeuten förmedlar intresse för vad barnet har att säga och genom att ställa frågor, upprepa och summera stimulerar barnet till att fortsätta sin berättelse.

Rikta uppmärksamheten

Här går terapeuten ett steg längre och antyder möjliga nya innebörder och sammanhang i barnets berättelse ("Titta-närmare-på"). Hon försöker även peka på "mönster och/eller sekvenser i händelser känslor beteenden eller tankar" (ibid. sid.30) som hon har iakttagit ("Se-mönstret") Detta slags intervention benämns i andra sammanhang för "klarifikation" och förbereder ofta en tolkning.

Tolkningar

Syftar till "att hjälpa barnet upptäcka samband mellan beteenden, känslor och tankar som det är medvetet om och de attityder, antaganden och föreställningar som det är omedvetet om" (ibid. s.31). Tolkningar kan gälla psykologiska avvärningsmanövrer (försvar), motiv (önsksningar, behov, rädslor, konflikter) eller tidigare upplevelsers betydelse för hur man i nuet uppfattar saker och ting. De kan vara inriktade på barnets relationer med sina närmaste, men i denna metod fokuseras de på det aktuella samspelet i den terapeutiska relationen, speciellt sådana negativa interaktioner som stör arbetet (en slags begränsad överföringstolkning). Författarna kallar detta för "här-och-nu-tolkningar".

Kommentar till interventionsschemat

Kernberg och Chazan (1991) menar att interventionerna under terapins förlopp i stort sett bör följa den här ovan beskrivna ordningen för att den terapeutiska processen skall fungera bra. Under den inledande fasen använder terapeuten mest de första fem interventionstyperna, som kan betraktas som i olika grad övervägande stödjande. I mitt- och slutfasen av terapin förekommer dessa interventioner mer som bakgrund till de två expressiva interventionstyperna: rikta uppmärksamheten och tolkning, som syftar till att hjälpa barnet att förstå och lösa sina svårigheter. Tolkningar blir ofta inte aktuella förrän under mittfasens senare skede, eftersom de kräver "ett visst minimum av förmåga till introspektion och perspektiv på sig själv" (Kernberg & Chazan, 1994, s.96). Först därefter kan det bli möjligt att tolka psykiska avvärjningsmanövrer (försvar), känslomässiga konflikter samt dessas anknytning till barnets tidigare upplevelser (trauman).

Föräldrasamarbetet

Samarbete med barnets föräldrar är en nödvändig förutsättning för barnsykoterapi. Detta samarbete benämns ofta som "föräldraarbete" och det kan utformas på olika sätt. Rustin (2000) beskriver fyra olika målsättningar med föräldraarbete (min översättning):

- *Säkerställa att föräldrarna skyddar och stödjer barnets behandling*
- *Stödja föräldrarna i deras föräldrafungerande*
- *Förändra familjens fungerande*
- *Individuell psykoterapi för en eller båda föräldrar*

I många fall kan målsättningen från början vara endast den första men efterhand utökas till att inbegripa också någon eller några av de andra tre. Kernberg & Chazan (1991) ser föräldrarna främst som samarbetspartner kring barnets terapi. Föräldrasamtalen är alltså inte inriktade på att hjälpa föräldrarna med deras personliga utveckling eller till en egen terapeutisk bearbetning (Rustins fjärde målsättning). Det främsta syftet med dessa samtal är att utbyta information samt att upprätthålla ramarna kring barnets terapi (Rustin's första målsättning). Men samtidigt bör terapeuten även sträva efter att fördjupa föräldrarnas förståelse av barnet samt hjälpa dem att ge barnet struktur och gränssättning på ett icke-aggressivt sätt (Rustins målsättning 2 och 3).

Engelse Frick (2000) tar i samma skrift som Rustin upp ett annat viktigt syfte med föräldraarbetet, som kan sägas höra hemma inom de båda första av Rustins

kategorier, nämligen att tillsammans med föräldrarna försöka skapa en terapeutisk miljö kring barnets psykoterapi hemma och i skolan.

Kernberg & Chazan (1991) framställer det som självklart att barnterapeuten själv har den direkta kontakten med föräldrarna, och diskuterar inte detta arrangemang. Inom svensk barnpsykiatri har man haft som tradition att föräldraarbetet i barnterapi vanligen sköts av någon annan kollega. I detta projekt träffade dock barnterapeuterna själva föräldrarna. Det finns både fördelar och nackdelar med att använda en sådan modell. Weil (1989) fann i intervjuer med PBU-medarbetare om föräldraarbete att:

Flera medarbetare säger sig inte ha någon erfarenhet av att bedriva barnterapi och samtidigt vara förälderns/föräldrarnas terapeut. De intervjuade menade att om denna modell skall fungera måste föräldrarna vara väl fungerande och att det räcker för dem att barnets terapeut är en förbindelselänk till dem med viss informativ och pedagogisk kontakt. Barnets terapeut skall huvudsakligen vara till för barnet, det är huvudprincipen. Föräldrarna skall inte ha så stora behov själva utan kunna låta barnet vara i fred med sin terapi. Man framför synpunkter på att det är svårt att rätta till för både barn och föräldrar. Känslor av konkurrens kan uppkomma, den ena eller andra parten får inte tillräckligt, speciellt skulle detta gälla barn och föräldrar med tidiga störningar och stora behov. Det betonas att föräldrar nog ofta behöver en egen terapeutisk kontakt, men på sina villkor. De kan känna sig ensamma när barnet går i terapi. (s.50)

Men Weil hänvisar också till Ornstein (1976), som framfört att det kan vara fördelaktigt att barnterapeuten har föräldraarbetet, eftersom man på det sättet

...slipper de eventuella splittingsmekanismer som kan uppkomma mellan barnets terapeut och den kollega som behandlar föräldrarna. Denna splittring kan dels vara en spegling av familjens problematik, dels bero på att man har olika målsättning med sitt respektive arbete. Mot-sättningar i en personalgrupp kan också öka på konflikterna. Föräldraterapeuten kan komma att mer stödja och fokusera en förälders vuxenbehov och på så sätt inte ge tillräcklig empatisk förståelse för barnets behov (Weil, s.37)

Det kan vara mer effektivt att dela upp arbetet på två personer, förutsatt att den kollega som åtar sig föräldraarbetet har erfarenhet av föräldrarådgivning som specialitet (Orrenius, 2001) och förutsatt att samarbetet fungerar bra. På senare år har barnterapeuter dock fått allt svårare att hitta sådana samarbetspartners på sina arbetsplatser (Lantzourakis, 1998; Carlberg, 2000; Orrenius, 2001). Särskilt svårt kan det vara när det gäller föräldrar till barn med beteendestörningar. Dessa föräldrar har ofta känt sig anklagade och missförstådda i tidigare kontakter med professionella kring barnen. De brukar därför vara känsliga för kritik och kan känna sig kränkta om de upplever sig bli behandlade som medpatienter (Eresund, 1997). Det kan hända att just dessa föräldrar kan uppleva det som mer meningsfullt att få träffa barnterapeuten regelbundet, eftersom de ändå vill ha hjälp med hur de skall förhålla sig till barnets beteendeproblem. Almstrup & Gregersen (2001) fann att föräldrar vilkas barn hade avslutat individualterapi i viss mån var missnöjda med den information om behandlingen, som de fått i

sina samtal med en kollega till barnterapeuten. Några av föräldrarna hade önskat få ha mer direkt kontakt med barnterapeuten. En slutsats som Almstrup och Gregersen drar är att man i fortsättningen bör fokusera mer på "formidling og problemaflaring overfor de forældre, der har vanskeligheder med ikke at have direkte adgang till barneterapien og barneterapeuten" (2001, s.45).

Sammanfattningsvis syftar föräldraarbetet i SEPP framför allt till att samarbeta med föräldrarna och skapa en så terapeutisk miljö som möjligt kring barnets behandling. I detta ingår att försöka öka föräldrarnas förmåga att förstå barnet samt deras förmåga att sätta gränser och ge struktur. Kernberg & Chazan (1991) menar att dessa funktioner påverkar varandra ömsesidigt. När föräldrar förstår varför deras barn uppför sig på ett krävande, trotsigt och destruktivt sätt blir de mindre benägna att reagera ångestdrivet, med antingen eftergivenhet eller (hot om) våld och kan sätta gränser på ett bättre sätt. När föräldrar känner att de behärskar situationen stärks också deras positiva känslor för barnet och i och med det troligen även förmågan till förståelse. Enligt Kernberg & Chazan kan terapeuten bäst påverka föräldrarna i dessa avseenden genom att med sitt eget empatiska bemötande av föräldrarna erbjuda en god modell för föräldra-barn-relaterande.

Samarbete med skola och barnomsorg

Enligt Kernberg & Chazan (1991) är det önskvärt att terapeuten vid behandlingens början med föräldrarnas tillstånd tar initiativet till ett regelbundet samarbete med läraren. Detta samarbete kan vara till hjälp för både terapeuten och läraren i deras arbete med barnet och terapeuten bör även i fortsättningen ha kontakt med läraren minst en gång i månaden. Detta kan sägas ingå i terapeutens arbete med att skapa en terapeutisk miljö kring barnets behandling (Engelse Frick, 2000).

Ett sådant samarbete är särskilt viktigt när det gäller barn med beteendestörningar, eftersom dessa har svårt att anpassa sig i och ofta straffar ut sig från barngrupper (Eresund, 1997). Behandlingen går oftast inte heller att genomföra, om skolsituationen inte håller.

Beskrivning av det barnterapeutiska arbetet i SEPP

Inledningsfas

I denna fas etableras en arbetsgemenskap. Bråkiga och besvärliga barn vet att de kommer i behandling för att de uppför sig illa och de förutsätter att syftet med terapin är att de skall lära sig att bli lugna och snälla. Att tillsammans med barnet komma överens om och formulera en konkret och för barnet begriplig och

acceptabel målsättning, som handlar om att lära sig att känna och tänka efter, förstå sig själv och andra bättre samt att kunna uttrycka sig med ord, är därför en viktig första uppgift för terapeuten. Till en början dominerar indirekt kommunikation genom lek. Terapeuten är aktivt stödjande, ger förslag till sysselsättningar, uppmuntran och förståelse. Verbal kommunikation, som dessa barn ofta har svårt för, uppmuntras genom att terapeuten kommenterar samt med frågor följer upp barnets spontana yttranden. Terapeuten summerar vad barnet har berättat eller på annat vis kommunicerat. Detta avser att underlätta för barnet att självt sätta ord på sina känslor och tankar och bidra till att barnets jagmedvetande breddas och fördjupas. Den viktigaste målsättningen i denna fas är att tillsammans med barnet utveckla en gemensam förståelsegrund och en behandlingsallians.

Bearbetningsfas

När en behandlingsallians har etablerats, kan terapeuten börja visa barnet på nya sätt att förstå både sig själv och andra, samt på sammanhang och mönster som barnet varit omedvetet om. Terapeuten använder sig då av sådant som händer i det terapeutiska samspelet och påvisar olika förändringar i detta samt även missförstånd och konflikter som uppstår. När barnet blir medvetet om att det har missuppfattat terapeuten, kan det undan för undan förstå att det också missuppfattar andras beteenden. På det sättet förstärks barnets självkänsla och ”det börjar befria sig från sin egocentriska grundinställning och förstå något om andras idéer och känslor” (Kernberg & Chazan, 1994, s.92). Barnet börjar kunna uppfatta sig självt som medagerande i, ibland även som anstiftare av sådana konflikter som de tidigare bara sett sig som offer för (slagsmål på rasten, förälderns eller lärarens utskällning). En del barn kan nu nå en djupare förståelse och medvetenhet om hur och varför de reagerar som de gör, och då får behandlingen ett mer bearbetande fokus. Det stödjande elementet måste dock alltid finnas med och i vissa fall förblir behandlingens centrala inriktning hela tiden stödjande (ibid. s.44). Den viktigaste målsättningen i denna fas är att barnet skall förstå att det självt påverkar sin omgivning genom sitt beteende.

Avslutningsfas

Terapin närmar sig sitt slut när barnets anpassning förbättras, när det har uppnått ”förbättrad impuls kontroll, stärkt självkänsla och bättre kontakt med omvärlden” samt ”en annorlunda inre bild - både positivt och negativt - av sig själva och människorna omkring dem” (ibid. s.116). Det har lärt sig att umgås med terapeuten som en betydelsefull person, tillsammans med vilken det kan reflektera över sitt beteende, sina tankar och känslor i olika situationer.

Under den avslutande fasen konsolideras och stärks tidigare gjorda framsteg. Men det är också viktigt att i denna fas aktivt förbereda barnet på att skiljas från terapeuten. Detta kan innebära att tidigare upplevelser av förlust och separation

aktiveras och på så sätt kan bearbetas. Om barnet i denna fas kan uttrycka och förstå sina blandade känslor inför terapins avslutning, kommer det att i framtiden kunna hantera upplevelser av att "mötas och skiljas" på egen hand. Samtidigt menar författarna att förlusten av den terapeutiska kontakten i bästa fall endast är partiell, eftersom föräldrarna under behandlingens gång dels har kunnat identifiera sig med terapeuten som modell, dels har kunnat fördjupa sin förståelse av barnet. De kan då överta en del av de funktioner som terapeuten haft för barnets psykiska utveckling (Kernberg & Chazan, 1994, s.116).

Att arbeta efter manual

Terapeuterna i projektet förväntades använda det arbetssätt, SEPP, som ovan sammanfattats. Detta finns mer detaljerat beskrivet i Kernberg & Chazan's bok (1991), som också är avsedd som manual för behandlingen.

Eftersom det finns många olika typer av psykoterapi är det i forskning viktigt att vara säker på att den psykoterapimetod som undersöks verkligen är den man avser att undersöka. Om terapierna bedrivs efter manual ökar sannolikheten för detta. Men psykoanalytiskt inriktad psykoterapi kan inte bedrivas efter schema. Värdet och effekten av behandlingen beror i stor utsträckning på hur samspelet mellan patient och terapeut utvecklas. Det är viktigt att terapeuter arbetar på ett sätt som stämmer med såväl deras egna som klientens personliga förutsättningar och att det finns utrymme för oväntade upptäckter och kreativa lösningar. Kompetenta terapeuter tycks också kunna veta när och hur de måste avvika från ramar eller regler för den metod som de arbetar efter (Roth & Fonagy, 1996). Att förändringsprocesser i barnpsykoterapi ofta iakttas efter det att terapeuten gjort eller sagt något som egentligen faller utanför behandlingsramarna var ett av fynden i Carlbergs undersökning (1999).

I psykoanalytisk psykoterapi kan man använda manualer, som inte föreskriver exakt vad terapeuten skall göra i olika faser eller "steg" utan istället mer allmänt beskriver principer och målsättningar samt rekommenderar vissa typer av interventioner (Hibbs et al., 1997). Manualen för SEPP (Kernberg & Chazan, 1991) är skriven på det sättet. Problemet är att en sådan manual är svår att validera och SEPP-manualen är inte heller validerad. I föreliggande studie prövas den på ett litet kliniskt material.

En manual kan ge viktigt stöd och vägledning i det terapeutiska arbetet (Boalt Boëthius & Berggren, 2000). Terapitimmar med hyperaktiva och aggressiva barn blir lätt kaotiska och terapeuter känner sig då ofta oförmögna att tänka klart och fatta beslut om lämpliga interventioner (Eresund, 1997). Min tanke var att en viss teknisk struktur (i huvudet på terapeuten) i sådana situationer borde vara till hjälp, förutsatt att den inte tillämpades utan efterföljande reflektion.

DEL II. METOD

Kapitel 8. Metodologiska överväganden

Forskningsansats

Den övergripande forskningsansatsen kan sägas vara hermeneutisk (Polkinghorne, 1983), då det handlar om att förstå och finna mönster i den komplexa verklighet som de studerade terapierna utgör. Fenomenen studeras i sitt naturliga sammanhang, det vill säga i den kliniska praktiken, men främst via terapeuternas erfarenheter, och med hjälp av flera olika slags datainsamlingsmetoder. Den forskningsmetod som använts är *fallstudiemetodik*, vilken enligt Yin (1989) karaktäriseras av att

- *den undersöker ett samtida fenomen i dettas normala verkliga sammanhang (kontext)*
- *gränserna mellan fenomen och kontext inte är helt uppenbara*
- *multipla datakällor används*

Forskningsfrågor som passar för fallstudiemetodik är enligt Yin sådana som handlar om: Hur? Varför? Vad? Denna typ av frågor kan inte besvaras enbart genom att räkna frekvens eller incidens. De kräver förklarande svar och behandlar samband som måste spåras över tid. Fallstudiemetodik passar också för att undersöka sådant som händer i nutid, samt för situationer där beteenden och händelser inte kan manipuleras eller kontrolleras av forskaren. Många datainsamlingstekniker kan användas: olika typer av dokument, intervjuer, observationer.

Enligt Werbart (1997) karaktäriseras systematiska fallstudier av att ett begränsat antal fall undersöks i detalj utifrån en explicit teoretiskt förankring och ett intresse för repetitiva mönster. Carlberg (1999) kallar den forskningsmetod han använt i sin studie av förändringsprocesser i barnpsykoterapi för "fokuserade systematiska fallbeskrivningar". Denna variant av fallstudiemetodik utmärks bland annat av

- *att data samlas in från flera psykoterapifall med samma metod för att möjliggöra jämförelser*
- *att terapeutens berättelse om ett händelseförlopp kompletteras med annan information, exempelvis genom skriftliga frågor till terapeuten och analys av terapeutens anteckningar som gjorts i anslutning i terapin*
- *att flera källor än terapeuten kommer till tals för att berika bilden (ibid. s. 227)*

Föreliggande studie har en liknande ansats. I Carlbergs studie var fokus på vändpunkter i behandlingsprocessen. Här ligger fokus på hur en viss behandlingsmetod fungerar för en viss målgrupp under naturalistiska förhållanden, det vill säga i vanlig barnpsykiatrisk verksamhet.

Denna studie har även karaktär av aktionsforskning, som ju syftar "inte bara till att beskriva utan också göra en skillnad, förändra något till något bättre" (Högberg, 1999). I aktionsforskning griper forskaren direkt in i en förändringsprocess i en verksamhet och försöker lösa ett problem tillsammans med medarbetare i denna verksamhet (Halvorsen, 1992). Som ett sådant ingripande kan man beskriva metodutvecklingsprojektet, där terapeuterna uppmuntrades att tillämpa SEPP i sina terapier. I detta projekt handlade det lika mycket om en process av "joint learning" som om att få fram ett resultat som kan presenteras som "ny kunskap" (van Beinum, 1998). Terapeuterna som deltog var inte enbart informanter utan även medforskare och de förväntade sig ökad kunskap i gengäld för det extra arbete de lade ner. Dessutom var en tredje part involverad, pojkarna och deras föräldrar, vilkas behov av etiska skäl i alla lägen måste prioriteras. Avsteg från behandlingsmetodiken eller extra insatser såsom behandlingshem eller medicinering måste därför i vissa fall göras, även om det kunde försvåra tolkningen av resultaten.

Forskarrollen

Forskning syftar framför allt till att finna ny kunskap och upptäcka oväntade samband. Här uppstår vissa hinder och konflikter när forskningen bedrivs inom den organisation som producerar den verksamhet som beforskas. Som forskare behöver man kunna se objektivt och förutsättningslöst på materialet, ifrågasätta gamla sanningar och vara beredd på obehagliga nyheter om dem. Skulle jag kunna vara tillräckligt öppen för brister i de arbetssätt som jag och mina kollegor arbetat med i flera år, även om det just var upplevelsen av att sådana brister fanns som drev mig till att forska? Denna fråga som handlar om att balansera närhet/engagemang/inifrånkunskap och distans/kritisk blick, har under hela forskningsarbetet varit aktuell. Jag har funnit det fruktbart att omväxlande betrakta materialet från nära och från långt håll för att försöka skapa såväl "tillräcklig närhet" som "nödvändig distans" (Olsson, 2000).

Forskningsprojektet var upplagt så att jag hade tre olika roller samtidigt. *Forskarrollen* var den överordnade, eftersom motivet för mig att genomföra detta projekt var en önskan att utveckla ny kunskap. Men för att få tillgång till nödvändiga data måste jag också axla rollen som *projektledare* i ett metodutvecklingsprojekt. På det sättet fick jag även utbildande och administrativa upp-

gifter i förhållande till de nio terapeuter som deltog. Jag hade också en *handle-darroll*, särskilt i förhållande till de tre deltagare, som ingick i handledningsgruppen, men i vissa situationer även för de andra. Det var inte lätt att kombinera dessa tre roller, men att jag åtminstone kunde dra mig tillbaka från det direkta kliniska arbetet innebar ändå att jag fick ett nödvändigt mått av distans till den praktik som jag undersökte. Det var långtifrån en idealisk forskningssituation, men med de resurser som stod till buds var detta det enda sättet att genomföra projektet.

Jag har varit medveten om komplikationen med mina olika roller i projektet och fortlöpande diskuterat detta med de deltagande terapeuterna. Jag har försökt skapa ett samtalsklimat som gjort det möjligt för terapeuterna att berätta om svårigheter, tvivel och avvikelser från behandlingsmetoden eller manualen (SEPP). Det var ju viktigt att få reda på sådana avvikelser, eftersom de å ena sidan minskar möjligheterna att dra slutsatser om den studerade behandlingsmetodens effektivitet, å andra sidan i sig kan ge ny kunskap. Vissa avvikelser kan vara välmotiverade och snabbare leda fram till målet och då är detta också erfarenheter som behöver lyftas fram.

Forskning i psykoterapi kräver förtrogenhet med denna praktik och med de teorier den grundar sig på. Min långa erfarenhet av såväl praktiskt som handledande/undervisande arbete i psykoterapi var ur denna synpunkt en tillgång. Jag hade en ingående kunskap om inte endast de teorier man arbetar efter utan även om de förhållanden man arbetar under. Jag visste hur det kändes att arbeta med bråkiga pojkar och hur de terapeutiska processerna kunde utvecklas. Denna förståelse underlättade i många avseenden insamling och analys av materialet. Psykodynamisk psykoterapi har också en hel del gemensamt med forskning och ett psykoterapeutiskt förhållningssätt kan på det sättet vara en tillgång i kvalitativt forskningsarbete (Carlberg, 1999). I barnkliniska psykologutredningar arbetar man också genom att stegvis utforma hypoteser utifrån kvalitativa observationer, som man sedan undersöker närmare med kvantitativa metoder – och vice versa. Men psykologens inifrånkunskap och engagemang i det enskilda barnet kan även riskera att göra henne eller honom ”hemmablind” som forskare, med ett alltför snävt eller okritiskt perspektiv (ibid.). Vidare måste man i arbete som klinisk psykolog relativt snabbt integrera olika observationer och komma fram till tolkningar. Denna träning kan leda till att man i forskningsarbete går för fort fram och sedan har svårt att redogöra för de olika stegen i analysprocessen (Fagerberg, 2000).

Att jag redan befann mig på platsen för datainsamlingen, det vill säga den barnpsykiatriska verksamheten, underlättade att få tillgång till ett känsligt forskningsmaterial. De föräldrar, som tillfrågades om medverkan i projektet, kände det troligen betryggande att forskaren själv var anställd som psykolog i verksamheten. Vidare var terapeuterna intresserade av att kommunicera kring sitt

arbete med en erfaren kollega. De hoppades ju också att få något i gengäld i form av ökad kunskap och kompetensutveckling. Detta räknade också arbetsgivaren med och lät därför terapeuterna delta i forskningen på arbetstid.

Etiska aspekter

Samtliga berörda familjer informerades såväl skriftligt som muntligt om forskningsprojektet samt om den planerade uppföljningen och tillfrågades om de ville delta. De fick veta att deltagandet inte var en förutsättning för att de skulle få behandling och att de givetvis hade rätt att avbryta sin medverkan närhelst de önskade. Vidare fick de veta att forskningsresultaten skulle beskrivas så att inga uppgifter som kunde identifiera enskilda barn eller familjer skulle finnas med. Samtliga som tillfrågades gav skriftligt samtycke.

Verksamhetscheferna för de mottagningar där behandlingarna utfördes hade informerats om och godkänt tillvägagångssättet. Inga namn fanns på de anteckningar och formulär som terapeuterna lämnade till mig. Varje barn fick en bokstavsbeteckning och forskningsmaterialet förvarades inlåst så att ingen annan än jag haft tillgång till det. När terapierna avslutades tillfrågades familjerna om namn och adress kunde lämnas till mig så att jag senare kunde kontakta dem för en uppföljningsintervju. Alla svarade ja till detta.

Humanistiska Samhällsvetenskapliga Forskningsrådets (HSFR) etiska regler för behandling och presentation av konfidentiellt material har följts. För att kunna besvara avhandlingens frågeställningar analyserades processen i varje enskilt fall under databearbetningen. Men varken i rapporten "Hjälp med själen" (Eresund, 1999b) eller i föreliggande avhandling beskrivs något fall i sin helhet. Även om detta skulle kunna göras utan att ta med uppgifter som kunde identifiera pojkarna, skulle de och deras föräldrar kunna känna igen sig själva i texten och effekten av behandlingen skulle då eventuellt kunna påverkas negativt. Eftersom det ändå är viktigt att beskriva vad som pågått i terapierna och illustrera vanliga problem i denna typ av behandling presenteras ett flertal korta exempel samt några vinjetter med fokus på den terapeutiska tekniken. Namnen i vinjetterna är givetvis fingerade och i de korta exemplen kallas dessutom alla pojkar för P. För att även skydda terapeuternas identitet omnämns dessa genomgående med feminina pronomen, trots att tre av dem var män.

Den i projektet använda behandlingsmetoden, SEPP, anpassades i de individuella fallen så att de skiftande behandlingsbehov, som uppstod på grund av olikheter mellan barnen, deras familjer och skolsituationer, tillgodosågs.

Ansökan om prövning i regionala forskningsetikommittén (Karolinska Institutet) inlämnades 1999. Kommittén ansåg att det i detta projekt handlade om kvalitetsuppföljning och att det därmed föll utanför deras ansvarsområde.

Kapitel 9. De studerade barnterapierna

Urvalskriterier

De nio terapeuterna i projektet valde i samråd med enhetscheferna på sina mottagningar ut varsitt behandlingsfall. Pojkarna skulle vara under tolv år när behandlingen inleddes och efter psykologisk utredning anses uppfylla kriterier för diagnoserna trottsyndrom eller lindrig uppförandestörning enligt DSM IV. Enligt Kernberg och Chazan (1991) är SEPP-behandling inte lämpad för barn med verkligt svåra beteendestörningar, för barn med måttliga till svåra utvecklingsstörningar eller för barn med psykoser. Viktiga förutsättningar för att behandlingen skall fungera är som ovan nämnts att:

- *barnet visar någon förmåga att känna skuld, ånger eller skam*
- *barnet under den diagnostiska utvärderingen visar någon förmåga att engagera sig i ett terapeutiskt samarbete (allians)*
- *det går att samarbeta med föräldrar och skola kring behandlingsplanen*

De två första förutsättningarna var uppfyllda i samtliga fall som ursprungligen utvaldes, men det visade sig att terapeuterna i två fall felbedömde föräldrarnas och skolans beredskap till samarbete.

Bortfall

Totalt har egentligen elva pojkar och deras föräldrar varit involverade i projektet, men två familjer föll på ett tidigt stadium bort, eftersom den planerade behandlingen inte kunde genomföras. I båda fallen gällde det pojkar som var mycket impulsdrivna och hade stora problem med att fungera i grupsituationer. En pojke höll precis på att börja sin terapi då läraren, som hade tidigare negativa erfarenheter av BUP-behandling, rådde föräldrarna till att avbryta behandlingen. I det andra fallet visade det sig under den inledande föräldra- och skolkontakten att pojkens skolsituation var ohållbar. Terapeuten rekommenderade då istället placering på ett behandlingshem med inbyggd skola.

För att få en bild av hur föräldrarna sett på behandlingsförslagen och av skälen till att dessa inte kunde genomföras, samt för att få veta om och hur man sedan löst pojkarnas problem, intervjuade jag dessa två familjer. Det framkom då att beslutet om terapi inte hade varit tillräckligt starkt förankrat hos föräldrar och skola. I det ena fallet skulle det antagligen ha gått att få till ett samarbete, om man hade väntat lite med att inleda behandlingen. Båda pojkarna uppgavs vid tidpunkten för intervjuerna (c:a ett år efter avslutad kontakt) alltfjämt ha bety-

dande problem med sin sociala anpassning och sin skolgång. En av dem hade vid det laget fått diagnosen ADHD.

Beskrivning av de nio pojkar som gått i terapi

Anledning till BUP-kontakten var i samtliga fall långvariga beteendeproblem: utbrott, konflikter med syskon och kamrater, anpassningssvårigheter i skola och daghem. Fem pojkar hade redan haft några års "till-och-från"-kontakt på BUP i form av familjesamtal innan terapi blev aktuellt.

DSM IV-diagnos

Att DSM IV-diagnoser under avdelningen "utagerande stört beteende" kunde ställas var ju ett urvalskriterium. Innan terapin startade gick jag därför tillsammans med terapeuterna igenom samtliga utredningar för att avgöra detta.

Sju av de nio pojkarna bedömdes uppfylla diagnostiska kriterier för "trotssyndrom" och två dem för lindrig "uppförandestörning". En pojke fick under behandlingens gång diagnosen ADHD och två hade innan behandlingen började fått diagnosen DAMP. De neuropsykiatriska diagnoserna ställdes av läkare vid andra kliniker, ej på BUP-mottagningarna.

Tabell nr 1. Ålder och diagnos vid terapistart

Pojke	Ålder vid terapistart	Diagnos *
1	10½	ODD
2	9	ODD
3	6½	ODD, DAMP
4	9	CD
5	8	ODD, ADHD
6	8	CD, DAMP med hyperaktivitet
7	9	ODD
8	9	ODD
9	9	ODD

* Följande engelska förkortningar har använts:

ODD. Oppositional Defiant Disorder = trotssyndrom

CD. Conduct Disorder = Uppförandestörning

ADHD. Attention Deficit Hyperactivity Disorder = Uppmärksamhetsstörning med hyperaktivitet

DAMP. Dysfunction in Attention, Motor Control and Perception (Obs. att denna diagnos ej ingår i DSM IV och att barn med motsvarande problem i USA och England istället får diagnosen ADHD)

Psykodynamisk struktur

Terapeuterna bedömde i diagnostiska profiler (bil. 2) pojkarnas personlighetsstruktur utifrån de psykologutredningar som hade gjorts före behandlingen. Sju pojkar bedömdes ha i varierande grad borderlinestruktur och två bedömdes ha övervägande neurotisk struktur. Borderlinestörningen hade i fyra fall bedömts som lindrig, men i tre fall som mer allvarlig. I två av dessa fall hade också neuropsykiatriska diagnoser satts. Hos de flesta pojkarna bedömdes det aggressiva agerandet till stor del fungera som försvar mot eller utlopp för ångest, medan det hos de två neurotiska pojkarna bedömdes huvudsakligen handla om aggressionshämning med åtföljande impulsgenombrott.

Narcissistisk problematik

Tre pojkar bedömdes ha en övervägande narcissistisk problematik. Narcissistisk personlighetsstörning (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000) kan som ovan nämnts förekomma även hos barn, men liksom när det gäller andra personlighetsstörningar är det vanskligt att ställa en sådana diagnos på ett barn som ju alltfjämt befinner sig i stark utveckling. Eftersom dessutom en av de tre ovan nämnda pojkarna samtidigt hade bedömts ha övervägande neurotisk struktur användes här därför endast termen narcissistisk problematik.

Barn med narcissistisk personlighetsstörning beskrivs vara till synes starkt självmedvetna, men samtidigt ha en på djupet skadad självkänsla (ibid.). De kan fungera ytligt bra i sociala sammanhang så länge som deras ömtåliga självbild inte utmanas och de har konstant behov av uppmärksamhet och beundran från omgivningen. De måste alltid vinna och vara bäst, och de nedvärderar ofta andra för att själva känna sig bättre. De skryter och ljuger för att vidmakthålla en onipotent självbild. Samtidigt är de lättsårade och lättkränkta och får ofta svåra raseriutbrott. På grund av sin bristande empatiska förmåga fungerar de dåligt tillsammans med andra barn och blir inte omtyckta av kamrater (Beren, 1998). De attackerar oftare med ord än fysiskt, men deras verbala aggression kan vara ytterst kännbar. De har vidare svårt att tåla känslor av skuld och skam, som de istället försöker överföra till omgivningen. De misslyckas trots uppenbar begåvning ofta i skolarbetet (Kernberg, Weiner & Bardenstein, 2000). Psykoterapi med narcissistiskt störda barn kräver mycket "hållande" (holding) i den terapeutiska relationen och fokus på att bygga upp en mer realistisk självkänsla innan tolkningar av överföring och omedvetna konflikter kan göras (Beren, 1998).

Ångest och depression

Flera av pojkarna var nedstämda och gav ofta uttryck för att vara missnöjda med sig själva. Två hade sagt till sina föräldrar att de ville dö och ytterligare två upp-gavs ha agerat självdestruktivt på olika sätt. Två pojkar hade fobiska symtom och alla utom en pojke bedömdes ha hög ångestnivå.

Fonagy & Target (1994) fann att ångestsymtom hos externaliserande barn hade samband med positivt behandlingsutfall. En egen upplevelse av ångest

eller depressiva känslor tycks göra barn (liksom vuxna) mer benägna att gå in i en terapeutisk allians.

Neuropsykiatriska funktionsstörningar

Tre pojkar hade fått neuropsykiatriska diagnoser. Det fanns i samtliga dessa fall uppgifter om fysiska trauman under förlossning och spädbarnstid, men i två fall fanns också uppgifter om aktuell psykosocial stress. En av pojkarna hade inte längre en sådan diagnos efter avslutad behandling.

Ytterligare tre pojkar uppvisade symtom, som under behandlingens gång föranledde att man måste överväga om problematiken kunde vara neuropsykiatriskt relaterad. En av dessa pojkar genomgick också ett neuropsykologiskt test, men resultatet tydde inte på någon funktionsstörning. Det kan dock inte uteslutas att svårigheterna för någon av de andra två, som inte utreddes närmare, i viss mån kan ha varit neuropsykiatriskt relaterade. Anamnestiska uppgifter om tidigt fysiskt trauma fanns i ett av dessa fall. Ytterligare en pojke utreddes på skolans begäran, men inte heller där kunde någon funktionsstörning konstateras.

Begåvningsnivå

Pojkarna fick på intelligenstest resultat inom normalområdet, från något under till klart över genomsnittet. Det finns inga uppgifter om läs-och skrivsvårigheter, men det är osäkert om detta i samtliga fall blivit tillräckligt utrett. Inlärnings- och svårigheter rapporterades i några fall och en pojke hade uppenbara svårigheter att forma bokstäver och skriva.

Somatiska problem

Anamnestiskt fanns för flera pojkar uppgifter om somatisk sårbarhet av olika slag. Fem av de nio hade genomgått komplicerade, traumatiska förlossningar och för två av dessa hade en tids neonatalvård varit nödvändig. En pojke hade opererats i småbarnsåldern. Tre hade allergier och en hade nedsatt syn.

Familjeförhållanden

Sex pojkar levde med mamma och pappa i kärnfamilj. De andra tre levde med sina mammor och en av dem hade en styvpappa. En pojkes pappa var död. De andra två hade viss, men oregelbunden kontakt med sina biologiska pappor. I båda fallen hade de separerade föräldrarna svårt att samarbeta och i ett fall var det konflikt kring umgänget. Alla pojkarna hade syskon, fyra var äldsta barnet i familjen. Ingen var adopterad.

Psykosocial påfrestning

När behandlingen inleddes fanns uppgifter om "psykosocial påfrestning av betydelse för barnets hälsa" (DSM IV, 1995) i sex av de nio fallen. Det handlade framför allt om umgängeskongflikt, kultur- och migrationsproblem och bristande resurser i skolan. Två pojkar bodde i ett psykosocialt belastat bostadsområde.

Alla pojkarna var födda i Sverige och de hade inga språksvårigheter. Men i tre fall kom båda föräldrarna från andra länder och i två fall hade en av föräldrarna invandrat.

Skol- och kamratsituation

Alla utom en gick vid behandlingens inledning i vanlig klass förstärkt av antingen elevassistent eller extra resurs för hela klassen. En pojke gick i en särskild undervisningsgrupp avsedd för barn med DAMP. Alla beskrevs som att de hade svårt med kamratrelationer och lätt råkade i konflikt, men på lite olika sätt. Fyra pojkar tycks från början ha varit ganska mycket av "ensamvargar". En pojke ingick i en trio av "bråkstakar" som hetsade varandra till att få i gång slagsmål och störa arbetet i skolan. En pojke tycks på grund av sin starka önskan om att få vara med kamrater ofta ha hamnat i dåligt sällskap, där han lurades till att göra dumheter. Två pojkar mobbades och exploderade som en följd av detta i aggressivt beteende. En pojke hade redan när terapin inleddes börjat få bättre kamratrelationer.

Beteendeproblem

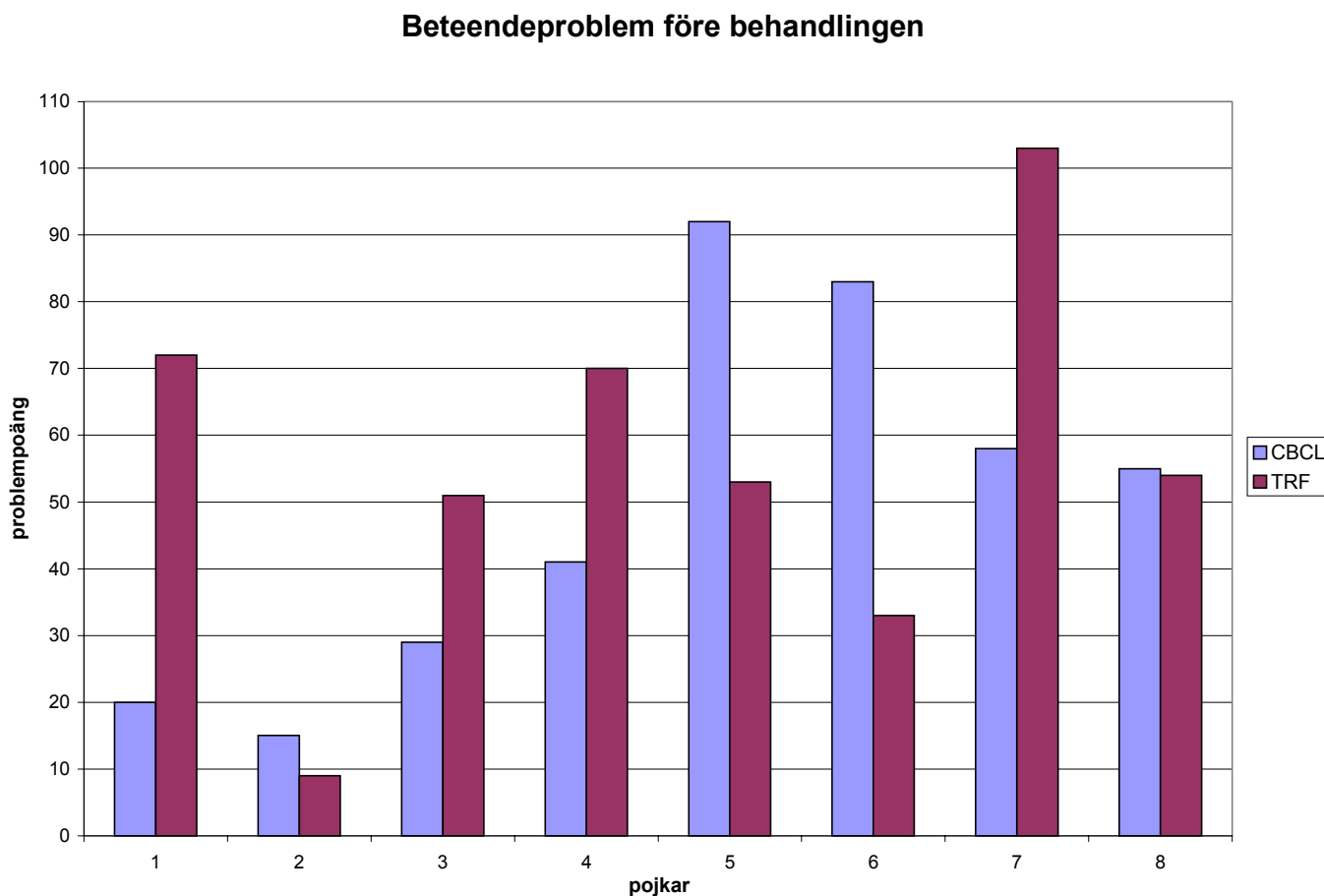
Den aktuella problembelastningen skattades vid behandlingens inledning av föräldrar och lärare i frågeformulär, Child Behavior Checklist (CBCL) respektive Teacher's Report Form (TRF) (Achenbach, 1991) i åtta av de nio fallen. I ett fall fick föräldrar och lärare av misstag inga formulär vid terapins inledning. Förutom totala problempoäng beräknas poäng för externaliserande (bråkighet, aggressivitet) respektive internaliserande (ångest, depression, tillbakadragenhet, somatisering) symtom, samt för uppmärksamhetsproblem. I tabell 2 visas medelvärden samt variationsbredd för pojkarnas poäng. Att värdena ligger högt framgår av en jämförelse med medelvärdena i Larssons och Frisks (1999) svenska normering av CBCL för pojkar i åldern 6-11 år.

Tabell 2. Medelvärden för skattade beteendeproblem före behandlingen

	Svensk norm CBCL	CBCL	Variationsvidd	TRF	Variationsvidd
Problempoäng medelvärde	14.3	49	15 - 92	56	9 - 103
Externalisering medelvärde	5.9	22	5 - 38	26	3 - 41
Internalisering medelvärde	3.7	14	5 - 26	10	1 - 24
Uppmärksamhet medelvärde	1.8	7	2 - 15	11	2 - 24

CBCL = frågeformulär till föräldrar, TRF = frågeformulär till lärare

Enligt dessa skattningar uppvisade pojkarna övervägande externaliserande symtom, men även mer internaliserande symtom samt uppmärksamhetsproblem än normalt för åldern. Problembelastningen var generellt ganska hög, men ojämnt fördelad.

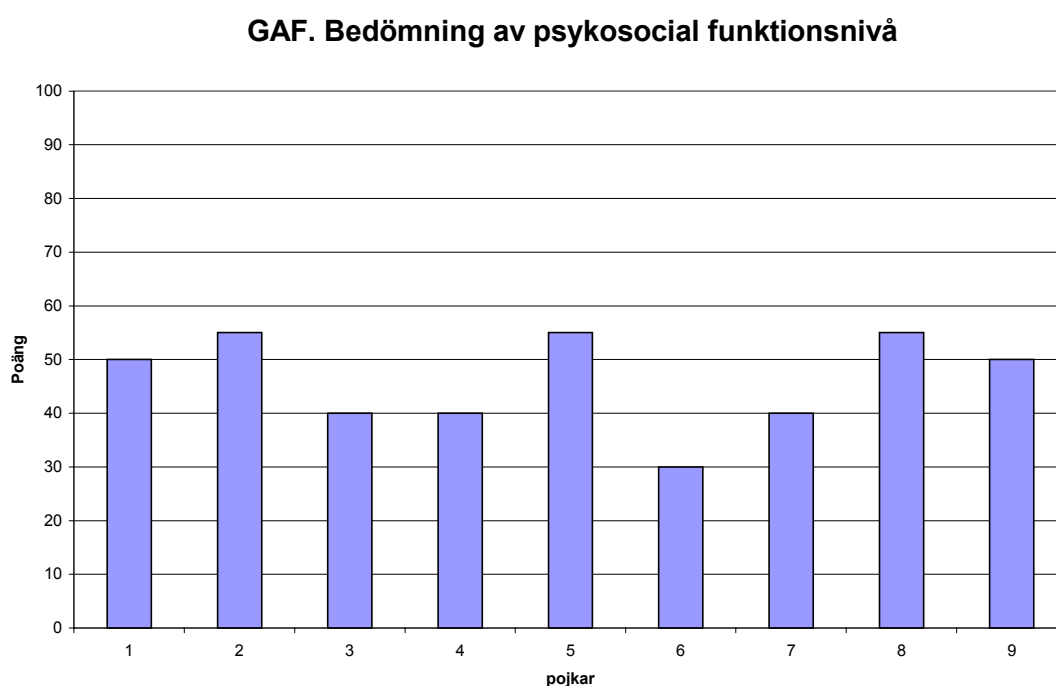


Figur 1. Totala problempoäng i CBCL och TRF för enskilda pojkar före terapi

Som framgår av figur 1 skiljde sig en pojkes poäng i såväl föräldra- som lärarskattningarna avsevärt från de andras och låg mycket nära normvärdena. Detta berodde troligen på att barnterapin i det fallet hade förberetts under en längre tids kontakt med familjen.

En svårighet med frågeformulär är att informanterna kan ha olika referensramar. Vad som anses normalt för ett barn i en viss ålder varierar från familj till familj, från skola till skola. Överensstämmelsen mellan föräldrarnas och lärarnas skattningar var i flera fall inte särskilt god, vilket är en vanlig erfarenhet vid användning av frågeformulär (Achenbach, 1988; Sawyer, Baghurst & Clark, 1992; Boalt Boëthius & Berggren, 2000). Dessa pojkar tycks ha visat olika sidor hemma och i skolan. I fyra fall bedömdes problemen som större i skolan, men i två fall var det tvärtom.

Vidare gjorde terapeuterna en bedömning i GAF-skalan⁸ (DSM IV, 1994) av hur pojkarna fungerade psykosocialt före terapin. Dessa bedömningar visas nedan i figur 2. "Normalt" värde brukar ligga på c:a 70 poäng. De flesta pojkarna bedömdes fungera på en nivå motsvarande 40 - 50 poäng. Detta innebär enligt anvisningarna "allvarliga symtom (t.ex. självmordstankar, svåra tvångsritualer, frekventa snatterier) eller allvarliga funktionssvårigheter med avseende på sociala kontakter, arbete eller skola". Tre bedömdes ligga något högre, på väg mot 60 poäng eller "måttliga" symtom eller funktionssvårigheter. En pojke bedömdes fungera på en ganska låg nivå, 30 poäng.

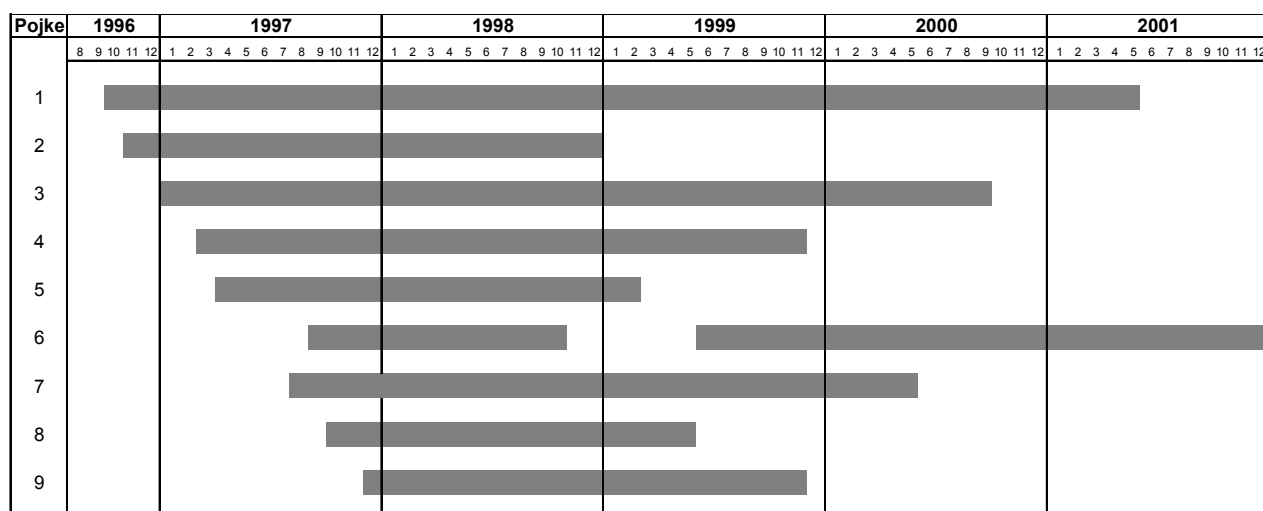


Figur 2 . Terapeuternas bedömningar i GAF-skalan före terapin

Beteendeproblematiken beskrevs främst som trotsigt och öppet aggressivt beteende. De flesta pojkarna kunde kontrollera sina impulser i vissa sammanhang, men agerade ut i situationer där de kan ha känt sig hotade eller kränkta. Detta hände oftast i skolan eller på fritidshemmet, men flera hade också svåra utbrott hemma och en hade huvudsakligen utbrott hemma. De två pojkar som fått diagnosen "mild uppförandestörning" uppvisade även mer antisocialt beteende - som att skylla ifrån sig, ljuga och i det ena fallet även snatta och tända eld. Den senare pojken beskrevs också som mer allmänt impulsdriven och hyperaktiv. Missbruk förekom inte i något av dessa fall.

⁸ Global Assessment of Functioning

Behandlingstider



Figur 3 . Behandlingstid för de nio pojkarna i projektet

Figur 3 ger en översikt av behandlingstiderna: när terapierna inleddes och avslutades. De flesta hade en behandlingstid på omkring två till tre år. De kortaste terapin varade i knappt två år och den längsta i nästan fem år. Medianen är 2½ år. I en terapi blev det på grund av terapeutens sjukdom ett halvårs uppehåll. Ingen av terapierna avslutades oplanerat.

Sammanfattning

Den grupp av pojkar som ingick i studien var ganska representativ för pojkar med externaliserande störningar som i den här åldern kommer till BUP (Eresund, 1996). De var alla oroliga, arga och ledsna och deras beteendeproblem hade varit märkbara sedan förskoleåldern. Föräldrar och lärare hade i alla utom ett fall skattat höga problempoäng i frågeformulär (CBCL, TRF).

Pojkarna hade dåliga kamratrelationer och trots normal begåvning svårt att tillgodogöra sig skolundervisningen. Flera av dem uppvisade symtom på neuropsykiatrisk störning och tre hade sådana diagnoser (DAMP, ADHD). Dessa symtom kan dock i några fall tänkas ha haft psykosociala orsaker. Två pojkar visade symtom på fobisk ångest och två hade uttryckt självmordstankar. Sju bedömdes ha trotssyndrom och två en lindrig form av uppförandestörning (enligt DSM IV). Personlighetsutvecklingen bedömdes variera från låg borderline till neurotisk struktur. I sex av fallen hade psykosociala påfrestningar noterats.

Visst finns det pojkar i denna ålder som har svårare beteendestörningar. Det här var en selekterad grupp, eftersom familjerna hade sökt hjälp frivilligt och dessutom kunde engagera sig i ett tidskrävande och långsiktigt behandlingssamarbete. Skolsituationerna var problemfyllda, men inte hopplösa, och försök gjordes även i skolan att hjälpa pojkarna med beteende- och kamratproblem. Barn med begåvningshandikapp, autism eller psykos, som också ofta har beteendestörningar, togs som ovan nämnts inte heller med i projektet.

Kapitel 10. Metoder för insamling och bearbetning av data

Val av datainsamlingsmetoder

Valet av datainsamlingsmetoder styrdes främst av å ena sidan kravet på ett så relevant och tillförlitligt material som möjligt och å den andra kravet att inte störa den psykoterapeutiska processen. Forskning påverkar alltid det som beforskas och inom en vårdverksamhet är det särskilt viktigt att denna påverkan blir övervägande positiv. Forskningsmetoden måste vara i harmoni med den psykoterapeutiska processen och får på inget sätt störa denna (Carlberg, 1999).

Data från pågående psykoterapier kan samlas in med olika metoder. De vanligast förekommande är processanteckningar, frågeformulär till terapeuter och patienter, intervjuer med terapeuter och patienter, video- eller ljudbandsinspelningar av terapisessioner (Boalt Boëthius & Berggren, 2000).

Att videobanda terapisessioner för forskningsändamål har på senare år blivit allt vanligare. Det möjliggör upprepad och detaljerad analys av den terapeutiska processen från flera perspektiv (ibid.). Vidare blir det möjligt att dokumentera icke-verbala aspekter i samspelet mellan terapeut och patient, vilka troligen är särskilt betydelsefulla i barnterapi. Videoband behöver dock kompletteras med anteckningar från eller intervjuer med terapeuten, eftersom man annars inte får veta hur terapeuten tänkt kring sina interventioner eller känt det i samspelet med barnet. För att koda videoband krävs också en speciell teknik och en stor arbetsinsats. Dessutom vet vi ännu inte på vilket sätt videoinspelning påverkar psykoterapier (Boston & Lush, 1994). Det psykoterapeutiska mötet är ömtåligt, kanske särskilt ömtåligt när det gäller barn som inte själva tagit beslutet att gå i terapi. De kan ha många skäl till att känna sig tveksamma till detta samarbete med en ny vuxen person och en videoinspelning kan tänkas öka denna tveksamhet. Också terapeuterna kan, om de inte är vana vid videoinspelning, känna sig obekväma vilket i så fall påverkar samspelet i terapin negativt.

Regelbundet återkommande intervjuer med såväl patient som terapeut är en annan i psykoterapiforskning ofta praktiserad metod (Boston & Lush, 1994). I Sverige har den bland andra använts av Werbart (1997) i terapier med unga vuxna. Boston & Lush (1994) varnar dock för att intervjuer under pågående terapi kan störa den terapeutiska relationen och tror inte att det skulle accepteras av barnterapeuter. Istället för intervjuer kan man använda frågeformulär till barnen (Shirk & Saiz, 1992) som dock ger ett mer begränsat material.

Efter diskussion med de deltagande terapeuterna valde jag att övervägande studera deras anteckningar och skattningar från terapisessionerna och dessutom göra intervjuer med dem. Såväl videoinspelningar av terapitimmarna som intervjuer med barnen och föräldrarna under pågående behandling ansågs kunna störa processen.

Den viktigaste kunskapen i denna studie förmedlades således genom kvalitativa eller deskriptiva data. Dessa utgjordes som ovan nämnts av terapeuternas processanteckningar och muntliga berättelser om förloppen i terapierna. För att göra terapeuternas berättelser så innehållsrika och utförliga som möjligt kompletterades processanteckningarna med individuella intervjuer. I dessa intervjuer gick jag tillsammans med terapeuten steg för steg igenom de refererade timmarna och terapeuterna erinrade sig då fler detaljer.

De i huvudsak kvalitativa metoderna för insamling av data om terapiprocesserna kompletterades med vissa kvantitativa data. För att komplettera beskrivningen av förändringar i "psykologisk struktur" (Strupp & Hadley, 1977) eller känslomässig utveckling hos barn och föräldrar samt beskrivningen av hur olika terapeutiska interventioner använts, ombads terapeuterna att även skatta vissa variabler i en femgradig skala (bil.1).

De ovan beskrivna terapeutintervjuerna syftade även till att öka säkerheten i skattningarna av terapeutens interventioner. I intervjuerna undersökte jag tillsammans med terapeuten de interventioner som förekommit, varefter vi gemensamt kategoriserade dem enligt Kernberg & Chazan's (1994) system.

Vidare användes frågeformulär till föräldrar och lärare om barns beteende för att belysa barnens sociala utveckling under behandlingstiden. Genom dessa formulär kom i denna studie även andra informanter än terapeuterna till tals under behandlingens gång. De frågeformulär som använts har i normativa studier visat sig ha god validitet och reliabilitet (Achenbach, 1991; Larsson & Frisk, 1999). Dessutom gjorde terapeuterna globala funktionsskattningar av barnens psykosociala anpassning.

För att belysa hur projektet påverkade terapeuternas inställning till behandlingsmetoden förde jag anteckningar från de seminarier, där olika aspekter av behandlingsmetodiken diskuterades. Vidare besvarade terapeuterna vid fyra tillfällen ett frågeformulär (Shalit, 1982), om sitt deltagande i projektet. Svaren analyserades såväl kvantitativt som kvalitativt av en psykologstuderande, som även intervjuade terapeuterna under projektets avslutningsperiod.

Datainsamlingsförloppet

Datainsamlingen kan sammanfattas på följande sätt:

1. Utredning

Psykologutredning, anamnes

Diagnostisk profil

Frågeformulär till föräldrar (CBCL) och lärare (TRF)

Global funktionsskattning (GAF)

Frågeformulär till terapeuter (Hjulet)

2. Pågående behandling

Processanteckningar med åtföljande skattningar och kompletterande intervjuer

Frågeformulär till föräldrar (CBCL) och lärare (TRF)

Global funktionsskattning (GAF)

Frågeformulär till terapeuter (Hjulet)

3. Behandlingens avslutning

Sammanfattande bedömning av terapin

Frågeformulär till föräldrar (CBCL) och lärare (TRF)

Global funktionsskattning (GAF)

Frågeformulär till terapeuter (Hjulet)

Intervjuer med terapeuterna

4. Uppföljning efter ett år

Intervjuer med pojkar och föräldrar

Frågeformulär till föräldrar (CBCL)

Självskattningsformulär till pojkarna ("Jag tycker jag är")

Före behandlingen genomgick pojken psykologutredning och föräldrarna anamnestiska samtal på mottagningen. De data som framkom sammanfattades i en diagnostisk profil (se nedan). Terapeuten skattade pojkens psykosociala fungerande i en global funktionsskattningsskala (GAF). Föräldrar och lärare besvarade skriftliga frågeformulär (CBCL respektive TRF). Terapeuten fyllde i ett frågeformulär (Hjulet), som avsåg att belysa inställning till och tankar kring det terapeutiska arbetet och deltagandet i projektet.

Under behandlingen skrev terapeuten detaljerade anteckningar om sessionerna med såväl barn som föräldrar under en vecka varje kvartal med början från första veckan. Terapeuten fyllde också i ett skattningsformulär. I detta skattades den av terapeuten observerade förändringen hos barnet och föräldrarna i sex variabler, användningen av de i SEPP specificerade interventionerna samt terapeutens egen känslomässiga upplevelse av samspelet med barn och föräldrar. För att erhålla en mer detaljerad bild av vad terapeuten tänkte och gjorde under sessionen intervjuades denna dessutom i nära anslutning till skattningen av de aktuella sessionerna.

Efter ungefär ett års behandling fyllde lärare, föräldrar och terapeuter åter i samma frågeformulär som före behandlingens inledning. Efter 2½ års projekttid intervjuades samtliga terapeuter om sitt deltagande i projektet av en oberoende intervjuare (psykologstuderande). Terapeuterna gjorde nya bedömningar med GAF-skalan.

Efter behandlingens avslutning fyllde återigen föräldrar, lärare och terapeuter i samma formulär. Terapeuterna sammanfattade terapin skriftligt och skattade återigen pojkens psykosociala fungerande med GAF. Ett år senare intervjuades barn och föräldrar om sin erfarenhet av terapin och om hur pojkens beteende-

problem nu tedde sig. De fick då även fylla i frågeformulär (CBCL, Jag tycker jag är).

Beskrivning av de använda metoderna

Diagnostisk profil

Eftersom samtliga terapier föregicks av en längre förberedande och utredande kontakt på mottagningen fanns en mängd information samlad om pojkarna levnadshistoria och familjeförhållanden (anamnestiska data). Dessutom hade psykologutredning gjorts. I utredningen ingick förutom sandlådebygge (Danielsson, 1986) och samtal vissa test: Machovers teckningstest (Blomberg & Cleve, 1997), Familjerelationstestet (Bene & Anthony, 1957), självskattningstestet "Jag tycker jag är" (Ouvinen-Birgerstam, 1984), samt intelligens-testet WISC (Wechsler, 1992). Anamnestiska data, observationer och testresultat ställdes av den utredande psykologen samman till ett psykologutlåtande.

Olika diagnossystem används parallellt inom barnpsykiatri. För verksamhetsredovisning används DSM IV, vari även neuropsykiatriska diagnoser ingår. Som underlag för beslut om lämplig behandling behövs som ovan nämnts även en bedömning av personlighetsutvecklingen. Inför terapistarten sammanställde jag tillsammans med terapeuten alla tillgängliga uppgifter och bedömningar i journalen till en diagnostisk profil (bil. 2). Denna hade utarbetats efter mönster från såväl Ericastiftelsen som BUP:s utbildningsenhet. Profilen innehöll förutom diagnos enligt DSM IV en bedömning av jagutveckling, driftsutveckling, objektrelations- och identitetsutveckling, samt psykodynamisk struktur. Viktiga yttre händelser eller förändringar i samband med terapistarten noterades. Vidare redovisades vad föräldrarna och pojken sagt att de hoppades få ut av behandlingen.

Frågeformulär till föräldrar och lärare

Child Behavior Checklist (CBCL) är ett frågeformulär till föräldrar om barns beteenden (Achenbach, 1991). Det innehåller 113 frågor och svaren bearbetas kvantitativt, det vill säga poäng räknas som sätts i relation till statistiskt utarbetade normer. Framför allt kan här graden av psykologiska och sociala problem, samt huruvida symtomen är övervägande internaliserande (hämnings- och depressionssymtom) eller externaliserande (utagerande beteendeproblem), uppskattas.

Teacher's Report Form (TRF) har utarbetats efter samma principer och besvaras av barnets lärare. Det innehåller i stort sett samma slags frågor som föräldraformuläret. Båda dessa formulär har översatts till svenska av Bo Larsson vid Uppsala universitet. De är de för närvarande inom barnpsykiatri mest använda frågeformulären och en normering för svenska förhållanden har gjorts (Larsson & Frisk, 1999).

Funktionsskattning GAF

GAF är en global funktionsskattningsskala, som ingår i diagnossystemet DSM IV (1994). Denna skala används för att utifrån uppvisat beteende grovt skatta utvecklingen av en persons allmänna fungerande under en behandlingskontakt. Barnets psykosociala funktionsnivå bedöms på en skala mellan 1 och 100. Psykisk hälsa respektive psykisk sjukdom utgör de bägge polerna och på detta sätt kan man få en uppfattning om behandlingen av den som bedömts tycks leda till förbättring eller ej.

Ett problem är att denna skattningsmetod vid tiden för studiens början nyligen hade börjat användas i Stockholm och ännu ej var inarbetad i verksamheten. I en studie visade sig också graden av överensstämmelse mellan olika behandlares skattning av samma ärenden vara låg (Boman, 1999). I detta projekt skattade dock samma behandlare samma barn.

Processanteckningar

Fyra gånger om året, under en i förväg utvald vecka varje kvartal, lämnade terapeuterna in processanteckningar från såväl barnterapierna som föräldrasamtal. Dessa anteckningar skrevs så direkt som möjligt efter varje timme. Terapeuterna hade uppmanats att göra dem så detaljerade som möjligt samt att inkludera sina egna yttranden och andra interventioner. Vanligen rörde det sig om två timmar med barnet och ett föräldrasamtal per vecka. Ibland gjorde oförutsedda återbud att det inte blev några besök under den utvalda veckan och då lämnades istället anteckningar från närmast efterföljande vecka. Ibland blev uppehållen i föräldrakontakten längre än två veckor och då blev det inte någon anteckning från föräldrasamtal det kvartalet. Sammanlagt rör det sig maximalt om tolv samtal varje år - åtta med barnen och fyra med föräldrarna, i varje enskilt fall.

Skattningsformulär för terapierna

Det formulär som användes utarbetades vid de inledande seminarierna i samarbete med de medverkande terapeuterna (bil.1).

Terapeuterna skattade själva i de sex variabler som gäller pojkarnas och föräldrarnas utveckling under behandlingen samt rangordnade sina känslomässiga upplevelser (motöverföringsreaktioner) i behandlingssituationen. Rangordningen av interventioner efter Kernbergs & Chazan's system gjordes dock av terapeuten och mig gemensamt efter intervjuerna. Under intervjuerna diskuterades som ovan nämnts varje redovisad intervention, varefter terapeuten och jag tillsammans kategoriserade den som underlag för rangordning. Vidare fanns i formuläret plats att kort sammanfatta eventuella förändringar i barnets liv under den aktuella perioden. (Skattningsvariablerna beskrivs närmare i slutet av detta kapitel.)

Forskarens intervjuer med terapeuterna

Ett problem med processanteckningar som underlag för forskning är att de kan utelämna viktiga skeenden i timmarna. Minnet är selektivt. Dessutom står det sällan i sådana anteckningar vad terapeuten sade och gjorde. Terapeuterna instruerades visserligen att anteckna även detta, men för att få en fylligare bild intervjuade jag dem också efter det att jag läst igenom anteckningarna. Då erinrade sig terapeuterna ofta ytterligare detaljer, som tillfogades processanteckningarna. Intervjuerna utgick således från processanteckningarna och fokuserade på det konkreta händelseförloppet under de aktuella terapitimmar. Några intervjuer spelades in på band och under de övriga förde jag anteckningar.

Seminariediskussioner

Från hösten 1996 till och med februari 1999, då metodutvecklingsprojektet avslutades, hade jag tillsammans med terapeuterna sammanlagt 15 halvdagsseminarier, där såväl teoretiska som praktiska frågor kring behandlingen diskuterades. Framför allt diskuterade vi konkreta problem med tillämpningen av SEPP-metoden i de olika fallen. Jag förde minnesanteckningar från dessa diskussioner, men eftersom jag samtidigt ledde seminarierna, kan dessa anteckningar knappast utgöra underlag för systematisk analys. Däremot har de varit till hjälp för mig i att förstå utvecklingen i terapierna.

Oberoende intervjuare

Under våren 1999 intervjuade en psykologstuderande (Beje, 2000) terapeuterna utifrån frågor avseende projektet (bil. 3). Syftet med dessa intervjuer var att närmare belysa terapeuternas syn på behandlingen och projektet. Bearbetningen av dessa intervjudata kompletterades med data från frågeformuläret "Hjulet" (Shalit, 1982), som användes för att över tid belysa terapeuternas syn på behandlingen samt på deltagandet i projektet. "Hjulet" är ett halvstrukturerat frågeformulär, som kan bearbetas både kvalitativt och kvantitativt. Terapeuterna fick fylla i tre formulär vid varje mättillfälle, ett om terapin med pojkarna, ett om föräldraarbetet och ett om deltagandet i projektet. Formulären består av cirklar uppdelade i tolv sektorer, där man skall fylla i så många olika faktorer som man anser kännetecknar situationen som möjligt. Faktorerna rangordnas sedan efter den betydelse man anser att de har i nuläget, vidare bedöms hur positivt respektive negativt laddade de upplevs, samt i vilken grad man tycker sig kunna påverka dem. Svensk normering finns (Dahlström, 1988).

Uppföljningsintervjuer

Uppföljningsintervjuer gjordes ett år efter avslutad behandling. Jag genomförde själv dessa intervjuer med föräldrar och pojkar. De var halvstrukturerade, följde en i förväg förberedd frågeguide (bil. 4) samt kompletterades med frågeformulär

till föräldrarna (CBCL) och självskattningsformulär (Jag tycker jag är) till pojkarna. Intervjuerna ljudbandades och skrevs ut av mig.

Hur avsågs olika data bidra till att belysa avhandlingens frågeställningar?

Frågeställningarna i avhandlingen är följande :

1. Hur blev utfallet?
 - a. I vilken utsträckning bedömdes pojkarnas beteendeproblem förbättras?
 - b. Hur bedömdes pojkarnas känslomässiga utveckling under behandlingstiden?
2. Hur tillämpades SEPP-metoden av terapeuterna i projektet? Finns något samband mellan tillämpning och utfall?
3. Vad kan vara verksamt i SEPP?
4. För vilka typer av beteendestörningar passade SEPP?

I tabell 3 visas på vilka sätt dessa frågeställningarna är kopplade till de datainsamlingsmetoder som används.

Tabell 3. Förhållandet mellan frågeställningar och datakällor

DATAKÄLLA	FRÅGESTÄLLNINGAR				
	1a	1b	2	3	4
Diagnostisk profil		x			x
Frågeformulär föräldrar och lärare	x		x		
GAF	x		x		
Processanteckningar		x	x	x	x
Skattningsformulär		x	x	x	
Forskarens intervjuer		x	x	x	x
Oberoende intervjuare			x		
Seminariediskussioner			x	x	x
Uppföljningsintervjuer	x	x			x

Bearbetning av data

Materialet bestod av data från nio psykoterapiprocesser, som samtliga hade dokumenterats ingående. Dokumentationen började för varje terapi vid inledningen och fortsatte sedan med tre månaders mellanrum till dess att terapin hade avslutats. Detta innebar att anteckningar och skattningar finns från åtta insamlingstillfällen för de kortaste terapierna och för de längsta från sexton tillfällen.

Det kvalitativa materialet

Arbetet med att analysera materialet har skett stegvis. Först läste jag igenom processanteckningarna i varje enskilt fall. Därefter intervjuade jag terapeuten och antecknade ytterligare uppgifter som då kom fram om vad som hänt under terapitimmarna och föräldrasamtalen. Tillsammans gick vi dessutom igenom varje redovisad terapeutisk intervention och diskuterade hur den skulle definieras. Vad var terapeutens syfte med interventionen? Hur hade pojken respektive föräldern/föräldrarna reagerat? Efter intervjun läste jag på nytt igenom terapeutens anteckningar, varefter jag skrev om texten så att de tillägg som tillkommit i intervjun inkluderades. Terapeutens interventioner kursiverades. Reflektioner och kommentarer från såväl terapeuten som mig själv under intervjun sammanfattades i ett särskilt avsnitt, likaså terapeutens uppgifter om särskilda omständigheter och förändringar i barnets liv under den aktuella tidsperioden. Terapeuten fick en kopia för kontroll av innehållet, så att hon/ han skulle kunna korrigera eller lägga till ytterligare detaljer. Därefter sammanställde jag terapeuternas skattningar av undersökningsvariabler i en tabell för varje pojke.

Efter två års projektarbete sammanfattade jag skriftligt processen i varje enskilt fall, med fokus på de terapeutiska interventionerna, och bad terapeuterna kommentera dessa sammanfattningar. Efter diskussion med varje enskild terapeut korrigerade jag sedan eventuella missuppfattningar och lade till sådana aspekter som terapeuten hade bedömt vara viktiga. Jag har fortsatt att samla in och strukturera materialet i varje enskilt fall så länge som terapin pågått på det sätt som beskrivs ovan.

För att närmare belysa hur SEPP-metoden använts i projektet letade jag efter likheter och skillnader i de olika processerna. Jag undersökte materialet upprepade gånger med olika fokus:

- I vilken utsträckning följde terapeuterna manualens rekommendationer i sitt sätt att intervensera och hur reagerade pojkarna? När följde terapeuterna inte manualen, varför, och vad hände då?
- Vilken roll spelade pojkarnas olika problematik för terapeuternas sätt att intervensera?
- Vilken roll spelade faktorer som hade med familjen eller skolan att göra?
- Vilken roll spelade det känslomässiga samspelet mellan terapeut och pojke?
- Hur hanterade de olika terapeuterna samarbetet med skolan?
- Hur hanterade de olika terapeuterna aggressivt agerande i terapisituationen?

Eftersom materialet är komplext och alla faktorer på olika sätt interrelaterade, var det svårt att behandla de ovanstående frågorna en i taget, men det underlät-

tade ändå arbetet med att beskriva erfarenheterna i projektet och besvara studiens frågeställningar.

Det kvantitativa materialet

Värden från skattningarna och frågeformulären (CBCL, TRF, GAF) fördes efterhand in i tabeller för varje enskild terapi. Dessa sammanställdes vid datainsamlingens slut i individuella diagram. Dessa resultat studerades för att få en bild av hur i de olika fallen terapeuterna respektive föräldrar och lärare beskrivit utvecklingen. Terapeuternas skattningar av interventioner användes också för att bedöma tillämpning av SEPP-metoden.

Tillförlitlighet och relevans

Forskningsbegreppen reliabilitet och validitet benämns i kvalitativa studier ofta i termer av tillförlitlighet och relevans (Carlberg, 1999; Guvå, 2001). Tillförlitligheten eller reliabiliteten handlar om hur säkra de bedömningar är, som slutsatserna grundar sig på. De använda kvantitativa metoderna har olika tillförlitlighet, då frågeformulären är statistiskt normerade, medan skattningsformulären prövades för första gången på detta material. Processanteckningarna utfördes alltid i nära anslutning till terapitimmarna och föräldrasamtal och kompletterades dessutom med intervjuer.

Arbetet med att samla in materialet skedde i fortlöpande dialog med terapeuterna. Jag läste processanteckningarna upprepade gånger, intervjuade terapeuterna för att få mer detaljer och skrev om texten så att interventionerna framstod tydligare. Mot slutet av projektiden sammanfattade jag skriftligt processen i varje fall och bad terapeuterna kommentera dessa sammanfattningar. Efter avslutad terapi har också terapeutens egen skriftliga sammanfattning tillförts materialet. Samtliga mina bedömningar av materialet har alltså upprepade gånger kontrollerats mot terapeuternas egna bedömningar.

Relevansen eller validiteten handlar om ”kontroll av trovärdigheten i det arbete man genomfört, att förvissa sig om styrkan på de empiriska bevisen, samt att bedöma rimligheten av de tolkningar som gjorts” (Wolming, 1998, s.47). Avspeglar det som mäts i studien verkligen det som man vill undersöka – i det här fallet interventionsmönster och process i SEPP-metoden? Mäter de ovan nämnda skattningsformulären verkligen de variabler som de avser att mäta?

I denna studie användes flera olika metoder för datainsamling och data samlades in vid flera olika tillfällen. Andra informanter än terapeuterna har också kommit till tals, om än i begränsad omfattning: föräldrar, lärare och i uppföljningsintervjuerna pojkarna själva. Processanteckningarna kompletterade med intervjuer utgör dock den viktigaste datakällan. Terapeuters anteckningar har i

andra studier visat sig vara relevanta för förståelsen av process och teknik i terapi (Sandell, 1993; Carlberg, 1999). Men de är berättelser, inte objektiva beskrivningar av vad som verkligen hänt. Minnet är selektivt och vissa saker trängs bort. Pojkarna skulle säkert ha berättat delvis andra historier om terapitimmarna än vad terapeuterna gjorde. Eftersom studiens fokus är på terapeutisk teknik kan den här använda undersökningsmetoden, genom att den utgår från psykoterapeuternas sätt att beskriva terapiprocessen, ändå förväntas ge kliniskt användbar kunskap, det vill säga ha en pragmatisk validitet (Kvale, 1997), som kan prövas i dialog med såväl forskare som kliniker, det vill säga även kommunikativ validitet (ibid.). Förutom de återkommande diskussioner, som jag haft med terapeuterna i projektet, har jag även vid flera tillfällen under forskningsprocessen presenterat och diskuterat mina resultat med andra kollegor, vilket också kan ses som ett led i valideringsarbetet (Guvå, 2001).

Kapitel 11. Undersökningsvariabler

Nio fleråriga barnterapierna med åtföljande föräldrasamtal och skolkontakter innebär ett omfattande forskningsmaterial. För att kunna beskriva och analysera detta behövde jag använda vissa strukturerande och vägledande begrepp eller undersökningsvariabler. Med ledning av behandlingsmetodens teoretiska förankring (Kernberg & Chazan, 1991) och erfarenheterna från min förstudie (Eresund, 1997) valde jag ut vissa variabler som relevanta för avhandlingens frågeställningar. Den slutliga utformningen av skattningsformulären (bil. 1) för dessa variabler skedde i samarbete med de terapeuter som deltog i projektet. Den diskuterades även på forskningsseminarier vid Ericastiftelsen. Två kollegor, som inte deltog i projektet, prövade också formuläret i sitt terapeutiska arbete och bedömde att det var kliniskt användbart.

Utvecklingen i barnterapi

Utifrån Kernberg & Chazan's (1991) beskrivning av stödjande expressiv lekpsykoterapi förväntas fyra olika egenskaper/förmågor hos barnet utvecklas positivt till följd av behandlingen. Dessa är: självkänsla, lekförmåga, empatisk förmåga samt förmåga att uttrycka känslor i ord. Jag valde därför dessa som skattningsvariabler i fråga om pojkarnas känslomässiga utveckling eller förändring av "psykologisk struktur" (Strupp & Hadley, 1977). Utifrån min egen och de deltagande terapeuternas kliniska erfarenhet tog jag dessutom i skattningsschemat med två variabler som handlar om den terapeutiska relationen: anknytning respektive destruktivt aggressivt beteende i terapin. Nedan presenteras och kommenteras de definitioner av dessa variabler som använts i projektet.

Självkänsla

God: Visar stolthet över sådant han gör, verkar identifiera sig med figurer i leken som framställs som goda, hederliga, modiga och kapabla.

Dålig: Tror sig inte om att klara saker, vill inte ens försöka, river sönder teckningar eller ger uttryck för en orealistiskt omnipotent, ofelbar självbild. Utsätter sig för fara och smärta. Identifieringsfigurer som är onda och grymma eller dumma och klantiga.

Kommentar: Barn med sociala beteendestörningar anses allmänt ha en negativ självbild och ömtålig självkänsla. Många av dem uppträder dock tvärtom överdrivet självsäkert och självhävdande, men detta beteende kan dölja en narcissistisk sårbarhet, en känsla av att inte duga som man är eller vara värd att älskas (Kernberg & Chazan, 1991). Eftersom beteendeproblemen således till stor del

kan utgöra försvar mot dålig självkänsla var det ett viktigt mål i terapin att utveckla en bättre självkänsla.

Lekförmåga

God: Tar initiativ till och fullföljer lek. Gestaltar symboliskt, bearbetar inre konflikter och svåra upplevelser genom lek. Samspelar på ett konstruktivt sätt

Dålig: Kan inte leka eller avbryter ständigt sin lek eller leker på ett konkret stereotypiskt sätt, kan inte samarbeta, inte "ta tur", gör inte skillnad mellan lek och allvar.

Kommentar: Lekförmåga är ett sammansatt begrepp. Man kan leka ensam och man kan leka tillsammans med andra. Det finns flera olika sorters lek, men de flesta tycks förutsätta ett visst mått av symboliseringsförmåga och en förståelse av skillnaden mellan det som man tänker och känner (inre verklighet) och det som så att säga "är på riktigt" (yttre verklighet). I "Playing and Reality" (1971) beskriver Winnicott hur det lilla barnets lek utvecklas i ett skört samspel mellan yttre och inre verklighet, först tillsammans med och beroende av modern, sedan på egen hand med hjälp av ett övergångsobjekt (exempelvis en nalle) och i ett övergångsområde mellan en själv och andra. I många psykoterapier (även med vuxna) behöver man först skapa ett sådant övergångsområde, där det blir möjligt att leka. Barn med beteendestörningar har enligt Kernberg & Chazan (1991) svårt att leka eftersom de använder leksituationer till att hävda sig, dölja sin osäkerhet och kontrollera andra. Ett viktigt mål i terapin var därför att de skulle utveckla sin förmåga att leka. Då skulle de kunna använda leken till att kommunicera kring, gestalta och bearbeta känslomässiga upplevelser, samt till att förbereda sig för och utveckla nya, mer adekvata förhållningssätt.

Empatisk förmåga

God: Visar inlevelseförmåga, omsorg, tacksamhet, skam- och skuldkänslor.

Dålig: Verkar inte intresserad av andras känslor, har svårt att tolka andras intentioner. Inga differentierade uttryck för känslor hos lekfigurerna. Visar ingen omsorg.

Kommentar: Empati kan definieras som förmågan att föreställa sig själv i någon annans ställe och förstå vad denna andra tänker och känner (Encyclopedia Britannica, 2001). Enligt Havnesköld (1998, s.117) handlar empati om "en emotionell reaktion som innefattar en ställföreträdande reaktion på en annan persons tillstånd och som innebär att 'känna med' personen." Barn behöver troligen vuxnas hjälp att bli medvetna om sina egna känslor och tankar och att utveckla förmågan att leva sig in i och förstå andra (Sylvander, 1992; Kernberg & Chazan, 1991; Fonagy, 1999). Empatisk förmåga kan vidareutvecklas till ett empatiskt beteende (Holm, 1987) där man visar omsorg om andra. För en del barn tycks beteendestörning hänga samman med att de har svårt att tolka sociala

signaler i omgivningen. Oavsett vad orsakerna bakom en bristande empatiutveckling kunde vara var det angeläget att försöka utveckla den empatiska förmågan hos dessa pojkar.

Förmåga att uttrycka känslor i ord

God: Kan tala om att han blir ledsen, arg, skäms, ångrar sig etc.

Dålig: Kan inte alls tala om känslor, inte heller hos lekfigurer.

Kommentar: Om man kan uttrycka sina känslor i ord är det lättare att kontrollera sina impulser till handling (eller som Pippi Långstrump säger "hålla inne med släset"). Beteendestörda barn har ofta en svagt utvecklad verbaliseringsförmåga och stödjande expressiv terapi inriktar sig särskilt på att utveckla denna förmåga (Kernberg & Chazan, 1991).

Anknytning i den terapeutiska relationen

Stark: Verkar angelägen om timmarna (även om överföringen kan vara negativ) intresserad av terapeuten som person, försöker delge denna sina upplevelser.

Svag: Avvisande eller undflyende och garderad i kontakten.

Kommentar: Barnet måste i någon utsträckning bli känslomässigt engagerat i relationen med terapeuten för att ett terapeutiskt samarbete (ibid.) och så småningom en terapeutisk allians (Shirk & Saiz, 1992), där barnet accepterar terapeuten som en som kan hjälpa det med inre förändring skall kunna etableras. Detta är en nödvändig, om än inte tillräcklig, förutsättning för en förändringsprocess (ibid.). Med denna variabel försökte jag fånga in terapeutens upplevelse av hur barnets känslomässiga anknytning till henne/honom utvecklades under terapins gång.

Destruktivt aggressivt beteende i terapisituationen

Inget: Accepterar givna gränser och har åldersadekvat impulskontroll.

Mycket: Beter sig genomgående retsamt, utmanande, trotsigt eller hotfullt och hånfullt avvisande. Försöker ha sönder saker eller göra terapeuten illa, kastar sand, skriker, kallar terapeuten fula namn.

Kommentar: Destruktivt och aggressivt agerande rapporteras ofta som vanligt i terapi med beteendestörda barn (Eresund, 1997) och att terapeuten kan härbärgera negativa känslor och projektioner brukar framhållas som en viktig del i processen (Lantzourakis, 1995; Auestad, 1996; Fonagy, 1999). Kernberg & Chazan (1991) betonar dock inte detta inslag i terapin. Är det kanske så att vissa barn kan ha nytta av terapi utan att agera ut aggressiva känslor i relationen med terapeuten? Bromsar en mer aktiv och strukturerande terapeutisk hållning upp utagerandet och hur kan i så fall aggressionsproblematiken bearbetas? Frågor som jag ville belysa genom att ha med denna variabel var: I vilka sammanhang

betedde sig barnen aggressivt och hur bemötte terapeuterna det? När och hur förekom aggressivt beteende som inte handlade om utagerande? Hos vissa barn kan ett aggressivt beteende snarare vara ett mer eller mindre automatiserat för-svar mot andra känslor såsom osäkerhet och rädsla (Redl & Wineman, 1952; Sylvander, 1983; Kjaer, 1987). Ibland beter sig barn destruktivt för att ”testa gränser” eller kontrollera att terapeuten kan upprätthålla ramarna för terapin (Sylvander, 1983). Vidare kan en del barn av neurobiologiska orsaker ha en bristande förmåga att hålla tillbaka impulser (Barkley, 1998). Hur bemötte terapeuterna dessa olika typer av aggressivt beteende?

Utvecklingen i föräldrasamarbetet

Processer i barnterapi och parallell föräldrakontakt tycks ofta följa varandra åt och ha ett nära inbördes samband (Weil, 1989) och jag ville därför pröva om i stort sett samma skattningschema skulle kunna användas. Terapeuterna fick därför skatta motsvarande variabler, men anpassade till syftet med dessa samtal som var att föräldrarna skulle förändra sitt förhållningssätt till pojkarna.

Självkänsla som förälder

God: Verkar tro sig om att vara bra och viktig för barnet, inställd på att själv ta ansvar för och prioritera barnets behov

Dålig: Verkar känna sig misslyckad, otillräcklig, uppgiven, oälskad.

Kommentar: Dålig självkänsla antas göra det svårt att sätta adekvata gränser som förälder (Kernberg & Chazan, 1991). Här åsyftas specifikt självkänslan som förälder, men denna är naturligtvis inte oberoende av den allmänna självkänslan, det vill säga en djup övertygelse om att vara en i grunden god och kompetent vuxen person.

Beredskap till självreflektion

God: Funderar på ett konstruktivt sätt över sin egen del i barnets problem, försöker förstå och se sammanhang, även bakåt i sitt eget liv

Dålig: Skyller barnets problem helt på andra.

Kommentar: Förmågan till självreflektion hos föräldrar är något som antas ha starkt positivt samband med trygg känslomässig anknytning och utveckling av motsvarande reflekterande förmåga hos barn. Sådana samband har påvisats i anknytningsforskning (Broberg, 1999).

Empatiskt förhållningssätt gentemot barnet

Starkt: Försöker förstå barnet, frågar efter och lyssnar på vad han vill och känner

Svagt: Vet redan hur barnet är, bestämmer saker utan att lyssna på barnet.

Kommentar: Denna funktion hänger samman med den föregående, då den förutom förmåga till känslomässig inlevelse och intoning (Stern, 1985) förutsätter en viss reflekterande förmåga (Fonagy, 2001). För att kunna reflektera över samband mellan tankar, känslor och handlingar hos andra människor behöver man kunna reflektera över sina egna psykiska processer. Enligt Chazan (1995) är "mogen empati" väsentlig för en adekvat föräldrafunktion. Hon definierar mogen empati som förmågan att känna igen och stimuleras av något i den andras erfarenhet som känns välbekant, men som man ändå kan ha en viss distans till (ibid. s.23). Ett viktigt mål för föräldraarbetet i terapierna var just att fördjupa föräldrarnas förståelse av barnet.

Adekvat gränssättning

God: Sätter gränser utan hot om våld, ställer rimliga krav.

Dålig: Sätter inga gränser eller använder hot om våld. Ställer inga krav eller orimligt höga krav.

Kommentar: Det är en svår konst att sätta gränser på ett positivt sätt, utan aggressivitet och någorlunda konsekvent. Föräldrar till barn med sociala beteendestörningar tycks ofta ha särskilt svårt med detta. Många av dem sätter för hårda och rigida gränser, som de sedan inte kan upprätthålla, eller också inga gränser alls (Patterson, 1982). Det kan förhålla sig så att det är lättare att sätta gränser på ett positivt sätt när det finns en stark positiv bindning mellan föräldrar och barn. Men det kan också tänkas fungera åt andra hållet: om föräldrar vågar sätta gränser i förhållande till sina barn ökar den positiva känslöbindningen. Att stärka föräldrarnas förmåga till adekvat gränssättning var därför också ett viktigt mål för föräldrasamarbetet.

Anknytning i den terapeutiska relationen

Stark: Delar med sig av känslor, tankar, frågar efter och lyssnar på vad terapeuten tror och tänker. Angelägen om de egna samtalen.

Svag: Verkar försvarsinställd och misstrogen. Ger ofta återbud eller glömmer tider.

Kommentar: Att föräldrarna kan knyta an positivt till terapeuten antas vara betydelsefullt för behandlingsresultatet. Det var därför viktigt att försöka uppskatta graden av positiv anknytning i föräldrarnas relaterande till terapeuten.

Variabeln "anknytning" avser inte på samma sätt som de fyra föregående förhållandet till barnet, utan istället förhållandet till terapin och terapeuten. Det samma gäller den sjätte och sista variabeln:

Destruktivt aggressivt beteende i terapisisituationen

Inget: Respekterar ramar och kontrakt kring såväl barnets terapi som föräldrasamtalen

Mycket: Ifrågasätter och saboterar ramar och kontrakt exempelvis genom att utebli, komma för sent, fråga ut barnet om vad det gör i terapin, hota att avbryta kontakten. Nedvärderande och avvisande mot terapeuten.

Kommentar: Vissa beteendestörda barns föräldrar har själva liknande svårigheter som sina barn och är därför svåra att samarbeta med (Eresund, 1997). Det var angeläget att försöka belysa även denna aspekt i de behandlingar som ingick i projektet.

Terapeutiska interventioner

Vad gör egentligen barnterapeuter? Det verkar som om goda terapeuter lyckas förmedla intresse, uppskattning, önskan att förstå och hopp om att saker och ting skall bli bättre på något sätt, men hur går detta till? Går det att fånga så att det kan läras ut, utvecklas vidare? Mycket sker troligen ordlöst, via kroppsspråk och affektintoning (Stern, 1985; Hansen, 1991a, b), men den verbala kommunikationen har ändå stor betydelse, och det är framför allt den som medvetet kan utvecklas och förfinas.

Kernberg och Chazan (1991) har kategoriserat verbala *interventioner* i barnterapi, som går från *normalt socialt beteende* via *stödjande* kommentarer till *tolkningar*. Interventionerna är hierarkiskt organiserade och de "högre" kategorierna används även när de innefattar de "lägre". En tolkning kan exempelvis även innehålla stödjande och underlättande komponenter.

Det var meningen att terapeuterna själva skulle rangordna de tre typer av interventioner, som de ansåg sig ha använt mest under varje skattningsperiod, men utifrån anteckningarna visade det sig vara svårt att på detta sätt få enhetliga kategoriseringar. Samma slags intervention kategoriserades på olika sätt av olika terapeuter. Som tidigare nämnts övergick jag därför till att i intervjuerna kategorisera samtliga interventioner i materialet tillsammans med terapeuterna, varefter dessa rangordnades efter frekvens.

Sju olika interventionskategorier, som hämtats från Kernberg & Chazan (1991), användes i barnterapierna och på försök även i föräldrasamarbetet. Även om det var intressant att pröva kategorisering av interventioner i föräldrakontakten på detta sätt var det också vanskligt, eftersom det i manualen saknas exempel att gå efter. Dessa interventionskategorier, som definierats närmare ovan i kapitel 7, var följande:

- *Normalt socialt beteende*
- *Yttranden som rör behandlingen.*

- *Begäran om faktisk information*
- *Stödjande yttranden*
- *Underlättande yttranden*
- *Rikta uppmärksamheten*
- *Tolkningar*

Till dessa sju verbala interventioner lades för barnterapierna också en icke-verbal interventionstyp:

Fysisk gränssättning

Här avses sådan handfast gränssättning som att hålla i barnet, stå för dörren så att han inte kan springa ut, ta ifrån honom saker som han försöker ha sönder eller använda som tillhyggen. Detta beskrivs ofta som ett vanligt inslag i terapier med beteendestörda barn (Sylvander, 1983; Kjaer, 1987; Lantzourakis, 1995; Eresund, 1997) och jag ville därför veta i vilka faser, sammanhang och i vilken omfattning sådana interventioner användes i dessa terapier.

Terapeuternas känslomässiga reaktioner (motöverföring)

I skattningsformuläret (bil. 1) fick terapeuterna även ange vilka känslor, som de i det aktuella skedet upplevde som starkast i relationen med pojken och med föräldrarna. De fick ur en lista på känslobeteckningar, som vi tillsammans hade sammanställt innan terapierna inleddes, välja tre ord som bäst motsvarade deras aktuella känslor och rangordna dessa. De kunde även lägga till andra ord om de ville. På detta sätt kompletterades redovisningen av terapeuternas mer tekniska interventioner med deras känslomässiga reaktioner. Detta gällde här inte bara det barnterapeutiska arbetet utan även föräldrasamarbetet.

Det känslomässiga samspelet i en psykoterapi påverkar i hög grad effekten av terapeutens interventioner, har en avgörande betydelse för förändringsprocessen och tycks ha större betydelse för utfallet än själva behandlingsmetoden eller patientens diagnos (Shirk & Saiz, 1992; Holmqvist, 1995; Carlberg, 1999). En del av terapeutens bidrag i detta samspel, det vill säga hennes eller hans olika känslomässiga gensvar på patienten, brukar med ett bredare psykoanalytiskt sätt än det ursprungliga kallas motöverföring (Sigrell, 2000). I barnpsykoterapi anses motöverföringen ha en central roll i behandlingsprocessen (Hesselman, 1992) och dessutom fungera som ett viktigt terapeutiskt hjälpmedel (Lantzourakis, 1995).

Motöverföringsreaktionerna kan i barnterapi ofta bli mer svårhanterliga än i vuxenterapi. Eklöf (2000), som gjort en genomgång av litteraturen samt intervjuat barnterapeuter om motöverföring, menar att detta bland annat beror på att barn utvecklingsmässigt befinner sig på en omognare nivå och att de barn som kommer i terapi dessutom i allmänhet befinner sig på en ännu omognare nivå än

vad barn i motsvarande ålder normalt gör. Därför beskrivs också barnterapeutiskt arbete ofta ”i litteraturen som jämförbart med psykoterapeutiskt arbete med svårt störda patienter med en preoidipal patologi ”(ibid. s.38).

Så här skrev Inga Sylvander (1983) om motöverföring i barnterapi:

Barnets litenhet och värlöshet väcker behov av att beskydda, barnets besvikelser och upplevda frustrationer en önskan om att vara givande. Terapeuten kan blockeras av sin upplevelse av att barnet är ”sött” eller ”roligt”. Den egna aggressiviteten, som inte sällan provoceras genom barnets utagerande eller träffande repliker, kan upplevas skrämmande och förbjuden. Många barnterapeuter kan därför ha svårt med att sätta gränser för barnets aktivitet eller påpeka gränser på ett så milt och försiktigt sätt att det snarast ökar barnets agerande. Nära till hands ligger en överidentifiering med barnet, så att man känslomässigt tar barnets parti mot en elak omvärld och inte törs lita på barnets förmåga att med stöd kunna klara sina påfrestningar. En annan identifiering kan vara med barnets (och terapeutens) förbjudna impulser. Det är inte helt ovanligt att barnterapeuten blir stimulerad av barnets regressiva beteende och uppmuntrar ett utagerande istället för att bearbeta konflikterna (s.286).

Barn är fysiskt aktiva i terapirummet och engagerar terapeuten i sina lekar. De ställer frågor som de vill ha direkta svar på, kräver hjälp med olika saker och utmanar ofta ramarna för terapin. Ibland vill de inte stanna kvar i rummet tiden ut och andra gånger vill de inte gå när tiden är slut. De kan försöka förstöra saker eller ta med sig något hem. En del barn söker kroppskontakt och ibland måste terapeuten ingripa fysiskt för att stoppa destruktivt agerande. Allt detta gör att det kan vara svårt att hinna tänka under timmarna och i regel kan terapeuten inte reflektera över sina motöverföringsreaktioner förrän efteråt (Eklöf, 2000).

Enckell (1989) menar att känslor och minnen från den egna barndomen aktiveras på ett mer påtagligt sätt när man arbetar med barn och att detta medverkar till att göra motöverföringen stark.

Vidare riktas motöverföringsreaktionerna inte endast mot barnet/patienten, utan även mot föräldrar och andra inblandade vuxna. Det finns alltid en risk att terapeuten blir kritisk mot eller börjar konkurrera med barnets föräldrar. Man kan också ibland ”lockas av föräldrarna att gå in i en idealiserad roll som den person som vet och kan allting om barn” och börja se sig själv som den viktiga personen i barnets liv (Eklöf, 2000, s.33).

Eklöf (2000) fann i sin studie vidare att de mest svårhanterliga reaktionerna med ett undantag hade väckts av utagerande pojkar, som hade behövt mycket hjälp med att härbärgera aggressiva känslor. Det finns också i litteraturen många beskrivningar av terapier där barn överfört tunga, hopplösa eller hatfyllda känslor till terapeuterna (Winnicott, 1947; Alvarez, 1995,1996; Auestad, 1996; Cleve, 2000). Att härbärgera sådana känslor, inte ge upp eller ge igen, och småningom tillsammans med barnet komma fram till en förståelse av förloppet är en viktig uppgift för terapeuten (Fonagy, 1999).

Del III. Resultat och diskussion

Nedan presenteras och diskuteras resultat och erfarenheter från projektet i förhållande till avhandlingens frågeställningar (som presenterats i kapitel 1). Först redovisas hur *utfallet* av terapierna bedömts vid avslutningen (kapitel 12) och ett år senare (kapitel 13) enligt olika informanter och i olika avseenden. Därefter beskrivs *hur SEPP-metoden har tillämpats* i projektet och detta kapitel (14) utmynnar i en sammanställning av tillämpning och utfall. I kapitel 15 diskuteras *vad som kan vara verksamt i SEPP* och i kapitel 16 *för vilka typer av beteendestörningar som SEPP har fungerat*.

De nio pojkarna var när behandlingen inleddes mellan 6½ och 10½ år. Sju pojkar uppfyllde de diagnostiska kriterierna för trotssyndrom och två uppfyllde kriterierna för lättare uppförandestörning (DSM IV, 1994). Tre pojkar hade dessutom neuropsykiatriska diagnoser (ADHD eller DAMP). Ytterligare uppgifter om diagnoser, beteendeproblem och psykosociala förhållanden finns redovisade i kapitel 9.

Terapiernas längd varierade mellan knappt två år och nästan fem år (median 2½ år). Det totala antalet behandlingstimmar per terapi varierade mellan 88 och 200 (median 118). Detta gäller barnterapin. Den tid som åtgått för föräldrasamtal och skolkonferenser har inte uppmätts, men uppskattas ha varit ungefär hälften av barnterapitiden.

Kapitel 12. Utfallsbedömningar vid terapins avslutning

En frågeställning gällde behandlingsresultat eller utfall i de nio terapier som ingick i projektet. Att bedöma utfall av psykoterapi är svårt och särskilt svårt är det med barn, eftersom de befinner sig i snabb psykologisk utveckling. Denna utveckling påverkas dessutom av många andra faktorer än behandlingen. När de problem och svårigheter som föranledde behandling försvinner eller minskar kan detta sällan tillskrivas enbart själva behandlingen. Förändringar i miljön hemma eller i skolan kan ha stor betydelse. I denna studie stöddes och kompletterades dessutom individualpsykoterapi i ett par fall av andra behandlingsinsatser som terapikoloni, skolexternat och medicinering. Omvänt kan man inte heller anta att utebliven förbättring alltid beror på att behandlingen var felaktig eller ineffektiv, eftersom negativa förändringar i barnets miljö också kan inträffa.

Psykoterapi syftade i dessa fall till att bota eller lindra såväl beteendestörningarna som de störningar och brister i personlighetsutvecklingen som dessa hade bedömts hänga samman med. Enligt Strupp & Hadley (1977) bör terapeutiskt utfall bedömas utifrån tre olika sätt att definiera "psykisk hälsa". Man kan utgå från:

- samhällets behov av stabilt, förutsägbart och anpassat beteende
- individens önskan om att må bra och känna sig nöjd med sig själv
- psykoterapeutens teoretiska modell för en "sund" psykologisk struktur

De bedömningar som föräldrar och lärare gjorde av pojkarnas beteende i frågeformulären CBCL respektive TRF (Achenbach, 1991) och terapeuterna i skattningsskalan GAF (DSM IV, 1994) kan sägas gälla utfallet definierat ur samhällets synpunkt. Sju av pojkarna har i uppföljningsintervjuer ett år efter behandlingens slut också själva fått komma till tals och detta redovisas nedan i kapitel 13. Psykoterapeutens teoretiska perspektiv får representeras av de skattningar i personlighetsvariabler eller känslomässig utveckling som gjordes i projektet.

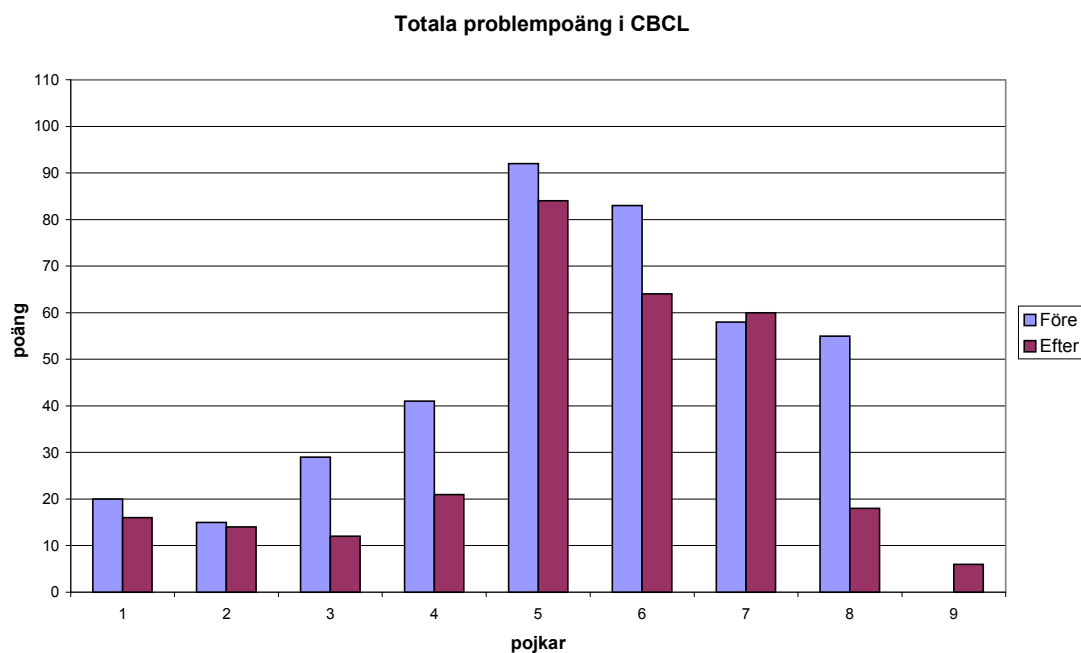
Pojkarnas beteendeproblem

Föräldrarnas och lärarnas bedömningar

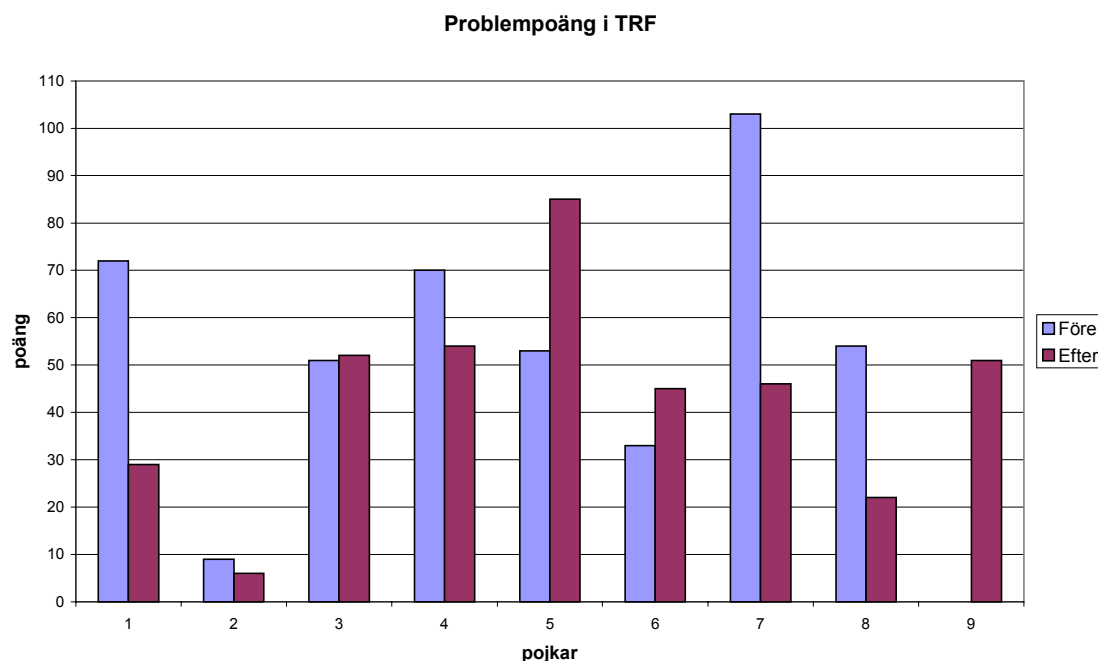
Föräldrar och lärare besvarade före och efter terapin frågeformulär om barns beteende, CBCL respektive TRF. De totala problempoäng som beräknats från föräldrarnas och lärarnas svar visas nedan i figur 4 och 5. Som tidigare nämnts saknas i ett fall (9) svaren före terapin. Den svenska normen för pojkar i åldern 6-16 år är för CBCL (Larsson & Frisk, 1999) 14,3 poäng (standardavvi-

kelse=12,9). För TRF saknas svensk normering. I dessa bedömningar står höga värden för problem hos barnet.

Föräldrarnas svar tyder på viss förbättring av beteendeproblemen i de flesta fall och i ett fall stor förbättring. Lärarnas svar varierade mer, tydde på stora förbättringar i tre fall, men i ett fall även stor försämring. I flera fall skiljde sig lärarnas bedömningar från föräldrarnas. Detta är som ovan nämnts vanligt vid användning av frågeformulär. Barn kan visa olika sidor hemma och i skolan. I sex av de nio fallen hade dessutom lärarbyten skett och detta gällde bland annat just de fall där försämring i skolan bedömdes. Jämförelserna i TRF före-efter torde därför vara mer osäkra än de i CBCL.



Figur 4. Föräldrarnas bedömning av problempoäng före och efter terapi.



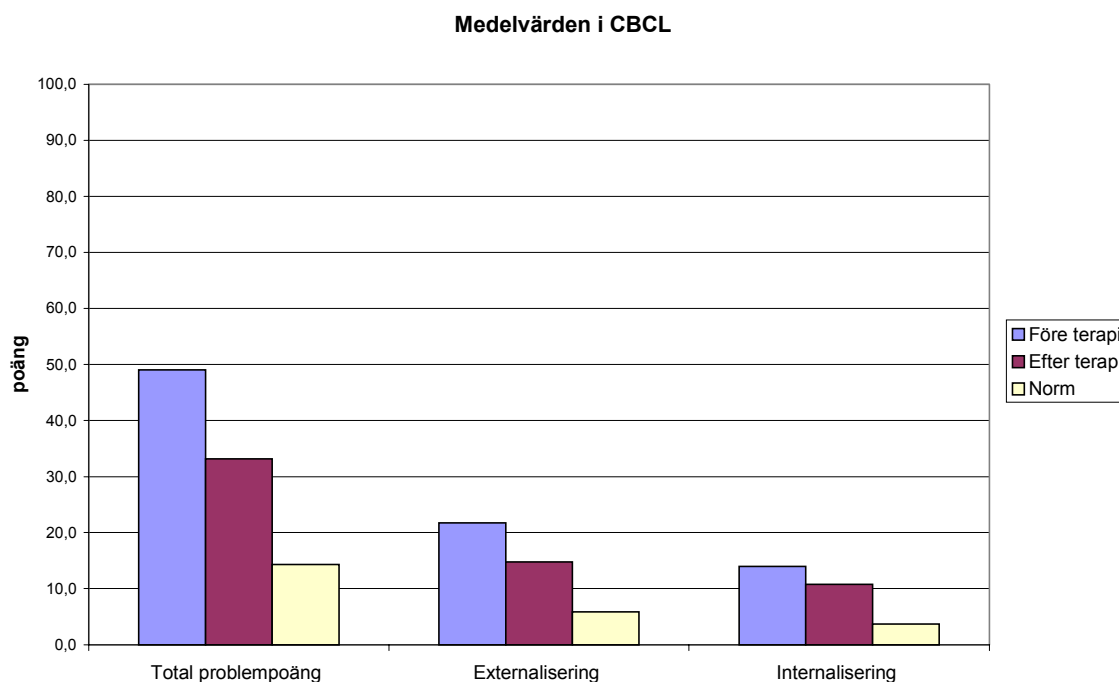
Figur 5. Lärarnas bedömning av problempoäng före och efter terapi.

I CBCL och TRF har en skillnad på minst 12 poäng (vilket ungefär motsvarar den standardavvikelse på 12,9 poäng som Larsson & Frisk angivit) bedömts som klar förbättring eller försämring. Utifrån detta har endast två pojkar förbättrats enligt både CBCL och TRF. Två av de fyra pojkarna med klar förbättring i CBCL visade inte motsvarande förbättring i TRF. I ett fall med en liten förbättring (+ 8 poäng) i CBCL visade TRF en stor försämring (-32 poäng). Omvänt har två pojkar med klar förbättring i TRF inte förbättrats i CBCL.

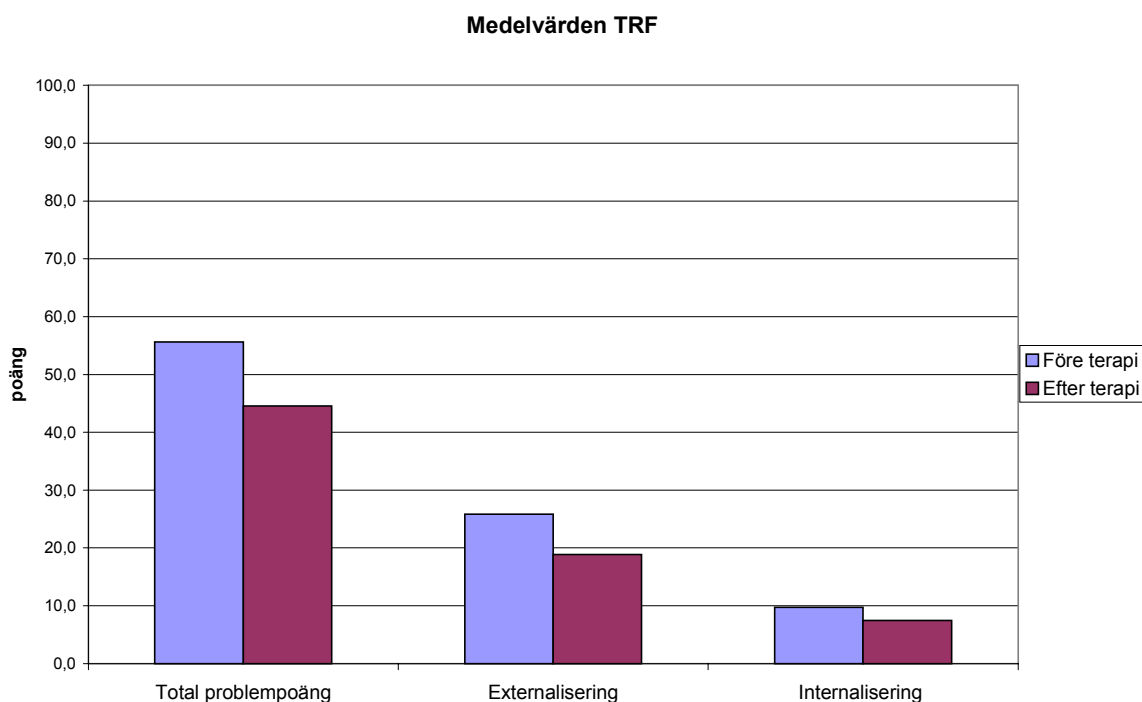
Hur kan man förstå diskrepansen mellan föräldrar och lärare i bedömningarna av beteendeförändring? En förklaring till att föräldrarna, men inte lärarna, i två fall (3, 6) bedömde en förbättring kan vara att det inte förekom något regelbundet samarbete med skolan i de terapierna, trots att pojkarna hade bedömts ha neuropsykiatriska funktionshinder och inlärningssvårigheter. En annan förklaring kan vara att lärarbyten förekom i dessa fall, vilket som ovan nämnts kan ha minskat tillförlitligheten i TRF samt även i sig förvärrat skolproblemen.

I de två fall (1, 7), där lärarna men inte föräldrarna, bedömde förbättring, förekom också lärarbyten. Däremot samarbetade terapeuterna i dessa fall med skolan. Dessutom fick en av pojkarna på ett skolexternat hjälp såväl med sitt skolarbete som med sitt sociala beteende och efteråt fungerade han mycket bättre i den vanliga skolan. I det andra fallet kan diskrepansen ha berott på att föräldrarna var mer uppmärksamma än läraren på pojkens internaliserande symtom (ångest, depression). Ökad medvetenhet om barnets problem kan hos föräldrar vara ett behandlingsresultat som ger högre problempoäng i frågeformulär (M.Carlberg, 2001). Vid uppföljningen ett år senare bedömde även föräldrarna i detta fall en tydlig förbättring.

Pojkarnas externaliserande symtom uppgavs i de flesta fall ha minskat mer än de internaliserande. Den osäkerhet, ångest och nedstämdhet som tidigare hade överskuggats av beteendeproblemen blev mer märkbar, vilket för barn med sociala beteendestörningar kan betraktas som en positiv utveckling. Detta framgår i figur 6 och 7 som visar medelvärden för bedömningarna i de åtta fall där jämförelse före-efter kunnat göras. Problempoängen i CBCL låg efter terapin i genomsnitt på 32 poäng, vilket är klart över normen för svenska pojkar (Larsson & Frisk, 1999).



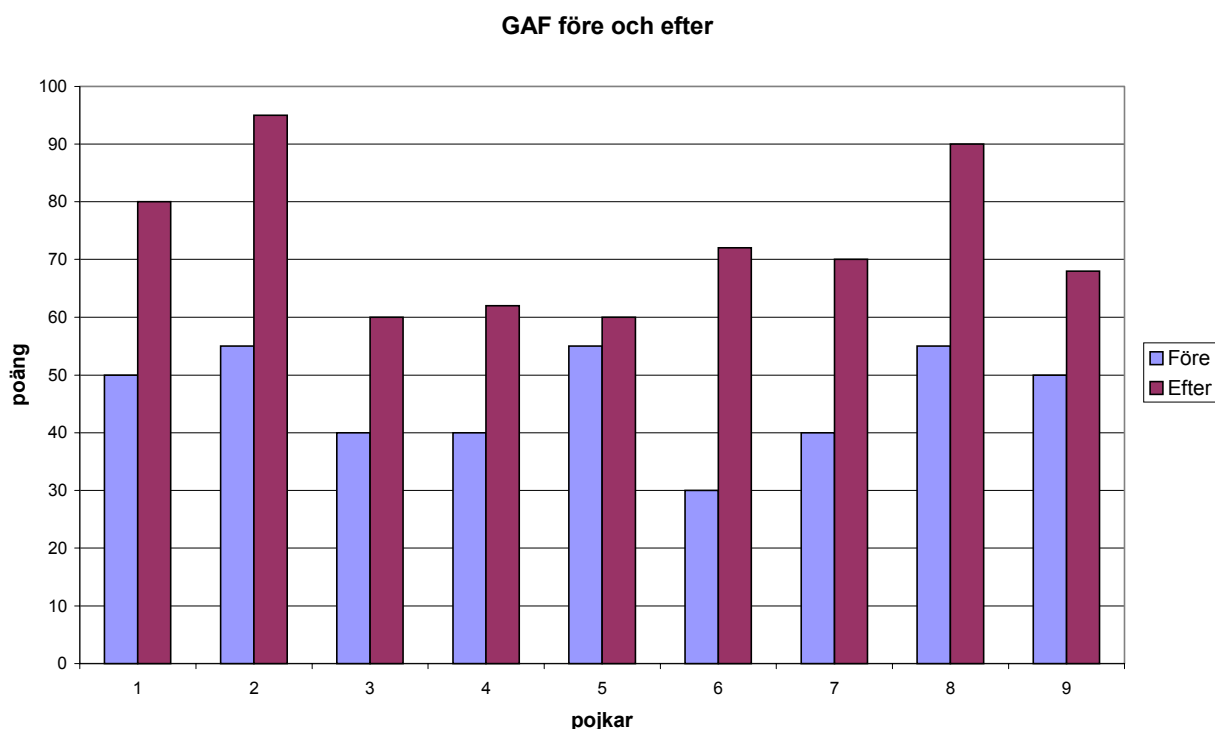
Figur 6. Medelvärden för föräldrarnas bedömningar före och efter terapi



Figur 7. Medelvärden för lärarnas bedömningar (TRF) före och efter terapi.

Terapeuternas skattning av psykosocial funktionsnivå

Terapeuterna gjorde i GAF-skalan globala bedömningar av den psykosociala anpassningen. Dessa byggde på hur pojkarna betedde sig i terapirummet samt på vad föräldrar, lärare och pojkarna själva hade förmedlat om deras beteende i andra sammanhang. I denna skala står höga värden för god anpassning och "normalvärdet" är c:a 70 poäng. Som synes i figur 8 har de flesta nu närmat sig eller överskridit detta poängtal. Skillnaden mellan före och efter behandling är i samtliga fall positiv. I medeltal har pojkarna enligt terapeuternas bedömning förbättrats med 26 skalsteg (minimum: 5, maximum: 42, median: 30). Detta liknar Carlbergs (1999) resultat för barnterapier (27 skalsteg i medeltal). Med reservation för att GAF-skalans reliabilitet i barn- och ungdomspsykiatri är måttlig (Rey et al., 1995; Boman, 1999) tyder resultatet på att den psykosociala funktionsnivån har förbättrats väsentligt för åtta av de nio pojkarna.



Figur 8. Terapeuternas skattningar av psykosocial funktionsnivå före och efter terapi. Det "normala" värdet är c:a 70 och det maximala 100.

Jämförelse mellan CBCL, TRF och GAF

Resultaten av de olika bedömningarna av beteendeförändring har förts samman i tabell 4 som visar skillnader i poäng före och efter terapin. För att förändringar i CBCL och TRF skall kunna jämföras med förändringar i GAF anges här ökning av problempoäng som minuspoäng. Minus betyder alltså försämring.

Tabell 4. Bedömningar av beteendeförbättring.

pojkar	CBCL	TRF	GAF
1	4	43	30
2	1	-1	40
3	17	-1	15
4	21	16	22
5	8	-32	5
6	19	-12	42
7	-2	57	30
8	37	32	35
9			18

Positiva eller negativa förändringar i poäng på CBCL (föräldraformulär), TRF (lärarformulär) och GAF (terapeutskattning).

Enligt alla tre mätmetoderna, CBCL, TRF och GAF, har således en förbättring av beteendet efter behandlingen kunnat konstateras i endast två (4, 8) av de åtta fall där en jämförelse kunnat göras. Minst positiv förändring i GAF är det i ett fall (5) där TRF visade stor försämring. I ett fall (2) var skillnaden före-efter obetydlig både i CBCL och TRF, medan terapeuten i GAF bedömde en stor förbättring. Detta berodde på att terapeuten vid sin bedömning utgick från hur beteendeproblemen tedde sig under den inledande och utredande kontakten, medan föräldrarna och läraren besvarade frågeformulären utifrån situationen vid individualterapins början. Pojkens beteende hade då redan förbättrats så pass att problempoängen kom att ligga under normen, det vill säga var bättre än genomsnittet.

Endast en av pojkarna (5) bedömdes vid terapins avslutning uppfylla kriterierna för DSM IV diagnosen trotssyndrom och ingen bedömdes uppfylla kriterierna för uppförandestörning.

Pojkarnas känslomässiga utveckling

Terapeuterna skattade pojkarnas "psykologiska struktur" (Strupp & Hadley, 1977) eller deras utveckling i följande variabler: självkänsla, lekförmåga, empati, verbalisering samt anknytning och destruktivt agerande i den terapeutiska relationen. (Skattningsformulär och variabler har beskrivits i kapitel 10.) I medeltal ökade skattningsvärdena mest för variablerna självkänsla och anknytning. Endast de fyra första variablerna har dock här använts för bedömning av utfallet. De två sista uteslöts eftersom de ansågs återspegla den terapeutiska relationen mer än individuell utveckling hos pojkarna.

Nedan beskrivs resultatet av skattningarna i de fyra variablerna för hela gruppen. I tabell 6 har differensen mellan första och sista skattning räknats ut för de fyra variablerna sammanslagna i varje enskilt fall. (Skattningarna gjordes i en skala från 1 till 5, där 1 var det lägsta möjliga och 5 det högsta möjliga värdet.)

Självkänsla

Medianen för skattningarna av de nio pojkarnas självkänsla vid terapistart var 2,0 och skattningarna varierade mellan 2,0 och 4,5. De flesta fick mellan 2,0 och 2,5 poäng, men två pojkar fick 4,0 respektive 4,5 poäng. Dessa två pojkar hade båda bedömts ha en narcissistisk problematik. Medan de övriga pojkarna vid avslutning av terapin bedömdes ha fått bättre självkänsla, stannade dessa båda på 4,0 poäng och hade dessutom under vissa perioder i behandlingen skattats lägre i detta avseende. Enligt terapeuterna hade de här pojkarna ändå uppnått en mer realistiskt grundad självkänsla. Medianen för hela gruppen vid avslutningen var 4,0 poäng, med en variation mellan 2,2 och 5,0.

Lekförmåga

Här var medianen vid terapistart 3,0 med en variationsbredd mellan 2,0 och 3,5. Vid terapiernas avslutning var medianen 4,0 med en variationsbredd mellan 2,2 och 5,0. De flesta bedömdes ha förbättrat sin lekförmåga, men för två pojkar bedömdes den istället ha minskat något.

Enligt de diagnostiska profilerna hade flera pojkar bedömts ha en tämligen god lekförmåga vid terapistarten, även om den beskrivits som inte fullt åldersadekvat och i något fall som "utan glädje". Lekförmåga är ett komplext begrepp och det är tänkbart att denna förmåga hade överskattats hos en del av pojkarna. En avstängd eller outvecklad förmåga till lek och symbolisering kan troligen tillfälligt mobiliseras i en psykologutredning samt i inledningsskedet av en psykoterapi, då i regel både terapeut och patient känner sig hoppfulla och optimistiska.

Empatisk förmåga

Medianen vid terapistart var 2,0 med en variationsvidd mellan 1,4 och 3,5. Vid terapiernas avslutning hade medianen ökat till 3,3, med en variation mellan 2,0 och 5,0. Alla utom två pojkar bedömdes ha fått ökad empatisk förmåga. För dessa två pojkar hade en negativ utveckling också skattats i självkänsla för den ene, i lekförmåga för den andre.

Förmåga till verbalisering

Medianen vid terapistart var 2,0 med en variation från 0,5 till 3,0. Den ökade till 3,0 med en variation mellan 2,0 och 5,0. Alla utom en pojke, för vilken en negativ utveckling skattats även i empatisk förmåga och lekförmåga, bedömdes bli bättre på att verbalisera.

De pojkar som avslutade sina terapier efter två år bedömdes alla ha gjort stora framsteg i detta avseende, medan de pojkar, som fortsatte längre i terapi, inte tycks ha gjort lika stora framsteg.

Ett försök att mäta känslomässig utveckling

Skillnaderna mellan den första skattningen (som gjordes efter de första två terapitimmarna) och den sista (som gjordes efter den sista terapitimen) i de fyra variablerna har i varje enskilt fall adderats. Denna summa har sedan dividerats med 4 och fått utgöra ett försök till mått på känslomässig utveckling. Poängen i kolumnen för terapeuternas skattningar anger alltså skillnaden mellan skattad poäng före och efter terapi. I tabell 5 har denna sammanställts med den förändring som mätts i CBCL, TRF och GAF.

Tabell 5. Utfallsbedömningar enligt CBCL, TRF, GAF och terapiskattningar

pojkar	CBCL	TRF	GAF	Ter.skattn.
1	4	43	30	0,3
2	1	-1	40	2,4
3	17	-1	15	0,1
4	21	16	22	1,3
5	8	-32	5	1,1
6	19	-12	42	1
7	-2	57	30	1,6
8	37	32	35	1,8
9			18	1

Tabellen visar positiva och negativa förändringar i poäng på CBCL, TRF, GAF samt i terapeuternas skattningar av känslomässig utveckling

Gav föräldrar, lärare och terapeuter samma bild av utfallet?

I samtliga fall har terapeuterna bedömt att någon positiv utveckling har ägt rum. Detta gäller både bedömningen av psykosocial anpassning och känslomässig utveckling. Förändringen i det senare avseendet har i de flesta fall ansetts vara måttlig (medianen är 1,1). I ett fall har förändringen bedömts som större (2,4) och i två fall har förändringen av terapeuterna skattats som obetydlig (0,1 respektive 0,3).

Hur stämmer då terapeuternas bedömningar av *känslomässig utveckling* överens med föräldrarnas och lärarnas bedömningar av *beteendeförbättring* (CBCL och TRF) i de åtta fall där sådana jämförelser kan göras?

Bilden är som framgår av tabell 5 blandad. I de två fall (4, 8), där enligt både föräldrar och lärare positiv förändring hade ägt rum, har också terapeuterna skattat en positiv utveckling som ligger något över genomsnittet för gruppen. I det fall (2) där terapeuten bedömt störst positiv förändring har föräldrar och lärare inte uppgivit någon sådan, men detta berodde troligen på att en stor beteendeförbättring redan hade ägt rum när terapin inleddes. I två fall (5, 6) hade terapeuterna och föräldrarna bedömt positiv förändring, men inte lärarna. I de två fall (1, 3), där terapeuterna bedömt utvecklingen som obetydlig, har positiva beteendeförändringar uppgivits av antingen föräldrar eller lärare.

Hur skall man tolka dessa resultat? För det första finns det inget enkelt samband mellan de förändringar av psykologisk struktur (Strupp & Hadley, 1977) eller den känslomässiga utveckling som kan iakttas i psykoterapi och beteendeförbättring utanför terapisituationen. Ett barn kan i den terapeutiska relationen visa förbättrad självkänsla och förmåga till lek, empati och verbalisering, men sådana förändringar generaliseras inte alltid till andra relationer, framför allt inte i grupsituationer. För detta behövs tid, men ofta även förändringar i barnets

miljö och det är bland annat därför som samarbete med andra personer i barnets nätverk är så viktigt. Omvänt kan det hända att positiva förändringar i barnets miljö medför en beteendeförbättring trots att det inte händer så mycket i terapin.

För det andra beror en del av motsägelserna i resultaten antagligen på brister i bedömningsinstrumenten. Framför allt är bedömningen av känslomässig utveckling osäker, eftersom den har utförts med en egentillverkad, icke-standardiserad skattningsmetod. Man vet därför inte riktigt vad det är som har mätts här och man vet inte heller något om tillförlitligheten i bedömningarna. Även om varje pojkes förändringsmått baserar sig endast på skattningarna i just hans fall hade terapeuterna troligen sinsemellan olika krav på vad som kunde bedömas som positiv förändring. Känslor av sorg och skuld inför separationen kan också i en del fall ha påverkat terapeuternas bedömningar vid avslutningen negativt.

Kapitel 13. Uppföljningsintervjuer.

Boalt Boëthius och Berggren (2000) påpekar i sin kunskapsöversikt av barnpsykoterapiforskning att långsiktiga uppföljningar i hög grad saknas. De uppföljningar som gjorts visar också att behandlingsresultaten inte alltid håller i sig. Enligt amerikanska studier (som främst gäller beteendeterapi och kognitiv terapi) återfaller 70-80% av barn med beteendestörningar inom två år efter avslutad behandling (Hibbs, 2000).

Intervjuer med pojkar och föräldrar ett år efter avslutad behandling hade planerats in i det metodutvecklingsprojekt, som givit empiriskt material till avhandlingen. Denna uppföljning avsågs egentligen inte ingå i avhandlingsarbetet, eftersom man inte visste hur lång tid terapierna skulle ta. Alla uppföljningar har inte heller ännu kunnat göras, men för att närmare belysa frågan om vad som kan vara verksamt i stödjande expressiv psykoterapi redovisas här vad som hittills framkommit.

Sju terapier har följts upp. I fyra av dessa hade SEPP-metoden tillämpats. Två terapier avslutades andra halvåret 2001 och har ännu inte hunnit följas upp. I båda dessa tillämpades SEPP.

En uppföljningstid som låg ungefär ett år efter avslutad behandling hade valts för att de stödjande effekterna av behandlingskontakten inte längre skulle vara aktuella och för att intervjuerna inte skulle påverkas av eller störa bearbetning av separationen från relationen med terapeuten.

Intervjuerna syftade till att belysa hur pojkarna och deras föräldrar i efterhand såg på terapin, i vad mån de ansåg att eventuella positiva förändringar hade berott på terapin, samt om och hur dessa förändringar hade stått sig. Tolv föräldrar (två mammor och fem par) och sex pojkar (en pojke vägrade) har intervjuats.

Metod

Familjerna var införstådda med att jag skulle vilja intervjua dem ett år efter avslutad behandling. När detta blev aktuellt skickade jag ett brev till föräldrarna i den aktuella familjen och någon vecka senare ringde jag upp för att fråga om föräldrarna och pojkarna ville medverka. Alla föräldrar var villiga, men tre pojkar var enligt sina föräldrar tveksamma.

Kvalitativa intervjuer med barn är en relativt ny företeelse (Andersson, 1998; Scott, 2000), även om man på senare år inom sociologisk och pedagogisk forskning behandlar barn som informanter i frågor som gäller dem själva. Inom psykoterapiforskning har barns upplevelse av behandlingen börjat undersökas (Shirk, 1992; Grönlund, 1994; Axén & Taipale, 1998; Tydén, 2002), men än så länge saknas utarbetade och validerade metoder.

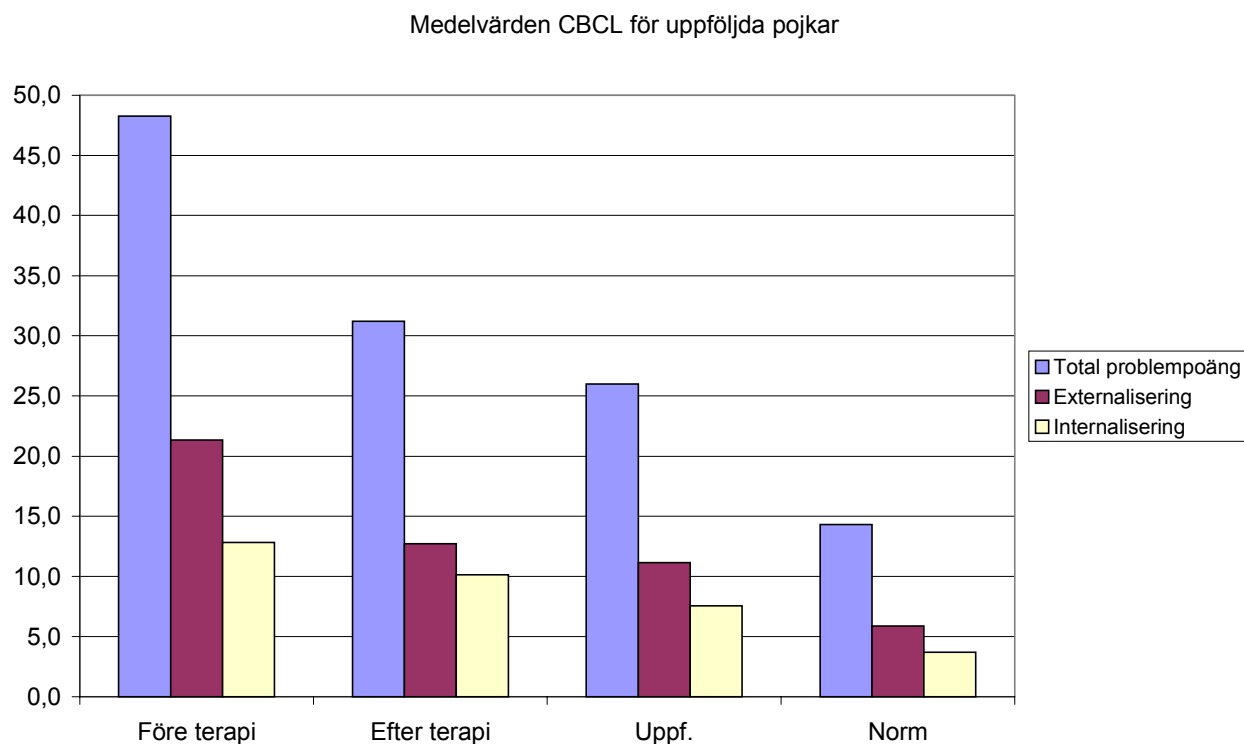
Jag ville intervjua pojkarna för sig och föräldrarna för sig, eftersom jag trodde att pojkarna då skulle känna sig mer fria att säga vad de tyckte. Jag valde att först tala med föräldrarna. Detta berodde delvis på att en del av pojkarna var ovilliga att medverka. Jag trodde att de skulle bli mer villiga att berätta om terapin, om jag först talade med deras föräldrar så att dessa skulle kunna motivera sina pojkar bättre. Vidare tänkte jag att det kunde ha inträffat förändringar i familjerna som var bra att känna till innan jag träffade pojkarna.

Den intervjumetodik som användes var halvstrukturerad, med en i förväg utarbetad frågeguide (bil. 4). Frågeordningen följdes inte strikt, utan informanterna fick tala ganska fritt om de olika frågorna. Intervjuerna ljudbandades. Jag skrev själv ut dem och bearbetade materialet utifrån frågeområdena och andra teman, som kom upp. Föräldrantervjuerna tog mellan 60 och 75 minuter och barnintervjuerna mellan 30 och 45 minuter. Familjerna fick själva välja om de ville träffa mig på mottagningen eller om jag skulle komma hem till dem. De flesta valde att komma till mottagningen, en familj ville att jag skulle komma hem och i ett fall ville pojken träffa mig i hemmet.

Intervjuerna kompletterades med frågeformulär. Föräldrarna ombads att besvara Child Behavior Check List (Achenbach, 1991), som de även fyllt i före och under behandlingen. Pojkarna ombads besvara ett frågeformulär, ”Jag tycker jag är” (Ouvinen-Birgerstam, 1984). Detta test ingår bland de test som vanligen används i psykologutredningar vid BUP och hade därför även besvarats av pojkarna före behandlingen. Testet fokuserar barnets medvetna uppfattning om sig själv och sina relationer till andra i sin omgivning.

Föräldrarnas bedömningar av pojkarnas beteende i frågeformulär

De totala problempoängen i CBCL varierade nu mellan 11 och 72 och medelvärdet låg på 26 poäng, vilket är något lägre än det vid avslutningen av terapi och alltså högre än genomsnittlig poäng för svenska pojkar (Larsson & Frisk, 1999). Medelvärdet i denna lilla grupp påverkades starkt av en pojkes alltså höga problempoäng. Alla hade alltså lägre problempoäng än före behandlingen. Figur 10 visar medelvärden beräknade för sex av pojkarna före terapin (CBCL saknades då för en pojke), samt för alla sju pojkarna vid terapins avslutning och vid uppföljningen. De positiva förändringarna tycktes alltså ha stått sig och i flera fall även ha fortsatt efter avslutad behandling.



Figur 9. Medelvärden för föräldrarnas skattningar av totala problempoäng samt externaliserande respektive internaliserande beteendeproblem före terapin (n= 6 pojkar, vid terapins avslutning (n=7 pojkar, samt vid uppföljningen (n= 7 pojkar) i jämförelse med normen för svenska pojkar (Larsson & Frisk, 1999).

Föräldrarnas utsagor i intervjuerna

Enligt föräldrarna hade sex av de sju pojkarna nu ett adekvat socialt beteende såväl hemma som i skolmiljön. De var aktiva, omtäckta och duktiga i skolan. De verkade även vara lugnare och mer tillfreds känslomässigt. Psykosomatiska symtom hade avtagit eller försvunnit. Vissa kvarstående problem fanns dock:

- *fortfarande lite udda och barnslig*
- *otålig och rastlös, vill inte plugga*
- *tycker alltså mycket illa om överraskningar, vill alltid vara förberedd på vad som skall hända*
- *vill fortfarande inte gärna vara med i skolgymnastiken*
- *fortfarande ofta ensam på rasterna*
- *lite lat, läraren behöver putta på honom för att han ska komma i gång, lika slarvig som förut, retas fruktansvärt med sina småbröder*

En pojke hade alltså stora svårigheter. Föräldrarna ansåg ändå att han fungerade socialt och känslomässigt bättre än tidigare. Problempoängen i CBCL var

som ovan nämnts alltjämt höga, även om de var klart lägre än före behandlingen. En markant förbättring av hans beteende hade inträffat efter det att han under terapins andra år hade börjat medicinering med amfetamin.

Skillnaden är att man kan få honom att sluta när det börjar (utbrott). Det gick inte förut.

De övriga pojkarnas föräldrar uppgav att deras pojkar nu var mycket lugnare, hade bättre impulskontroll och större social kompetens. De tyckte även att de själva hade bättre kontakt med pojkarna:

- *Han tar hand om det själv nu. Jag behöver inte sopa ihop resterna längre. Han kan ta sig ur det själv igen.*
- *Han tål mer och hans tröskel är högre*
- *Han är mer som andra ungar i förpuberteten nu. Vi bråkar inte längre om hela existensen. Om han hade fortsatt att vara så som han var då så hade jag haft stora problem nu.*
- *Han kan tala om, ge ett svar (varför arg). Det gör stor skillnad.*
- *Han kan säga ett bestämt nej. Han har ett självförtroende nu som han inte hade förut och han kan prata på ett annat sätt. Han är uppskattad på ett annat sätt också av sina kamrater, av vuxna också.*
- *Han är lätt på det viset. Han är så go' och glad.*
- *Han är otroligt empatisk, vill inte någon illa och har råkat ut för många situationer för att han skyddar någon annan som är utsatt.*
- *Det är mycket lättare att få kontakt med honom nu.*
- *Man når honom bättre.*

En pojke, som hade haft diagnosen DAMP, hade efter terapin inte längre denna diagnos. Mamman ansåg att diagnosen (som inte hade ställts på BUP) hade varit felaktig och hade sett till att den tagits bort i skolhälsojournalen.

Han blir ju arg och reagerar som andra ungar men jag kallar inte det för DAMP. Jag känner folk som har ungar med det och så är han inte alls.

Vad betydde terapin för den positiva förändringen?

Föräldrarna hade svårt att värdera terapins betydelse för den positiva utveckling som hade ägt rum. De trodde att terapin hade varit till nytta, men tillmätte andra faktorer större betydelse. Några framhöll att den positiva förändringen till stor del kunde bero på naturlig mognad. För tre av pojkarna ansågs lärar- eller skolbyten ha haft större betydelse än terapin. I ett fall trodde föräldrarna att den viktigaste orsaken till förbättringen var att en pojke som mobbat deras pojke hade flyttat från bostadsområdet. De såg det också som en stor hjälp att man i skolan hade tagit itu med mobbningsproblemet. Tidigare hade det inte hjälpt att pojken själv försökte förändra sitt beteende.

Hur mycket han än ändrade på sig själv så hjälpte det inte. Han försökte verkligen, han kämpade för att handskas med sin ilska. Men det är svårt att bryta mönster.

På frågan om vad de trodde att deras pojkar fått hjälp med i terapin svarade föräldrarna:

- *ta hand om "arget"*
- *få bättre självförtroende*
- *få bättre självinsikt*
- *flytta in tryggheten i sig själv*
- *bearbeta sorgen*
- *lära sig uttrycka arga känslor med ord*
- *leka fram någonting, få kontakt, nå och ta upp saker*
- *hitta knutarna och lösa upp dem*
- *han märkte att här var det någon som gillade honom och det betydde väldigt mycket*
- *att han fick vara bra på någonting, känna att han var bra, inte bara få en massa klagomål*
- *få en vuxen som uteslutande ägnar sig åt honom*
- *det handlade nog mycket om ilska, rädsla och stor och liten och allt det här*

Dessa svar överensstämmer till stor del med de förväntningar på terapin som föräldrarna i början av behandlingen hade uttryckt. Förväntningarna hade dock i ett par fall varit något större. Exempelvis hade en mamma hoppats att pojken skulle få

hjälp att förstå varför han var dum mot andra barn

men svaret på den frågan tyckte hon inte att varken hon själv eller pojken hade kommit fram till. Således hade hon hoppats på att terapin skulle leda till mer insikt än den tycktes ha gjort. En annan mamma tycks ha tänkt sig att terapin skulle bli till direkt hjälp i pojkens uppfostran och hade haft

en förhoppning om att det kunde vara bra att han fick prata med någon vuxen utomstående --- för allt jag sade var ju bara dumt – men om någon annan sa att si och så är det och man gör si och så i olika sammanhang så kanske han skulle ta till sig det.

Så hade det ju inte fungerat och efterhand hade denna mamma förstått att terapin istället syftade till att stödja pojkens känslomässiga och sociala utveckling och efteråt var hon mycket nöjd med det.

En mamma betonade att det hade varit viktigt att terapin var två gånger i veckan, även om det varit besvärligt att behöva åka flera gånger i veckan till PBU. ”Annars kan man aldrig bygga upp ett sådant förtroende.” En annan mamma menade att det hade varit en stor fördel att pojken haft en manlig tera-

peut. Pappan trodde inte att det hade haft någon betydelse, men mamman hävdade att detta även hade varit en fördel i föräldrasamtalen, eftersom pappan från början inte hade varit lika motiverad som hon till terapin. En pappa framhöll att sonen hela tiden hade varit mycket angelägen om sina terapitimmar, ”det var hur viktigt som helst”.

Vad hade föräldrarna själva fått ut av samtalen?

Tio av de tolv föräldrarna tyckte att de själva i samtalen med terapeuten hade fått hjälp med att förstå sitt barn. De två som inte tyckte det var pappor som ansåg att de egentligen inte hade behövt hjälp med detta. En av dem uttryckte det så här :

Jag tror att jag förstod honom. Det (samtalen) var nog mest bra för mamman.

Drygt hälften av föräldrarna ansåg att de genom terapin lärt sig att sätta gränser på ett mer adekvat sätt. En mamma tyckte att det alltså var svårt att sätta gränser, eftersom hon upplevde sin pojke som ”äldre” än hans verkliga ålder och därför ofta gav honom mer frihet än han egentligen klarade. Ett föräldrapar menade att det egentligen aldrig hade varit nödvändigt med gränssättning hemma.

Han har väl nästan varit för snäll om man tänker efter. Det är först nu när man ser de här tonårs...Men han har haft otroligt lätt att gråta... så när vi har reagerat så blir han så där jätteledsen.

Samtidigt var de nu medvetna om att pojkens känslighet ibland gjort det svårt för dem att ställa adekvata krav.

En mamma hade från början hoppats på att få mer konkret stöd och avlastning, i form av exempelvis stödfamilj, och tyckte i efterhand alltså att det var vad hon mest hade behövt, även om hon hade upplevt ett känslomässigt stöd i samtalen. Några föräldrar hade väntat sig mer av konkreta ”metoder” eller ”tips”. Istället hade samtalen med terapeuten hjälpt dem att själva reflektera och komma fram till nya lösningar, vilket de i efterhand tyckte hade varit bättre. En pappa tyckte att samtalen hade hjälpt honom att bättre förstå hur pojken tänkte.

Jag visste inte hur jag kunde hjälpa. Jag förstod känslan men inte hans tankar. Det där pratade vi med terapeuten om. Varför tänker och reagerar han på det sättet och kör huvudet i väggen så?

En mamma beskrev som viktigast att hon fått förståelse för och hjälp att bearbeta de känslor av hjälplöshet och misslyckande som pojkens svåra situation i

skolan hade väckt. För två föräldrapar hade det varit en hjälp att tillsammans med terapeuten reda ut sina inbördes konflikter kring gränssättning och i ett fall ansågs detta ha räddat familjen från skilsmässa.

Två pappor hade inte själva varit särskilt oroliga för sina pojkar, utan medverkat i behandlingen endast på grund av att mammorna hade velat det. Dessa pappors något motvilliga medverkan tycktes ändå ha haft stor betydelse och ha fört såväl makarna som far och son närmare varandra. De övriga tre papporna hade själva varit angelägna om behandlingskontakten.

Alla föräldrarna sade sig ha förstått varför de inte skulle fråga ut sina barn om vad de gjorde i terapin och tyckte att de hade fått reda på tillräckligt mycket om hur barnterapin fungerade i sina samtal med terapeuterna.

Vad sade föräldrarna om skolsamarbetet?

Problem i skolan och/eller barnomsorgen utgjorde i samtliga fall en viktig anledning till att man sökt hjälp. Situationen beskrevs i flera fall som närmast kaotisk. Några föräldrar hade så gott som dagligen måst lämna sina arbeten för att åka till skolan och hämta hem sina pojkar.

I tre av de sju fallen hölls under terapitiden regelbundna skolkonferenser där terapeuten medverkade. Detta hade enligt föräldrarna varit ett viktigt stöd och hjälpt till att lösa skolproblemen. I fyra fall hade föräldrarna själva till större delen skött samarbetet med skolan och terapeuten endast deltagit i skolmöten vid enstaka tillfällen. I ett av dessa fall var skolproblemen med stöd av den BUP-kontakt som föregått terapin redan lösta när terapin startade. I två av fallen ansåg föräldrarna att samarbetet med skolan ändå hade fungerat bra, men i ett fall skulle man ha velat ha mer hjälp med detta.

Vad i behandlingskontakten kunde ha varit bättre?

Vissa kritiska synpunkter framkom:

En mamma hade, när hon första gången ringde till mottagningen, fått veta att det var lång väntetid och att de om situationen var akut fick åka till barnpsykiatrisk klinik. Detta uppfattade hon som alltför drastiskt eftersom hon inte såg sin pojke som psykiskt sjuk. "Jag kan ju ändå säga vad jag tycker, har mål i mun. Då blev jag arg och sa att jag vill ha hjälp nu, det är därför jag ringer! Jag både grinade och var arg där i telefon och sen fick vi en tid och då gick det väldigt fort. Då tänkte jag att hur är det för andra, som inte jobbar inom vården och inte vågar bråka? Det var tråkigt att han hade den attityden i telefon. När man väl ringer har det gått väldigt långt, över tröskeln."

En mamma hade inte tyckt om den inledande kontakten med familjesamtal. Hon hade känt sig

anklagad : "Då undrade de på vilket sätt vi hade misslyckats som föräldrar och att det måste ha inträffat något när han var liten som skulle sätta djupa spår när han blev tonåring. Och jag sade att vi kommer hit för att få hjälp, inte för att bli knäckta som föräldrar. Så jag ringde tillbaka efter det här fruktansvärt jobbiga mötet när man hela tiden sökte en anledning hos oss och sade: Tack, men nej tack! Det var inte det vi ville. Vi ville få hjälp att orka kämpa vidare, inte att bli knäckta. Och det förstod överläkaren, han tog det jättebra. Han bad om ursäkt och frågade om vi kunde tänka oss att gå till T (barnterapeuten) istället. Och så blev det så.....Ingen är ju hjälpt av att vi också bryter ihop. Man måste tänka sig för hur man säger saker och ting." Pappan hade inte reagerat lika starkt, men var också kritisk: "Man gick på för hårt och tog allt på en gång – nätverk, spegel, för mycket på en gång. Man skrev upp när våra föräldrar var födda och döda och...Det blev så mycket!"

En pojke hade periodvis vägrat åka till terapin och mamman undrade "om inte psykologer skulle kunna observera och behandla barn även i deras naturliga miljö, inte endast på mottagningen. Det skulle kanske kännas tryggare för barnet."

En pojke hade nästan hela tiden varit motvillig att åka till terapin och ofta frågat varför han skulle dit. Mer familjesamtal skulle ha varit bra, trodde föräldrarna, så att terapeuten som "barnutbildad" hade kunnat förklara syftet med behandlingen, vilket de haft svårt att göra.

Ett par föräldrar tyckte att terapitiderna borde kunna läggas efter skoltid så att barnet skulle slippa berätta om terapin för lärare och kamrater.

I ett fall hade föräldrarna, som ovan nämnts, önskat mer hjälp med skolsamarbetet. Mamman hade känt sig ensam och utsatt inför lärarna. "Det hade varit bra om skolan fått vara med mer – som ett tredje ben i det här... för det var ju där som det hände. De tester som gjordes på PBU och de brister i perception och koncentration som där framkom kunde jag inte förmedla på rätt sätt till skolan. De svarade typ: jaha."

Ett föräldrapar ansåg att BUP borde lägga större vikt vid neuropsykiatrisk utredning och medicinering, samt dessutom informera om det stöd föräldrar kan få från föreningen för neuropsykiatriska funktionshinder.

Tvärtom hade en pappa upplevt den inledande utredningen, där diagnoser som ADHD och Aspergers syndrom hade övervägts, som avskräckande. "Måste man vara så dålig för att gå här, är BUP bara till för riktigt sjuka ungar?" hade han tänkt och skulle ha avbrutit kontakten om inte mamman hade övertalat honom.

Pojkarna

Sex pojkar intervjuades. De var vid intervjutillfällena 10, 11, 12, 12, 12, 12 år gamla. De två yngre hade först låtit sig övertalas av föräldrarna till att medverka, men blev sedan osäkra och ville ha sina mammor med sig. Jag fick alltså inte tala med dem i enrum och de var båda två ganska tystlåtna och garderade i kontakten, även om de svarade på frågorna och fyllde i frågeformuläret. Den sjunde pojken, 10 år, vägrade helt att medverka. Han hävdade att han hade "gått färdigt

på PBU". Han fyllde dock hemma i frågeformuläret "Jag tycker jag är", som sedan skickades till mig.

Alla pojkarna sade att de hade tyckt bra om och känt sig förstådda av sina terapeuter. Tre av de fyra tolvåringarna kunde tala om varför de gått i terapi och vad de själva hade velat få hjälp med eller förändra:

- *Inte behöva bli så jättearg så jättelätt*
- *Lära mig lyssna bättre, titta i böckerna, koncentrera mig, inte prata med andra på lektionerna och sitta stilla*
- *Jag var nog lite för mycket mobbad. Jag fick lugna ner mina känslor så jag fick det bättre.*

Den fjärde tolvåringen sade först att han inte visste, men efter en stund:

För att inte vara så aggressiv

De två yngre pojkarna som intervjuades kunde inte säga varför de hade gått i terapi och de sade sig inte heller minnas att de själva hade velat ha hjälp med något när de började i terapi.

Fyra pojkar tyckte att det hade det varit "bra" eller "jättebra" att gå i terapi, men en av dem tillade "fast jag trodde ju inte det då". De trodde att terapin hade hjälpt dem, även om de hade svårt att beskriva i ord vad det var som de hade fått hjälp med. Exempel på vad de sade om detta:

- *Jag har lång stubin nu*
- *Jag har blivit lugnare, snällare mot mina vänner*
- *Jag är mer nöjd nu*

En pojke tyckte inte om terapin på grund av att den tog för mycket tid. En annan hade först tyckt att terapin var "kul," men när han sedan "förstod att det inte bara var för att leka" tyckte han inte om den. Det hade känts "konstigt att prata med någon annan än mamma och pappa".

Alla utom en tyckte att det hade varit lagom att sluta när terapin slutade. En pojke skulle gärna ha gått längre i terapi och berättade att han efter sommarlovet gått till mottagningen på sin vanliga tid för att han hade glömt att han hade slutat. De andra tyckte att det ofta hade varit svårt att lämna kompisar och lek för att åka till terapin och att det därför var skönt att sluta. Ingen kunde berätta om något specifikt minne från terapin, men en pojke visade mig efter intervjun att han alltså hemma gjorde samma slags lerfigurer som han hade arbetat med i terapin.

Alla de sex intervjuade pojkarna tyckte att de hade det bra nu. De hade ett bra förhållande till sina föräldrar, det gick bra i skolan, de hade roligt på fritiden och

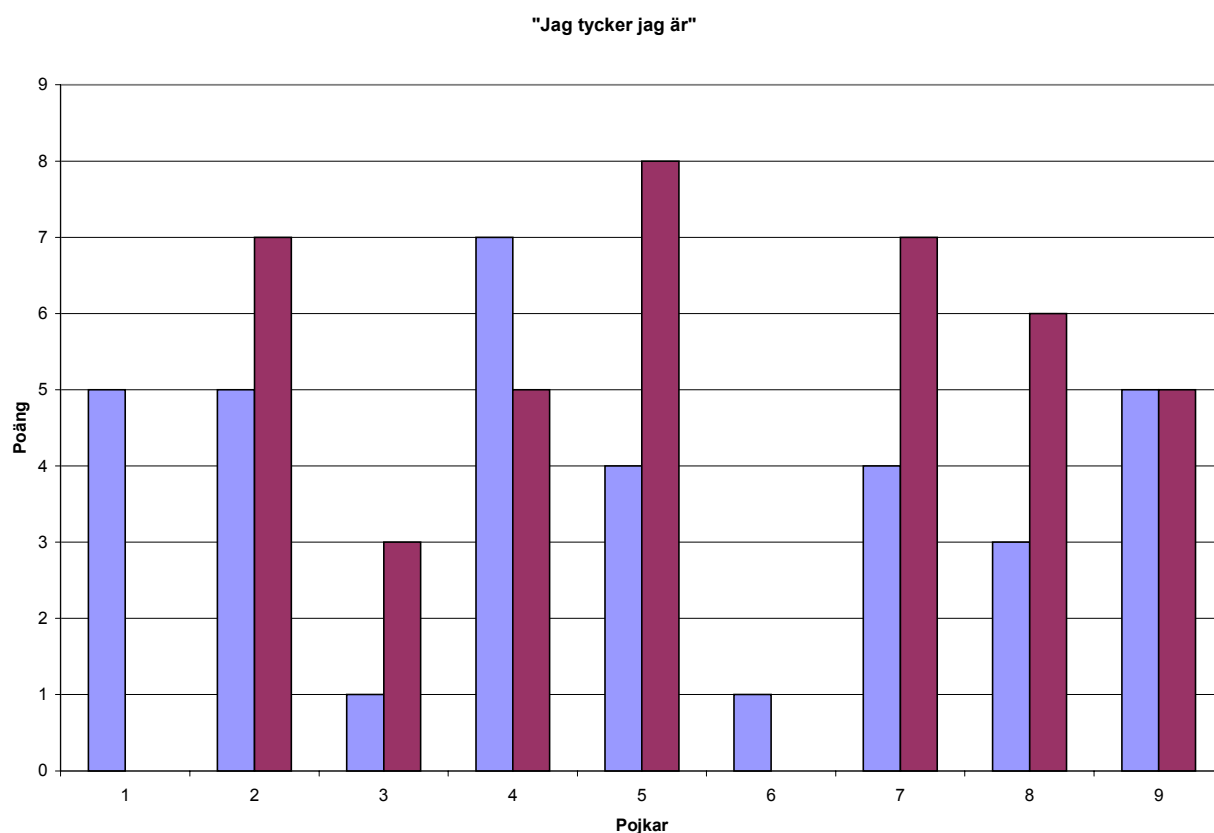
de hade kompisar. En pojke visade att han hade börjat reflektera på ett empatiskt sätt över sitt förhållande till andra. Han sade:

*Jag har börjat tänka på sånt – hur skulle **han** må ifall han frågade snällt och inte jag gjorde det – hur skulle han känna sig?*

Pojkarna tyckte att det hade varit bra att terapeuterna också träffat deras föräldrar samt haft kontakt med skolan. En tyckte sig ha märkt att det blivit bättre hemma under terapin: "De lyssnade mer".

Självuppfattning

De sju pojkarnas totalpoäng på självskattningstestet "Jag tycker jag är" före terapi respektive vid uppföljningen visas i figur 10. Poängen är beräknade enligt stanineskala 1–9, vilket innebär att 5 = genomsnittligt resultat för pojkar i motsvarande ålder. Resultatet tyder på att den medvetna uppfattningen om sig själv och relationerna till andra i omgivningen efter terapin är relativt positiv för sex av pojkarna (stanine 5–8). En sjunde pojke hade alltså relativt låg poäng (stanine 3), men i alla fall högre än före terapin.



Figur 10. Pojkarnas totalpoäng i självskattningsformuläret "Jag tycker jag är" före terapi

Fem av pojkarna hade nu högre poäng i detta test än före terapin. En pojke hade oförändrade poäng, medan den pojke som före terapin hade högst poäng nu hade lägre poäng än före terapin. Resultatet kan verka motsägelsefullt, vilket troligen beror på att testet fångar in endast den medvetna självuppfattningen. Barn med narcissistiskt överkompenserad självuppfattning kan få orealistiskt höga poäng. Under en terapi kan dessa barns självuppfattning mogna och bli mer realistisk, vilket paradoxalt nog kan leda till lägre poäng i testet.

Det bör dock påpekas att "Jag tycker jag är" finns i två versioner, en för lågstadiet (L) och en för mellan- och högstadiet (MH). MH-skalan innehåller fler frågor och har högre reliabilitet. I samtliga dessa fall användes vid det första testtillfället L-versionen och vid det andra MH-versionen, vilket gör en jämförelse osäker.

Kommentar till uppföljningsmetoden

Det kan vara svårt att intervjua barn om händelser och erfarenheter som ligger så långt tillbaka i tiden som ett år. Många nya erfarenheter har hunnit överskugga och påverka minnet av terapin. Det verkade vara lättare för de här pojkarna att berätta om hur de hade det tillsammans med kamrater, syskon och föräldrar i dagsläget, än om hur deras liv hade varit för några år sedan och vad de hade gjort på sina terapitimmar. Enligt Lantzourakis (1998) kan det vara så att barn "glömmer" vad som hänt i terapin, om processen varit läkande. I motsats till denna hypotes och till erfarenheten i denna studie fann Axén och Taipale (1998) att de sju barn som intervjuades, med ett undantag, mindes terapin väl. Bortfallet i deras studie var dock stort, eftersom drygt hälften av de utvalda barnen vägrade medverka.

I intervjuer med barn är det särskilt viktigt att ha gott om tid och det hade säkert varit bra att ha fler än ett intervjutillfälle med samma barn (Andersson, 1998). Då hade det funnits möjlighet att återkomma vid ett senare tillfälle till vissa teman, som pojken kunde behöva fundera över. Ett sådant förfaringssätt var dock av tidsskäl inte möjligt här. Vidare skulle intervjufrågorna ha kunnat formuleras på ett tydligare och begripligare sätt. Alternativt skulle mer öppna frågor kanske ha givit mer information. Det hade eventuellt också varit bättre att intervjua alla pojkarna i hemmiljö, där de kunde känna sig mer avspända. Kanske hade det varit bättre att intervjua pojkarna före föräldrarna. Det hade också varit artigare att informera pojkarna om intervjun i ett särskilt brev, istället för att som nu be föräldrarna att informera dem. Om de hade informerats och tillfrågats på detta sätt, skulle kanske alla pojkarna ha medverkat bättre.

Det finns alltid en inbyggd felkälla när en projektledare själv utför uppföljningsintervjuer. Informanterna kan känna sig förhindrade att framföra kritiska synpunkter, av lojalitet och tacksamhet mot terapeuterna och kanske också av hänsyn mot projektledaren. Vid uppföljningen vill de då kanske visa upp en positiv bild och förneka problem. I denna studie, som inte i första hand är en utvärderingsstudie, uppvägdes dock detta av den fylligare helhetsbild av materialet för avhandlingsarbetet som jag som forskare på detta sätt fick.

Sammanfattande kommentar

Störande beteende framför allt i skolan, men också hemma, hade varit anledningen till dessa pojkars behandlingskontakt. I samtliga fall hade enligt föräldrarna de förbättringar som skett hållit i sig ett år efter behandlingens avslutning. Föräldrarna uppgav att pojkarna nu fungerade socialt bättre och även tycktes vara mer tillfreds. De problem som fanns kvar beskrevs till övervägande del som sådana problem som ”vanliga ungar” har. En av pojkarna hade fortfarande svårt att kontrollera sin ilska, men föräldrarna tyckte att de hade lärt sig att förstå och hantera dessa svårigheter.

I fyra av de sju fallen framhölls förändringar i skolsituationen som den absolut viktigaste faktorn bakom den positiva utvecklingen. Några framhöll även den naturliga mognadsprocessen som en viktig förändringsfaktor. De flesta ansåg dock att psykoterapi också hade haft betydelse.

Föräldrarna hade i stort sett haft realistiska och adekvata förväntningar på behandlingen och tyckte att dessa förväntningar hade infriats. De flesta ansåg att de nu förstod sina pojkar bättre och drygt hälften tyckte att de kunde sätta gränser bättre. De kritiska synpunkter som framfördes gällde främst den inledande kontakten på BUP, som några föräldrar på olika sätt hade upplevt som onödigt ångestväckande. Vidare hade de föräldrar, vilkas pojkar inte själva varit så motiverade till behandlingen, önskat mer hjälp med detta motivationsarbete samt mer flexibla terapitider. En familj efterlyste större öppenhet för neuropsykiatriska frågeställningar och en familj hade önskat mer hjälp med skolsamarbetet. Till skillnad mot föräldrarna i Almstrup & Gregersens (2001) studie ansåg föräldrarna i denna studie att de hade fått tillräcklig information om vad som hände i barnterapi.

Fyra pojkar, som vid intervjutillfällena var 12 år gamla, ansåg att terapi varit en hjälp, men kunde inte förklara på vilket sätt eller berätta något konkret minne från terapi. De tyckte dock att de mådde och hade det bättre nu än före behandlingen.

Två pojkar intervjuades i närvaro av sina föräldrar och gav ytterst knapphändiga svar. Dessa pojkar var något yngre, 10 respektive 11 år. Varför verkade de

rädda för att svara på frågor om terapin och varför ville ytterligare en pojke i samma ålder inte alls medverka? Tänkbara förklaringar till detta kan tills vidare formuleras snarast som nya frågor:

- Hade de inte tyckt om att gå i terapi?
- Hade de aldrig förstått varför de hade gått i terapi?
- Kände de sig övergivna av terapeuten och hade separationen inte genomarbetats? Var de besvikna för att det inte var terapeuten som ville träffa dem igen?
- Skämdes de för att de hade varit besvärliga och stökiga och ville inte bli påmind om det?
- Var de rädda för att inte kunna svara på mina frågor?
- Befarade de att jag var en ny terapeut som skulle kräva att de skulle gå i terapi igen?

Även om denna uppföljning hade metodmässiga brister och delvis utmynnade i obesvarade frågor har den visat att det är möjligt att utvärdera psykoterapi direkt med barn och givit underlag för fortsatt metodutveckling för detta.

Kapitel 14. Tillämpning av SEPP-metoden

Hur och i vilken utsträckning tillämpades stödjande expressiv lekpsykoterapi (SEPP) i terapierna i projektet? Har denna tillämpning något samband med utfallet av terapierna?

Utifrån den beskrivning av metoden som givits av Kernberg & Chazan (1991) har följande kriterier för SEPP formulerats:

1. Individuell barnpsykoterapi minst en, helst två gånger i veckan (frekvens)
2. Barnterapeuten har själv en tät och regelbunden stödjande kontakt med föräldrarna (föräldrasamarbete)
3. Användning av övervägande stödjande interventionstyper i början av terapin och därefter successiv övergång till ett mer tolkande arbetssätt, där inre upplevelser fokuseras och bearbetas (stödjande expressiv terapeutisk teknik)
4. Barnterapeuten har tillsammans med föräldrarna regelbundet samarbetsmöten med berörda lärare och assistenter i skola och eventuellt även fritidshem (skolsamarbete)

De två första kriterierna uppfylldes i samtliga fall. Alla nio pojkarna gick två gånger i veckan i terapi under minst ett år. Fem pojkar fortsatte med terapi två gånger i veckan fram till det att terapin avslutades. De andra fyra minskade efter ett och ett halvt till två års behandling ner frekvensen till en gång i veckan. Skälen till detta var att familjerna hade svårt att få in två behandlingstimmar i veckan i sina tidsscheman. Pojkarna bedömdes också vid den tidpunkten ha knutit an och påbörjat en bearbetningsprocess, som kunde hålla i mindre intensiv kontakt.

Alla terapeuterna hade regelbundna samtal med föräldrarna. Ambitionen att träffa föräldrarna varje vecka gick dock inte alltid att genomföra i praktiken. Att följa sin pojke till och från terapin två gånger i veckan och dessutom komma själva på en annan tid varje vecka krävde en stor tidssatsning från föräldrarna. Under det första året lyckades ändå fyra familjer med detta, men de övriga hade samtalstider varannan vecka. Efter ett års terapi var det endast två som alltså kom varje vecka. I en familj blev det också ganska många återbud till samtalen. Samtalskontakterna med föräldrarna avslutades i två fall tidigare än barnterapierna, efter två respektive tre år. Detta berodde på ändrade arbetsförhållanden för terapeuterna och föräldrarna fortsatte sina samtal hos andra medarbetare.

I samtliga fall bedömdes det rekommenderade arbetssättet (stödjande expressiv teknik) ha använts i föräldrasamarbetet, men i barnterapien endast i sex fall. Regelbundet skolsamarbete förekom endast i fem terapier. I det följande beskrivs närmare hur bedömningen av metodens tillämpning har gjorts. Dessutom diskuteras tänkbara orsaker till de avvikelser från manualen som gjordes.

Bedömning av terapeutisk teknik

Det är svårt att bedöma tillämpning av en manual som endast beskriver principer för ett visst arbetssätt och rekommenderar en "tågordning" för interventioner, men inte detaljerat specificerar vad som bör göras timme för timme.

Som beskrivits ovan kategoriserades på grundval av processanteckningarna de interventioner som använts under de i varje kvartal för studien utvalda timmarna. I det skattningsformulär som användes (bilaga nr 1) finns fem interventionstyper som kan sägas vara huvudsakligen stödjande:

- *normalt socialt beteende*
- *yttranden som rör behandlingen*
- *begäran om faktisk information*
- *stödjande kommentarer*
- *underlättande kommentarer*

samt två som har ett i huvudsak tolkande eller medvetandegörande syfte:

- *rikta uppmärksamheten*
- *tolkningar*

Fysisk gränssättning finns också med som intervention i formuläret, men ingår inte i Kernberg & Chazan's manual och har inte använts för att bedöma den terapeutiska tekniken.

Den interventionsform som använts mest fick i skattningsformuläret värdet 3, den som använts näst mest 2 och den som använts näst näst mest 1. Alla övriga fick värdet 0. Resultatet av skattningarna sammanfattas nedan kortfattat.

Barnterapierna

Normalt socialt beteende uppgavs ha använts i mycket liten omfattning och huvudsakligen under det första året. Exempel på yttranden som kategoriserats på detta sätt:

Jag tar upp korten och säger Varsågod!

Säkert förekom mycket mer som skulle ha kunnat kategoriseras som normalt socialt beteende, men sådant beteende redovisas sällan i processanteckningar. Så kallat "utfyllnadsprat" har i videoinspelade terapisessioner i själva verket visat sig uppta större delen av tiden och terapeuter undervärderar ofta den betydelse för samarbetsalliansen som sådana verbaliseringar har (Cramer, 1999). De ses i alla fall sällan som interventioner.

Yttranden som rör behandlingen rapporterades överlag som vanligt förekommande, särskilt under inlednings- och avslutningsfaserna.

I de fall där det förekom mycket utagerande och gränstestande beteende tycks sådana kommentarer ha varit vanliga under hela behandlingstiden. Exempel på gränssättning:

Säger att han kan inte lägga allt i sin låda, även om jag förstår att han vill fylla den. Kanske tror han inte att sakerna finns kvar om de inte ligger i hans låda? Men plockepinnspelet måste stå på hyllan.

Många barn med beteendestörningar är känsliga för brott i kontinuiteten, varför alla inställda tider och uppehåll särskilt behöver kommenteras. Exempel på yttrande om detta:

Om två veckor är det lov och den veckan träffas vi inte, men sedan ses vi som vanligt igen.

Exempel på yttrande som förklarar terapins ramar och målsättning:

Jag säger att P. skall komma två gånger i veckan och hans föräldrar en gång i veckan. Det han gör och säger här kommer jag inte att berätta direkt för dem, men prata med dem om hur det är i familjen och hur det kan bli för honom i olika lägen. Det kan också bli så att han själv vill att jag skall prata med föräldrarna om något särskilt.

Begäran om faktisk information rapporterades i ännu mindre utsträckning än normalt socialt beteende. Exempel:

Hur gammal var du när mormor dog?

Det kan vara svårt att skilja denna interventionsform från *underlättande kommentarer* (se nedan), men vid kategoriseringen gick vi efter terapeutens syfte med frågan. Frågade terapeuten främst för att själv förstå sammanhanget bättre eller för att uppmuntra barnet att fortsätta berätta? De flesta frågorna hade då enligt terapeuterna haft det senare syftet och kategoriserades därför som underlättande kommentarer istället.

Stödjande kommentarer rapporterades i mycket varierande grad. I några terapier var de vanliga och förekom då huvudsakligen i början av behandlingen. I ett fall tycks denna typ av intervention huvudsakligen ha använts under första kvartalet. I andra kom de sällan med i rangordningen. Exempel på yttrande som syftat till att förklara något:

När man är riktigt liten så prövar och övar man, tar för sig och försöker göra allt man vill. Sen när man växer upp märker man att vissa saker är tillåtna och andra inte, och då utvecklas ett samvete, man förstår vad man kan göra och inte.

Exempel på yttrande med syfte att ge lugnande stöd och uppmuntran:

Det är ju viktigt att du säger vad du tycker. Det kanske inte blir som du vill men det är ändå viktigt att du säger det.

Exempel på stödjande förslag:

Jag tycker att du skall gå till skolan och se efter hur den här nya läraren är, kanske kan han hjälpa dig bättre. När vi ses nästa vecka vill jag höra vad du tror om det.

Underlättande interventioner rapporterades sammanlagt mest och fanns med i samtliga terapier. Denna typ av intervention ökade också i de flesta fall något med tiden.

Exempel på underlättande yttranden som uppmuntrat till fortsatt kommunikation (med ord eller lek):

Då han ritat landningsstället säger jag att det verkar som om det skulle kunna landa på vattenet.

Jag ställer många frågor för han kan inte berätta sammanhängande själv.

Exempel på underlättande kommentar som syftat till att ge en sammanfattande återblick:

När du var här första gången så frågade jag varför du trodde att du skulle komma. Du svarade att du skulle få hjälp med själen.

Även om underlättande interventioner kan anses vara övervägande stödjande syftar de också till att hjälpa barnet att uttrycka mer av sina inre upplevelser (*expressive*) och ta förberedande steg i en bearbetande process.

Rikta uppmärksamheten-interventioner rapporterades också som vanliga i de flesta fall. De förekom i samtliga fall, men i mycket varierande grad. I några fall ökade de något med tiden.

Som Rikta uppmärksamheten har i enlighet med Kernbergs & Chazan's (1991) definition sådana kommentarer kategoriserats, som syftar till att

- uppmärksamma barnet på nya innebörder och sammanhang;
- stärka tidsuppfattningen,
- hjälpa barnet att se handlingar och händelser påverkar varandra och att dess eget beteende har betydelse.

Exempel:

Kommer du ihåg förra gången du blev så här arg? Det blev ju bra igen sen.

Jag kommenterar att katten vill gärna leka, men vet inget annat sätt att ta kontakt på än att retas, och då blir en sån här hund förstås jättearg.

Jag konstaterar att han kunde lita på sin mamma, fast det gjorde ont så litade han på att hon skulle klara att hjälpa honom.

Denna typ av intervention liknar den som i psykoanalytisk teknik kallas klarifikation. Den fungerar ofta som förberedelse till tolkning och kan också vara svår att skilja från tolkning.

Tolkningar var ovanliga i de flesta terapierna. I tre terapier skattades efter en längre tids behandling ett fåtal tolkningar och i tre inga tolkningar. I tre terapier skattades däremot flera tolkningar, även i början av terapiprocessen. Enligt Kernberg & Chazan (1991) kan tolkningar gälla:

- relationen och samspelet mellan terapeut och barn
- psykologiska försvarsmekanismer
- känslokonflikter
- hur tidigare upplevelser kan påverka barnets sätt att uppleva aktuella situationer

Exempel på vad som kategoriserats som tolkning av den terapeutiska relationen:

Du tycker inte om att jag säger saker om dig. Det känns som att jag tar dina tankar från dig?

Du verkar förvånad över att jag tror att du kan saker.

Exempel på tolkning av försvar:

Jag undrar vad som hände som gjorde att han inte fortsatte leken? Det kändes som om han ville göra något men som om något hindrade honom.

Exempel på tolkning av känslokonflikter:

Jag säger att han kanske oroar sig för att han har något farligt i sig som kan skada andra?

Tolkningar av hur tidigare upplevelser kan påverka barnets reaktioner i nuet förekom endast i ett fåtal fall. Dessa tolkningar gavs sparsamt och endast efter en längre tids kontakt. De tycks då i regel ha tagits emot positivt. Ett exempel:

Jag säger att jag har funderat över den tiden när P. var väldigt liten. Hans föräldrar skulle skiljas, hans mamma var trött och ledsen och orkade kanske inte med honom riktigt. Han fick vara mycket för sig själv då och jag tror att han kan ha känt sig väldigt ensam. Nu när han sitter där ensam bakom gardinen hos mig kanske han känner något liknande. Han är kanske inte riktigt säker på att jag är intresserad och vill vara med honom. Försöker han tala om för mig att han inte behöver mig?

Sammanfattningsvis tyder skattningarna i barnterapierna på att sex av de nio terapeuterna följde den rekommenderade tågorordningen av interventioner. De interventionstyper som enligt skattningarna använts mest i barnterapierna var:

1. underlättande
2. rikta uppmärksamheten
3. yttranden om behandlingen

I tre av de sex terapier som följde tågorordningen övergick inte terapeuterna i ett senare skede till en mer tolkande metodik. Detta hängde troligen samman med att de pojkar det gällde inte ens efter en längre tids kontakt var så mottagliga för tolkande interventioner. Kernberg & Chazan (1991) påpekar också att den tolkande komponenten i behandlingen med vissa barn blir obetydlig. Dessa terapier bedömdes därför ändå ha uppfyllt teknikriteriet.

Föräldrasamtalen

Bedömningen av tillämpning av terapiteknik gällde interventionerna i barnterapierna. Enligt Kernberg & Chazan (1991) är det inte lika nödvändigt att följa den stödjande-expressiva modellen i föräldrasamtalen, eftersom dessa enligt författarna bör vara övervägande stödjande till sin karaktär. Jag ville ändå se hur skattningarna av interventioner i föräldrasamtalen föll ut och dessa presenteras därför också här:

Normalt socialt beteende uppgavs ha använts i mycket liten omfattning och endast i början av terapin.

Yttranden som rör behandlingen gällde vanligen barnets behandling och tycks ha varit vanliga i samtliga fall, särskilt i början och slutet av kontakten. Med tanke på att samarbete kring barnets terapi är en viktig funktion för föräldrasamtalen är detta ett förväntat resultat. I samband med uppehåll och avslutningar ökade inslaget av denna typ av interventioner. Exempel:

Jag säger att jag vill resonera om nästa års terapi. Frågar hur de uppfattat att det varit för P. att gå här två gånger i veckan.

Begäran om faktisk information rapporterades i ytterst liten omfattning. Exempel:

Jag frågar vad de ska göra på sportlovet.

Det är lite förvånande att så få sådana interventioner skattats. Ett viktigt syfte med föräldrakontakten var ju för terapeuten att få kunskap om omständigheter och förhållanden som kunde påverka pojken känslomässiga tillstånd samt att få veta hur pojken under behandlingstiden reagerade i olika sammanhang utanför terapirummet. Många klagande frågor ställdes i och för sig, men då syftet oftast var att underlätta för föräldrarna att berätta vidare, har dessa frågor i regel istället kategoriserats som underlättande kommentarer.

Stödjande kommentarer tycks ha varit vanliga, men variationen är stor. I två fall rapporterades tvärtom mycket få stödjande kommentarer. Exempel på yttrande som kategoriserats som stödjande:

Jag delar mammans glädje och säger att det är säkert viktigt att för P. att hon varit med i skolan den första veckan.

Underlättande kommentarer rapporterades ganska mycket i samtliga föräldrakontakter och i de flesta fall i något ökad omfattning mot slutet av terapierna. Exempel:

Jag undrar på vilket sätt hon tror att han hade velat ha hennes hjälp.

Rikta uppmärksamheten var den i föräldrasamtalen mest rapporterade interventionstypen. Man kan dock inte se någon tendens till att användningen av den ökade med tiden. I några fall tycks den istället ha minskat över tid. Denna interventionstyp användes huvudsakligen för att rikta föräldrarnas uppmärksamhet på

pojken tankar och känslor, men ibland användes den även i syfte att hjälpa föräldrarna att se mönster och samband i sitt eget fungerande. Exempel:

Jag lyfter fram att det kan vara svårt för henne, som har ett annat sätt än släktingarna att förhålla sig och har sökt hjälp på PBU, medan de andra tydligen anser att man skall slå barnen om de inte lyder. Jag undrar hur det kommer sig att hon har valt att gå en annan väg?

Tolkningar rapporterades endast i fyra fall och då efter minst ett års kontakt. Som tolkningar kategoriserades här endast tolkningar av för- eller omedvetna känslor hos föräldrarna själva. När terapeuten istället i något avseende tolkade barnet för föräldrarna har interventionen kategoriserats som *rikta uppmärksamheten* eller om syftet var mer pedagogiskt som *stödjande kommentar*. Exempel på tolkning:

Jag säger att utifrån vad de berättar så verkade det inte vara det att P. bestämde med kompiserna så mycket, utan mer att ingen av dem hade lust att hämta honom och köra honom hit.

Sammanfattningsvis tycks alltså överensstämmelsen i metodik mellan barn- och föräldrasamtal i de enskilda fallen ha varit tämligen god. De terapeuter som arbetade huvudsakligen stödjande i barnterapi gjorde detta också i föräldrasamtalen. De som efterhand också använde mer expressiv teknik gjorde detsamma i föräldrasamtalen. Överensstämmelsen gäller dock inte tolkningar - de terapeuter som använde förhållandevis mycket tolkningar i barnterapi gjorde inte detsamma i föräldrasamtalen. I föräldrasamtalen kan således samtliga terapeuter anses ha följt SEPP-manualen.

Liksom i barnterapierna varierar skattningarna av interventionstyper från fall till fall, men i de flesta fallen har i föräldrasamtalen följande interventioner använts mest:

1. rikta uppmärksamheten
2. underlättande
3. stödjande

Kliniska vinjetter med fokus på terapeutisk teknik

För att illustrera skillnader i terapeutisk teknik har vinjetter sammanställts från det insamlade materialet. De kursiverade avsnitten har hämtats direkt ur processanteckningarna. Alla terapeuter omnämns som "hon" trots att tre var män och pojkarnas namn är fingerade. De tre första vinjetterna är från terapier, där SEPP-tekniken bedömdes ha praktiserats, de tre sista från terapier där SEPP bedömdes inte ha praktiserats.

Terapier där SEPP-tekniken användes

Bill

hade svårt att anpassa sig i skolan, var motoriskt orolig och blev arg för minsta motgång. På rasterna råkade han ofta i slagsmål och han hade inga kamrater. Även hemma blev han ofta arg och var dessutom oresonligt rädd för många olika saker.

Enligt psykologutredningen var Bill välbegåvad och ställde höga krav på sig själv. Vidare var han mycket självkritisk, kände sig ofta värdelös och misslyckad. Hans inre föreställningsvärld präglades av stark aggressivitet, som han hade svårt att härbärgera och kontrollera. I pressade lägen blev gränsen mellan fantasi och verklighet skör och han flydde in i en fantasivärld. Han hade ofta svårt att fatta beslut och veta vad som förväntades av honom. Då kunde han känna sig översköld av krav och detta kunde resultera i utbrott. Det verkade viktigt för honom att känna att han hade kontroll över en situation, visste vad som skulle hända och hade god tid att förbereda sig. Han var känslig för förändringar och behövde mycket struktur och kontinuitet.

Föräldrarna hoppades att Bill genom terapin skulle bli "mindre misstänksam, missnöjd och negativistisk". De ville också själva få vägledning i hur de ska kunna hjälpa honom på ett bättre sätt.

Terapeuten hade innan terapin började haft utredande och stödjande kontakter med familjen i ett par omgångar alltsedan Bill var fyra år och hon hade för honom blivit "tanten som kan om stygga barn". Redan första timmen i individuell terapi sade han att han kom för att "få hjälp med själen". Terapeuten behövde därför egentligen inte lägga ner så mycket kraft på att bygga upp en kontakt. Hon var stödjande i sin hållning, men använde i början mest underlättande interventioner samt vissa rikta-uppmärksamheten-interventioner. Det hon fokuserade var hans aggressiva impulser - "Det låter som om du vill skrämmas" - och han bekräftade dem: "Jag älskar att skrämmas". Hon fokuserade också tidigt hans aggressiva känslor i överföringsrelationen:

När jag börjar förlora i ett spel fnissar Bill skadeglatt. Han gör kommentarer som: "Du dödade min största, du är riktigt stygg, din dumma...". Vid ett sådant tillfälle säger jag: "Det kanske är så att du tycker att det är rätt åt mig när jag missar?" Han nickar och sjunger: "Missmiss" med retröst.

Terapeuten riktade här på ett icke-dömande sätt uppmärksamheten på Bills aggressiva impulser i samspelet och han bekräftade dem. Lekfull aggressivitet blev ett återkommande mönster under hela deras kontakt. Inom ramen för det vågade han ge uttryck för sina känslor av otillräcklighet, bitterhet, ilska och sin lust att retas. Efterhand bemötte terapeuten honom med en alltmer tolkande hållning. Viktigt var att hon inte retades tillbaka. Lekfull retsamhet som uttrycktes med ibland väl drastiska formuleringar visade sig nämligen vara ett inte helt oproblematiskt relationsmönster i familjen. Terapeuten fokuserade detta i föräldra-

samtalen och hjälpte föräldrarna att förstå hur det kunde påverka Bill. Hon uppmuntrade dem till att istället ge mer direkta uttryck för ilska och besvikelse och även låta Bill uttrycka sådana känslor i relationen till dem. Föräldrarna uppskattade sina samtal och använde dem även för att tala om relationerna i familjen i övrigt och egna livsproblem.

Under terapins gång tycktes Bill få kontakt med destruktiva impulser, som han delvis vände mot sig själv. Men han backade när terapeuten uppmuntrade honom att utforska detta närmare. En bit in på tredje terminen ville Bill, som i början tyckte det var roligt att gå i terapi, inte längre gå så ofta utan tyckte att en gång i veckan kunde räcka. Man kom överens om att till nästa termin minska ner frekvensen till en gång i veckan. Bill var ändå inte riktigt nöjd och klagade över att föräldrarna och terapeuten tvingade honom till terapin. Men han hade också stunder när han var öppet hjälpsökande på ett nytt sätt. Han ville bli "normal". Det oroade honom att han ibland blev "jättearg utan anledning". När terapeuten försökte följa upp temat drog han sig tillbaka på ett retsamt sätt. "Jag blir irriterad på dina dumma frågor", lade sig ner och låtsades sova.

Nästa gång Bill kom var han fortfarande arg. Han tyckte att han själv skulle få bestämma hur ofta han skulle gå i terapi. "Jag är *min* trots allt!" Han lade sig ner i soffan och gestaltade på ett lekfullt sätt sin rädsla för att bli uppäten. Under denna lek upplevde terapeuten att han "fick en väldigt liten ilsken röst". När terapeuten talade om att det bara var fem minuter kvar, sade han: "Då får vi hugga ut det, så tar vi vara på resten av tiden." Terapeuten förstod inte vad han menade och frågade. "Hugga ut stålet ur tiden" blev det enda svaret.

Efter denna gång följde en timme där Bill återigen verkade mer hjälpsökande och bekymrat sade att han nog ändå måste fortsätta att gå två gånger i veckan i terapi. Ibland blev han så arg att det kändes "som om huvudet skulle sprängas" och detta skrämde honom mycket. Han backade dock senare och ville alltså som överenskommet trappa ner till en gång i veckan nästa termin. Det gjorde man också och efter den terminen avslutades terapin.

Redan efter ett halvårs terapi hade Bill uppnått bättre kontroll och balans i sitt liv, särskilt i skolan. Han utvecklade en förmåga att reflektera över sitt eget sätt att förhålla sig i olika situationer och började själv hitta strategier för att lösa olika problem när de uppstod. Den positiva utvecklingen fortsatte och när han slutade var varken föräldrar eller lärare längre bekymrade för honom. Han var omtyckt av kamraterna och det gick bra i skolan. Han fick ytterst sällan några utbrott och hans rädslor klingade av. Föräldrarna beskrev honom nu som en hjälpsam och omtänksam pojke. Att i det läget försöka gå djupare med bearbetningen av hans känslomässiga problematik skulle ha varit vanskligt, med tanke på att Bill befann sig i en utvecklingsfas (latensåldern) där den kognitiva och sociala utvecklingen är oerhört viktig.

Terapeuten visade här i samförstånd med föräldrarna respekt för Bills önskan att avsluta terapin och istället gå vidare i sin mer utåtriktade utvecklingsprocess.

Kommentar

Terapeuten arbetade från början mest stödjande och underlättande, men riktade ändå tidigt uppmärksamheten på aggressiva känslor i överföringen. Känslor av skuld och skam bearbetades och Bill fungerade snart bättre i sina relationer med andra än tidigare. Han behövde inte längre vara så rädd för sin ilska och han behövde inte försöka vara krampaktigt "snäll". Han gav också i symbolisk form uttryck för och bearbetade underliggande känslor av övergivenhet och separationsångest. Endast ett fåtal tolkningar användes och dessa gällde framför allt den terapeutiska relationen.

Föräldraarbetet hade troligen också stor betydelse för det positiva resultatet och enligt terapeuten var det i detta fall viktigt att föräldrar och barn hade samma terapeut. Föräldrarna fick hjälp att förstå Bill bättre. Detta förändrade deras bild av honom, vilket i sin tur förändrade deras bemötande av honom och underlättade för honom att utveckla en mer positiv självbild.

Harry

var ordentligt på kant med sin mamma och sin lärare när han kom till terapin. Men i terapin var han inledningsvis mycket försiktig och verkade angelägen att behålla en positiv och vänlig relation med terapeuten. Han var försiktig och "sökte bekräftelse för varje litet steg". Terapeuten kände att hon behövde vara "mer aktiv än jag brukar, annars försvinner han i sitt pulande". Hon använde därför en hel del underlättande interventioner, kommenterade vad han gjorde men var noga med att inte göra det på ett påträngande eller krävande sätt. Harry började efterhand gömma sig för henne i väntrummet och verkade njuta av att känna sig väntad och välkommen. Efter det första längre uppehållet upplevde terapeuten en klar förändring i samspelet. "Nu har han tagit med mig in i sina lekar och räknar med mig som en person som han vill och kan vara i dialog med." När Harry började ge uttryck för aggressiva impulser var det i symboliserad form:

Han tillägger att man ju faktiskt också kan använda pistoler och försvara sig: "i självförsvar." Jag undrar då om han någonsin känt och tänkt att han skulle ha behövt ha något i självförsvar? Han sitter länge tyst och tittar på mig allvarligt och säger: "Nej jag tror inte det, inte vad jag kan komma ihåg just nu." Jag säger något lite allmänt om att jag vet att man kan känna det så, man kan känna sig hjälplös ibland i olika situationer, om man blir attackerad eller så, och man kan då tänka att det skulle ha varit bra att ha något att försvara sig med. Man kan till och med ibland känna att man skulle ha velat ha en pistol. Han tittar på mig och säger: "Ja kanske det." Tiden är nästan slut och jag påpekar det samtidigt som jag säger att det är OK att fantisera och tänka en massa saker och att han får göra det hur mycket som helst hos mig och att det faktiskt är skillnad mellan att tänka och fantisera och att göra saker. Han frågar precis då han skall gå: "Jag kan väl få fortsätta att rita vapen och vikingar nästa gång?"

Kommentar

Också i denna terapi användes få tolkningar och endast i slutskedet. De flesta interventionerna var av typen underlättande eller rikta-uppmärksamheten-kommentarer.

Den aggressivitet som kom till uttryck i den terapeutiska relationen var i detta fall mycket begränsad. Terapeuten upplevde att det för Harry var en viktig korrigerande erfarenhet att en vuxen kunde lyssna på och vilja förstå honom. Under det sista halvåret av terapin uttryckte han starka känslor av skuld och sorg inför att avsluta relationen med terapeuten. Dessa känslor kunde förstås och tolkas utifrån en tidigare traumatisk separation, vilket blev ett viktigt inslag i avslutningsarbetet.

Även detta föräldrarbete fokuserades på att hjälpa mamman att förstå Harry bättre. Denna kunde här använda sig av terapeuten som modell och internalisera en del av terapeutens reflekterande hållning. Hon var i början mycket kritisk och ganska hård mot Harry, eftersom hon kunde känna igen sig själv i hans problembeteende och detta oroade henne mycket. Nu kunde hon successivt identifiera sig mer med honom och lättare förstå varför han ibland reagerade som han gjorde. Hon blev också mindre benägen att i konfliktsituationer automatiskt ta andras parti emot honom, vilket var desto viktigare som hans första lärare verkade ha utsett honom till syndabock.

Georg

var en ledsen och ensam pojke, som ständigt hamnade i konflikter i skolan och på fritidshemmet. Han var lättkränt och hade kort stubin, slogs, men blev också retad och trakasserad. De andra ville inte leka med honom, eftersom det så lätt blev bråk när han var med. Han hade istället tagit på sig en slags pajasroll i kamratgruppen. Han hade svårt att sitta stilla i klassrummet, blev lätt trött och halvlåg i bänken, presterade under sin förmåga och hade svårt att koncentrera sig. Placering i mindre klass hade varit på tal, men föräldrarna ville att han skulle gå i skola i deras bostadsområde och där fanns inga sådana klasser. Med stöd av en assistent i klassen har detta också fungerat successivt allt bättre, även om situationen periodvis alltjämt var svår.

Till att börja med var föräldrarna besvikna på skolan och tyckte inte att man där tog Georgs svårigheter på allvar. Under den psykologutredning som gjordes på BUP fick de förtroende för den terapeut, som sedan erbjöd sig att fortsätta med individualterapi. Under det första året träffades föräldrarna, läraren, assistenten och terapeuten en gång i månaden. Terapeuten upplevde att dessa möten var viktiga för att skapa ett bättre samarbetsklimat kring behandlingen.

Georg tycktes uppskatta möjligheten att i terapin få ge uttryck för aggressiva fantasier. Innehållet i hans sandlådelek var skoningslöst och grymt, och han hejade alltid på de onda. Leken blev dock snart ganska stereotyp och slutade alltid med död och förstörelse, ”ett enda stort splatter”. Det verkade som om Georg dels använde sig av aggressivitet som försvar, dels hade svårt att söka kontakt på

annat sätt. Terapeuten arbetade till att börja med huvudsakligen stödjande och underlättande. Georg ville att hon skulle leka med i sandlådan och då försökte hon inom lekens ram visa på alternativa, konstruktiva sätt att mötas och kommunicera. Georg reagerade på terapeutens interventioner med att visa omsorg om dennas lekfigurer. Ett exempel från terapeutens anteckningar:

Återigen iscensätter G. ett möte mellan sina och mina gubbar i sandlådan. Han vill att min gubbe skall attackera hans läger.

T: "Jag får väl försöka undvika minorna, och går man till attack riskerar man ju att bli skjuten. Varför vill inte dina komma till mig? Varför vill du att jag ska komma till dig?"

G: "Ja mina är lite fega."

T: "Jaha, de är lite rädda för att min gubbe är större? Då tror jag att min gubbe är väldigt intresserad av modeller, och han har hört att det byggts en modell där borta i det andra läget."

(Jag leker att jag är gubben och börjar gå över till hans läger.) "Knack knack."

G: "Du ska nog ha lite soldater med, annars kan du bli skjuten."

T: "Ja, jag tar väl någon med mig."

G: "Jag tycker du ska ta två."

Jag gör det och knackar på. Porten öppnas och jag får komma in.

T: "Hej! Jag har hört att du byggt en modell och jag är intresserad av modeller."

Då kommer två soldater fram och kör upp gevären i näsan på min gubbe.

T: "Oj vilka fina gevär. Men det var inte gevären jag var intresserad av. Jag skulle vilja titta på modellen."

(In där! säger soldaterna och så går vi in. Därinne sitter G:s figur och där finns modellen.)

T: "Hej" (säger jag och går försiktigt fram) "Jag skulle vilja titta på modellen. Har du byggt den själv?"

"Ja" säger då G:s figur och berättar om modellen, som han byggt när han var liten, att den är ganska mekanisk och att man kan titta in i och se lite olika saker i den.

Jag tittar nyfiket på den och beundrar den en stund och sen går jag tillbaka hem.

När Georg blivit tryggare i kontakten började terapeuten även använda riktuppmärksamheten-interventioner och metaforiska tolkningar. Georgs lek hade utvecklats och blivit mer varierad, men han fortsatte att själv ikläda sig rollen av farligt monster eller robot. Han föreföll dock vara på väg mot ett mer nyanserat förhållningssätt till problemet "gott-ont". Ett exempel från en senare terapi-timme:

G. har försett flera av sina gubbar med lasersvärd och allteftersom striden fortgår låter han mina gubbar erövra en del av dessa svärd. Det är också tydligt att hans sida representerar det onda och mina representerar det goda, att han å ena sidan njuter lite av att krascha både mina och sina gubbar, men att han samtidigt är mån om att hålla några av mina levande och att det är de som ska vinna. Kvar från förra gången är att min ledare är kidnappad och att en del av de uppdrag som min armé har är att befria honom utan att han samtidigt stryker med. G. ger små tips om hur det ska gå till och det räcker, säger han "om du skjuter min gubbe i armen så kan du få loss ett lasersvärd och direkt hugga till." Sen blir det så att jag låter ett av mina stridsskepp skjuta den här gubben i armen så att jag kan ta mig loss och hugga ner den andra och fly. Sen arrangerar han ett antal mer duelliknande kamper där hans gubbar är ganska svåra att rå på, de har större lasersvärd och de är farligare och rätt många av mina

gubbar stryker med. Det blir alltfler mosade och dödade gubbar på båda sidor, men till slut är det ändå så att det är flest levande kvar på min sida och även några på hans.

Det här temat fortsatte att utvecklas så att en av de figurer som Georg verkade identifiera sig med fick gå med i terapeutens ”goda” lag och stå bakom ledargestalten. Efterhand gick ytterligare andra ”alien-gubbar” över till det ”goda” laget, som nu också tilläts att vinna striderna.

Kommentar

Med barn som kan leka kreativt - vilket inte alla barn med beteendestörningar kan – tycks aggressionsproblematiken ofta med fördel kunna bearbetas indirekt, i symbolisk gestaltning, och inom ramen för ett intersubjektivt samspel. Detta kräver både lyhördhet och uppfinningsrikedom hos terapeuten, som aktivt måste ta del i leken.

Genom att leka med terapeuten tycks Georg ha hittat nya, mer konstruktiva sätt att hantera sin djupa ångest. Han började troligen också med hjälp av sin identifiering med terapeuten bygga upp en mer integrerad och positiv självbild. Tolkningar var inte så viktiga för detta arbete, däremot var terapeuten oundgänglig i egenskap av uppmärksam och reflekterande vuxen medlekare.

När SEPP-tekniken inte användes

Det skulle kunna vara så att de tre terapeuter som inte tillämpade SEPP hade goda skäl till att inte göra det. Metoden kanske helt enkelt inte passade de pojkar som de arbetade med. För en av pojkarna är det också möjligt att den klassiskt psykodynamiska metodik som tillämpades passade bättre. Men för de andra två tyder utvecklingen i terapierna på att det kunde ha varit bättre om SEPP-metodiken hade tillämpats. Nedan beskrivs i vinjettform dessa terapier.

Claes

Psykologen som utredde Claes uppfattade denne som en ”vilsen” och delvis förvirrad liten pojke. Det var lätt att tycka om och bli berörd av honom, men svårt att komma honom nära. Han flaxade runt och pillade på allt, pratade mycket, men så otydligt att det var svårt att förstå vad han sade.

När Claes började i terapi, visade han snabbt en väldig glupskhet. Allt han hittade i rummet skulle helst läggas i hans låda och att timmarna tog slut tyckte han mycket illa om. Samtidigt höll han terapeuten på avstånd och markerade ett behov av att själv ha kontrollen, inte bli beroende av henne. Ett sådant beroende verkade skrämmande för honom, samtidigt som han också helt uppenbart längtade efter mer närhet. Han verkade uppleva terapeutens försök att sätta ord på vad han kunde tänkas känna som hotfulla angrepp, och värjde sig till en början med verbal aggressivitet.

Claes var fantasibegåvad och lekte på ett symboliskt förtätrat sätt, som gjorde att han inledningsvis framstod som något av en idealisk terapipatient, som skulle kunna tillgodogöra sig tolkningar. Samtidigt väckte han hos terapeuten på en gång stark medkänsla och rädsla för den latent a ilska hon intuitivt kände hos honom. Detta gjorde att hon fick svårt att hålla på vissa gränser. Hon lät honom lägga lekmaterial i sin privata låda, använda kopieringsmaskinen på expeditionen, ta med serietidningar in från väntrummet och sanden han fyllt handdockorna med fick stanna kvar i dem.

Till en början verkade en viss bearbetning komma i gång, men i samband med händelser i familjen ökade efter ett års terapi Claes' ångest och därmed troligen även hans rädsla för nära kontakt. Han började testa gränser mer aktivt och när han inte fick som han ville började han vägra att komma in i terapirummet. Han visade här prov på en ovanlig envishet och uthållighet då han flera gånger satt till synes helt lugnt i väntrummet och läste tidningar på sina timmar, medan terapeuten utan framgång försökte att med tolkningar minska hans motstånd. Ibland lät han sig övertalas att han komma med in i rummet, och det var också vid ett sådant tillfälle som hans lugna yta slutligen brast och han fick ett förtryvlat utbrott. Han rev ner och kastade saker och terapeuten måste hålla fast honom. Efter det att Claes haft några sådana utbrott, tänkte terapeuten att han kanske upplevde den psykiska närhet, som hon försökte åstadkomma i relationen, som ett hot mot sin bräckliga identitet. Hon ändrade sin teknik till att bli mer underlättande, visserligen använde hon fortfarande tolkningar, men nu endast på "här-och-nu-plan". Hon kunde exempelvis säga att hon förstått att han tyckte att hon jagade honom med frågor och tankar och att detta kanske känts som om hon försökt tränga in i honom. Sådana kommentarer verkade han kunna ta emot och bekräfta.

Krisen övervanns och Claes hittade ett nytt sätt att vara i terapirummet och samtidigt skydda sig mot alltför stor närhet. Han gömde sig bakom en gardin i fönstersmygen och tillbringade större delen av sina timmar där med serietidningar. Terapeuten kände sig alltjämt avvisad och hjälplös, också irriterad, när han började ge störande ljud ifrån sig genom att ringa på stig-in-signalen eller studs a hårt med en kula. Det var uppenbart att han ville ha hela hennes uppmärksamhet, hon skulle inte få glömma att han fanns där. Efterhand började hon uppfatta hans agerande som ett symboliskt återvändande till livmodern. Hon tänkte "att han håller på att skaffa sig en hud som håller ihop". Hon började tolka detta försiktigt och han accepterade det. När han exempelvis sträckte ut fötterna kunde hon säga att "barnet börjar bli stort och behöver mer plats". Han började ge "nöjda ljud" ifrån sig, kluckade ibland som en "nyammas baby." Han tog alltmer kontakt med terapeuten bad henne hämta olika saker och började även rita och på andra sätt uttrycka sig kreativt. Han kunde även acceptera vad terapeuten sade om att det kan vara svårt för en del barn att födas, "de måste kämpa sig ut". Sakta men säkert började han i sina lekar och teckningar gestalta sin rädsla för destruktiva känslor och impulser, men också försöka "föra sam-

man och hålla ihop sig själv och världen omkring”. Även om Claes av och till fortsatte att dra sig undan bakom gardinen, blev det en bearbetande process, under vilken han småningom även kunde ta emot tolkningar av hur tidiga erfarenheter av övergivenhet och psykisk smärta tycktes ha påverkat hans sätt att förhålla sig till andra. Efter en period med ett mer stödjande och underlättande förhållningssätt kunde terapeuten alltså åter arbeta på ett mer tolkande sätt, även om det enligt hennes bedömning aldrig blev någon riktig genomarbetning av den till större delen negativa överföring som han tycktes ha utvecklat.

Emil

Emils täta vredesutbrott beskrevs av de oroliga föräldrarna som ”anfall”. Han kunde bli så förtvivlad vid motgångar eller besvikelser, att han hetsade upp sig till att kräkas. Flera gånger hade han hotat att ta livet av sig eller döda föräldrarna. Han hade även försökt att strypa sig själv. Han hade svårt att leka med andra barn och blev ofta retad. Han hade svårt att koncentrera sig i skolan och uppträdde ofta störande där.

I terapin uppträdde Emil till att börja med lugnt och tycktes uppskatta att få vara ensam med en vuxen. Han sysslade mest med att bygga komplicerade fort i sandlådan. Terapeuten tolkade detta som att han behövde skydda sig mot intrång, men i övrigt använde hon huvudsakligen stödjande interventioner. Emils problem i skolan blev snabbt akuta. Skolan ordnade ett möte på en tid som terapeuten inte kunde komma på. Familjen rekommenderades att konsultera en neuropsykiatrisk specialist, som ordinerade medicinering. Föräldrarna befarade att Emil skulle vägra ta medicinen, om terapeuten tog upp denna fråga med honom och därför gjorde hon inte det. Det är omöjligt att veta vad Emil kan ha tänkt om det här, men kanske bidrog det till att undergräva den tillit till terapeuten som han hade börjat utveckla. I alla fall fick han snart ett kraftigt vredesutbrott, utlöst av terapeutens försök att tolka de inre konflikter som tycktes gestaltas i leken.

När Emil sedan under visst motstånd kom tillbaka till terapin tycks både han och terapeuten ha varit angelägna om att undvika nya utbrott och återknyta till det tidigare lugna samspelet. Emil var en aktiv och kreativ pojke, som kunde sysselsätta sig med att bygga, måla, klippa och klistra ihop saker. Terapeuten hjälpte till på olika sätt och timmarna blev åter ”trevliga”. Detta hjälpte kanske Emil att reparera brister i den tidiga samspelsutvecklingen, men terapeuten undrade efteråt om inte hon och Emil alltför ivrigt hjälptes åt att undvika den latent aggressionskonflikten. Emil blev under denna period allt barnsligare i terapin och började även leka kurragömma. Terapeuten reagerade i sin tur som en beskyddande småbarnsförälder, knöt hans skor och lät honom ta hem sådant han gjort i terapin. Hon undvek att provocera hans aggressivitet genom att bland annat inte hålla så noga på tiden för avslutning av timmarna när han ville leka färdigt.

Men efter en tid började terapeuten att återigen försöka tolka leken och då reagerade Emil återigen med våldsam ilska, denna gång så kraftigt att terapeuten

blev tvungen att hålla fast honom. Därefter ville Emil inte fortsätta terapin och sade till sina föräldrar att terapeuten "tjuvar mina tankar". Han kunde endast övertalas till att komma tillbaka på villkor att någon av föräldrarna var med i rummet.

Terapeuten tvingades ändra sin teknik för att få Emil att fortsätta terapin. Hon avstod från tolkningar och lovade att inte tala om vad hon trodde att Emil tänkte och kände, så länge han inte ville veta det. Istället började hon ibland tala om hur hon själv skulle känna det i olika situationer, vilket Emil intresserat lyssnade på. Men det var en svår balansgång eftersom Emil föraktade svaghet och det därför gällde att inte avslöja alltför mycket egen sårbarhet. Huvudsakligen gick terapeuten under denna period in för "att återupprätta en god härbärgerande relation där vi arbetar praktiskt ihop" och använde till skillnad mot i början av terapin mest stödjande och underlättande interventioner.

Behandlingen fortsatte ytterligare ett år, men det sista halvåret endast en gång i veckan. Då kunde terapeuten åter använda vissa tolkningar, framför allt av Emils sätt att fiffla med reglerna i spel för att skydda sig mot den skrämmande upplevelse som det tycktes vara för honom att förlora mot någon. Terapeuten upplevde dock minskningen av frekvensen som klart negativ. Kontakten laddades ur och det blev inte mycket av bearbetning. Terapin avslutades på föräldrarnas och Emils önskan, trots att problemen långtifrån hade övervunnits, särskilt inte i skolan. Enligt föräldrarna hade terapin dock varit ett viktigt stöd och framför allt hade deras samtal med terapeuten hjälpt dem att samarbeta bättre som föräldrar och inte hamna i skilsmässokris.

Jakob

När Jakob började skolan hade han svårt att koncentrera sig och var rädd för att pröva sådant som han inte redan kunde. Inom kort hade han utmärkt sig som en av de bråkigaste pojkarna i klassen. Han hatade skolan och försökte rymma från den. När kamraterna retade honom, tappade han kontrollen och höll vid ett tillfälle på att skada en kamrat allvarligt. Samtidigt var han mycket ledsen, kände sig misslyckad och sade hemma att han inte ville leva längre.

När terapin började hade Jakob anpassat sig lite bättre i skolan, men var alltså jämt labil och hade svårt både med undervisningen och med kamratkontakterna. Problematiken hade i en psykologutredning bedömts som övervägande neurotisk, men komplicerad av perceptions- och koncentrationssvårigheter. Föräldrarna var angelägna om hjälp, men hade ont om tid. Bland annat därför, men också på grund av att de mest akuta svårigheterna i skolan redan hade övervunnits när terapin inleddes, blev det endast ett fåtal samarbetskonferenser med föräldrarna och skolan.

Jakob, som genomgående tycktes ha svårt för nya situationer och relationer, visade från början en avvaktande och försiktigt retsam hållning. Terapeuten riktade tidigt uppmärksamheten på och tolkade detta beteende i samspelet. Småningom började Jakob i lek gestalta fantasier där terapeuten lade märke till en

återkommande rädsla för att tävla och bli skadad. Terapeuten inriktade sig då på att tolka oedipala teman och kastrationsångest, men fick inte så mycket gensvar från Jakob på detta. Denne tycktes ha ett relativt starkt psykiskt försvar och verkade inte beröras av tolkningarna, men däremot tycktes han uppskatta terapeutens engagerade ansträngningar att förstå honom. När terapeuten senare återgick till att tolka aggressionskonflikten inom ramen för den terapeutiska relationen började det dock hända saker. Jakob blev tydligare och aktivare.

Ett exempel från terapianteckningarna:

Verkar först lite tuffare i sitt sätt att spela boll än tidigare, men när jag påpekar detta, regredierar han till en gammal bollkullsvariant, som han verkar tycka är jätterolig, men som jag finner helt meningslös. Det hela går ut på att han gömmer sig och jag skall försöka kulla honom. Jag tolkar att han gör sig själv väldigt svag, som om jag kunde komma åt honom, som om skumgummibollen blir farlig. Det är som att jag blir stark och farlig, och han svag och hjälplös, utsatt. Jag går på lite ytterligare, det kanske är så han brukar göra, att han ser till att så fort han träffar någon så gör han den till någon stark, starkare än den är, och sig själv till svagare än han är, och att han själv aldrig kan vara arg, eller ha styrka och ilska. Han säger då "näe!" på sitt karaktäristiska sätt, men jag känner att jag hittat en meningsfull förståelse...

Slutet på denna timme visar att Jakob tycktes ha fattat galoppen och var beredd att gå vidare i att tillsammans med terapeuten utforska sin aggressionskonflikt:

Då två minuter återstår sammanfattar jag att vi idag sysslat med något viktigt, och kommit på att han verkar vilja göra mig stark och sig själv svag. Då säger han: "Då kanske vi skall syssla med något riktigt viktigt", och försiktigt öppnar han dörren till garderoben. Han säger förvånat "Va! Två?" och syftar på pistolerna, han mindes bara en. Ger mig en av dem, och säger: "Du är Lucky Luke!" - "Och då är du bröderna Dalton?" svarar jag.

Men processen var ömtålig och nya tolkningar tycks ha fått Jakob att återfalla i sitt gamla mönster: att spela pajas och visa passiv aggressivitet. Terapeuten uppfattade det ändå som att Jakob i någon mån tog till sig särskilt de tolkningar som gällde konflikter kring manlig identifikation. Efterhand började hon också förstå att Jakob kanske inte bara var rädd för att bejaka sin aggressiva kraft, tävla och växa upp, utan också för att bli styrd och dominerad i en nära relation. Detta tolkades inte verbalt, men istället blev samspelet i terapin mer avspänt och lekfullt. Jakob började kunna säga emot och kritisera terapeuten öppet. Och han började kunna ta för sig mer. "När han spelar numera är det för att vinna." Han blev samtidigt mer meddelssam och reflekterande. I skolan kunde han nu hantera sin aggressivitet bättre och fick inte längre plötsliga oförklarliga utbrott. Även om han alltså tycktes ha vissa svårigheter med att koncentrera sig och prestera i nivå med sin begåvning, uppfattades han inte längre som en bråkig pojke. Hans självförtroende hade enligt föräldrarna blivit mycket bättre.

Som många andra föräldrar i liknande situationer tycks Jakobs föräldrar ha reagerat komplementärt på sonens problem – mamman genom att utveckla ett

ängsligt överbeskydd och pappan genom att förneka eller förringa problemen. En viktig uppgift för terapeuten blev att i samtalen hjälpa föräldrarna att moderera och integrera sina olika förhållningssätt, så att de bättre skulle kunna förstå och hjälpa sin pojke. Mamman kunde minska sitt kontrollerande och pappan engagerade sig mer i att göra saker tillsammans med Jakob.

Kommentar

Ett mer tolkande än stödjande arbetssätt användes i de tre senare fallen på ett tidigt stadium. Det tycks ha fallit olika ut - för Claes och Emil var det svårt att stå ut med och deras terapeuter ändrade också efterhand sitt arbetssätt i detta avseende, medan Jakob i viss mån tycktes kunna tillgodogöra sig tolkande interventioner. Hans problematik hade också bedömts som neurotiskt strukturerad och han tycktes ha ett förhållandevis starkt psykiskt försvar.

Skolsamarbetet

I fem terapier bedömdes terapeuterna ha haft ett nära samarbete med skolan. Fyra av dessa terapeuter träffade under behandlingstiden tillsammans med föräldrarna lärare och ibland även annan berörd skolpersonal minst en gång varje termin, i några fall oftare. Den femte hade innan terapin startade tillsammans med föräldrarna haft ett samarbete med skolan, varefter föräldrarna hade bytt skola för pojken, vilket hade förbättrat situationen avsevärt. De övriga fyra terapeuterna hade inget regelbundet samarbete med skolan och deltog endast vid enstaka tillfällen i möten med föräldrar, lärare och assistenter

Samarbetsmötena hölls mestadels på BUP, men i två fall i form av elevvårdskonferens alltid i skolans lokaler. I ett fall hade man under det första året endast samarbetsmöten med fritidshemmet, eftersom läraren inte ansåg sig ha något behov av samarbete, men under andra året fick pojken en annan lärare som deltog i mötena.

Kommunikationen mellan föräldrar, lärare och terapeut tycks ha fungerat bättre i de mindre mötena. Exempelvis var en pojkes föräldrar till en början besvikna och arga på skolpersonalen, som inte delade deras uppfattning om att pojkens problem berodde på mobbning. De regelbundna samarbetsmötena på "neutral mark" (BUP) fyllde enligt terapeuten en viktig funktion genom att erbjuda ett skyddat tillfälle för föräldrar och skola att tala med varandra. När föräldrarna upplevde att lärarna lyssnade på dem och tog deras erfarenheter på allvar, kunde de också se problemen ur lärarnas perspektiv och ett bättre samarbete blev möjligt.

Elevvårdskonferenser och större samarbetsmöten upplevdes av terapeuterna som mer svårmanövrerade. De kände sig indragna i maktkamp mellan föräldrar och skola. Det hände att skolpersonal ställde inträngande frågor kring behandlingen som terapeuterna på grund av sin tystnadsplikt inte kunde svara på,

exempelvis: "Hur jobbar du med det här problemet i terapin?" Ibland ifrågasattes öppet värdet av behandlingen. Trots att det alltså kunde upplevas som svårt att samarbeta med skolan bedömde de fem terapeuter som gjort detta att det hade haft stor betydelse för behandlingen. De ansåg att mötena hade skapat "good will" för terapin och för BUP i skolan, ökat lärarnas förståelse för pojkarna, givit föräldrar och lärare möjlighet att komma till tals med varandra och även stärkt den terapeutiska samarbetsalliansen. Vidare hade mötena givit värdefull information om hur pojkarna fungerade i skolan och med kamrater samt i en del fall om konflikter och problem som terapeuterna annars inte skulle ha känt till. Många barn klarar att kontrollera sina aggressiva impulser i en individuell kontakt med en vuxen. Därför behöver man som terapeut också få veta hur barnet beter sig i grupsituationer. Detta visade sig vara viktigt i flera fall. "Det var bra att jag fick den informationen på skolmötena, eftersom han annars höll sin aggressivitet utanför terapirummet. Nu kunde jag ta upp de här sakerna och arbeta både med honom och med mamman kring dem" sade en terapeut.

Vidare trodde terapeuterna att skolans personal hade uppskattat att tillsammans med dem få ventilera sina iakttagelser och funderingar kring barnen. Detta kan ha bidragit till att lärare och assistenter kände det meningsfullt att arbeta vidare trots svårigheterna. "Om inte du kommit hit hade vi inte orkat" hade lärarna i ett fall sagt till terapeuten.

Varför inget skolsamarbete?

I de fyra fall där ett nära skolsamarbete inte förekom hade terapeuterna uppfattat det som att föräldrarna ville sköta samarbetskontakterna med skolan på egen hand. Enligt föräldrarna hade det inte heller från skolans sida uttryckts några önskemål om samarbete med BUP. De fyra pojkarnas skolsituation hade när behandlingen inleddes bedömts vara tämligen stabil. Detta är anmärkningsvärt eftersom de tre pojkarna med neuropsykiatriska diagnoser i projektet alla hör till denna grupp. Vanligen har barn med sådana diagnoser stora problem i skolan och deras föräldrar brukar hävda att det är svårt att få lärare att förstå och tillgodosse barnens speciella behov (Assarsson & Hofsten, 1997; Rydellius, 1999; Ekström, 2001).

För de två minst utagerande pojkarna, som under terapins gång dessutom blev lugnare, bedömdes skolsituationen förbli någotsånär stabil under hela behandlingstiden. Men deras inlärningssvårigheter kvarstod och för de andra två pojkarna förblev situationen i skolan långtifrån stabil. En av dem gick i en skola där lärarna inte hade tid att delta i samarbetsmöten på BUP. Terapeuten deltog i början av behandlingen i en elevvårdskonferens, men uppfattade det som att hennes besök i skolan störde pojken. Därför avstod hon från att i fortsättningen delta i dessa möten. När det senare uppstod akuta problem i skolsituationen tog skolan inte initiativ till kontakt med terapeuten, utan hänvisade familjen till en läkare för att ordna medicinering. Denna åtgärd förslog inte, utan pojken

måste senare ändå byta skola. I det andra fallet blev det också ett klassbyte, som dock inte enbart berodde på pojken ifråga.

Betingelser för samverkan

Vid sidan av sin undervisande uppgift har skolan i praktiken ett stort ansvar för barns sociala utveckling och är således en viktig faktor i förändringsarbetet när det gäller barn med sociala beteendestörningar. Samverkan mellan skola och BUP har länge ansetts nödvändig (Humble & Janson, 1981). Men skola och BUP är skilda verksamheter med helt olika uppdrag. Skolan är obligatorisk och alla barn måste gå där dagligen i flera år. Till BUP söker föräldrar frivilligt för barn som visar tecken på psykisk ohälsa och kontakten blir i de flesta fall mycket begränsad i tid. Personalen har tystnadsplikt och det är familjen som avgör om skolan skall få kännedom om en behandlingskontakt, likaså om man skall samarbeta med skolan. Följaktligen finns inga officiellt fastställda riktlinjer för samverkan mellan BUP och skola i enskilda fall. Det är upp till de enskilda befattningshavarna, lärare och terapeuter, att utforma betingelserna för sin samverkan under förutsättning att familjen accepterar denna.

Humble & Janson (1981) kom i sin analys av betingelser för samverkan mellan PBU och skola, förskola samt socialvård fram till att följande fyra förhållanden påverkar samverkans utveckling i gynnsam eller ogynnsam riktning:

- arbetsuppgiftens artikulering (klargöring av mål, metodik och arbetssätt)
- strukturen i de yttre samverkansbetingelserna
- parternas ömsesidiga kännedom
- säkerheten (uppgiftscentrering) i yrkesidentiteten

Hur såg dessa förhållanden ut i det aktuella projektet?

Artikuleringen av själva samverkansuppgiften kunde ha varit bättre. Man borde i projektgruppen ha formulerat målsättning, innehåll och metodik för samarbetsmötena. Varför skulle terapeuterna träffa lärarna, vad skulle det leda till? Vad skulle man tala om, vad var viktigt att få mer kunskap om och förstå bättre, vad kunde vara viktigt att förmedla? Hur skulle man förhålla sig vid eventuella konflikter mellan föräldrar och lärare?

Bristen på yttre *struktur* för samverkan kan ha bidragit till att det inte blev så mycket samarbete. Såväl lärare som terapeuter hade svårt att hitta tid i sina arbetsscheman för denna arbetsuppgift, som inte heller prioriterades av deras respektive arbetsledning. Ovan nämndes att en skola inte visade något intresse för samverkan. I ett annat fall var det en enskild lärare som inte ansåg att något samarbete behövdes. Det saknades också riktlinjer för sådana frågor som hur ofta och hur långa mötena skulle vara, vilka som skulle vara med samt hur man skulle förfara med mötesanteckningar.

Samverkansparternas ”ömsesidiga kännedom” har enligt Humble och Janson (1981) troligen en avgörande betydelse. Med detta avses inte i första hand personlig kännedom, även om en sådan också anses kunna underlätta samarbete. Istället avses kunskap om varandras ”funktioner och uppgifter i helheten, deras metoder, utbildning och kompetens samt de organisatoriska och resursmässiga förhållanden som gäller för samverkansparternas verksamhet (ibid. s. 31)”. BUP-terapeuter är i allmänhet inte särskilt väl orienterade om aktuella arbetsmetoder och andra förhållanden i de olika skolor som finns i upptagningsområdet. Detta gällde troligen också flera av terapeuterna i projektet.

Vidare betonade Humble & Janson (1981) *personliga faktorer* hos de enskilda tjänstemännen. Den personliga inställningen till skola och lärare kan ha haft betydelse för terapeuternas vilja att samarbeta. Dessutom var terapeuterna i projektet huvudsakligen inriktade på det direkta arbetet i terapirummet. Terapeutens kontakter med andra i barnets omvärld anses kunna störa den inre bearbetningsprocess som eftersträvas i individualpsykoterapi. En viss återhållsamhet inför samarbetsmöten finns därför hos de flesta barnterapeuter och för en del av terapeuterna i projektet var denna återhållsamhet mer uttalad.

Det kan med hänsyn till föräldrasamarbetet finnas fog för en viss återhållsamhet inför samarbete mellan skola och BUP. Carlberg (1984) fann i sin utvärdering av PBU-verksamheten att samarbete med skolan i vissa kortare insatser kunde medföra att ”den inre bearbetningen med familjen” äventyrades. Detta gällde framför allt när samarbetet infördes på ett tidigt stadium av kontakten och föräldrarna uppgav problem med skola eller förskola som anledning till barnets svårigheter. Dessa föräldrar försökte då hålla samtalen fokuserade kring detta och i flera fall försökte de även använda terapeuten ”som en kämpe vid sin sida mot skolan” (ibid. s.116). I andra fall tilldelades terapeuten en domarroll och förväntades kunna ”tala om hur barnet verkligen är och därmed slå fast vem som har rätt och vem som har fel – en ofruktbar inställning för fortsatt bearbetning” (ibid.). Carlbergs slutsats var att det var ”oförenligt för terapeuten att både sörja för en intrapsykisk bearbetning och samtidigt vara central gestalt för samarbete mellan olika myndigheter kring familjen” (ibid. s.141). Då kan terapeuten tvingas välja mellan att åtgärda och bearbeta.

Situationen är dock en annan när det gäller samarbetsmöten kring fleråriga individualpsykoterapier. Terapeutens uppgift är då inte att vara central gestalt för samarbete mellan olika myndigheter eller att leda samarbetet mellan skola och föräldrar. Uppgiften är istället att samverka med lärare och föräldrar i att på bästa sätt hjälpa barnet att övervinna sina beteendeproblem och gå vidare i sin kognitiva och sociala utveckling. Men svåra situationer som gör samverkan konfliktladdad uppstår ofta och så blev det även här. Exempelvis ville skolan, men inte föräldrarna, i ett fall placera pojken i specialklass och en annan pojke blev på grund av sitt uppförande plötsligt avstängd från skolan. I dessa lägen kunde terapeuterna lätt ha blivit indragna i maktkamp på ett sätt som skulle ha äventyrat deras möjligheter att hjälpa barnen vidare, men så tycks det inte ha blivit här.

Sammanfattande bedömning av SEPP-metodens tillämpning

Samtliga terapeuter följde de rekommendationer som fanns i fråga om frekvens i barnterapin och teknik i föräldrasamarbetet. När det gäller terapeutisk teknik i barnterapin och skolsamarbete uppfyllde dock inte alla terapierna kriterierna för SEPP. Tabell 6 visar hur tillämpningen av SEPP i dessa avseenden varierar mellan de olika terapierna.

Sex terapeuter bedömdes ha följt den rekommenderade tekniken i det avseendet att de från början arbetade huvudsakligen stödjande. Tre av dem övergick inte i ett senare skede till mer tolkande metodik. Dessa terapier bedömdes ändå ha uppfyllt teknik-kriteriet, men i tabell 6 har de markerats med ett plus (+) och de andra tre med två (++).

Tre terapeuter arbetade från början mer med tolkande än stödjande interventioner. De ändrade småningom sitt arbetssätt mer i linje med SEPP, men de har ändå bedömts inte ha följt manualen vad gäller teknik och markerats med minus (-).

Ett nära samarbete med skolan tillsammans med föräldrarna bedömdes ha ägt rum i fem fall.

Tabell 6. Bedömning av hur SEPP tillämpades.

	Tillämpning av SEPP		
	Terapiteknik		Skolsamarbete
Pojke	Föräldrar	Barn	
1	+	+	+
2	+	++	+
3	+	-	-
4	+	+	+
5	+	-	-
6	+	+	-
7	+	++	+
8	+	++	+
9	+	-	-

Som framgår av tabell 6 uppfylldes i tre fall varken kriteriet för terapeutisk teknik i barnterapin eller kriteriet för skolsamarbete. I ett fall var det endast kriteriet för skolsamarbete som inte uppfylldes. Den terapeutiska tekniken i barnterapin bedömdes som det viktigaste eller överordnade kriteriet och SEPP anses därför ha tillämpats i sex av de nio fallen: helt i fem och till större delen i ett fall (6).

Vad kan bero på terapeuterna?

Terapeuterna om metoden

Efter projektets avslutning intervjuades terapeuterna av en oberoende intervjuare om sin syn på SEPP-metoden (Beje, 2000). På frågan om varför de valde att delta i projektet gav samtliga följande tre svar:

1. Av intresse för målgruppen (utagerande pojkar) som man möter ofta inom PBU och vill hitta metoder för att hjälpa
2. Av intresse för att forskning bedrivs på barnpsykoterapi, dels för att nå fram till ökad kunskap, dels för att synliggöra det arbete man bedriver
3. För att öka den yrkesmässiga kompetensen

En terapeut tyckte att SEPP-metoden stämde med det arbetssätt hon själv hade utvecklat och upplevde den snarast som en bekräftelse av detta. Men de flesta sade sig till att börja med ha uppfattat metoden som lite ”fyrkantig och kokboksaktig”. De hade känt sig osäkra inför manualen och reagerat på bokens ”amerikanska stil”, tyckt att det handlade ”mer om metod än om relation”. Några hade svårt att känna igen sig i bokens detaljerade beskrivningar av terapitimer. Denna uppfattning förändrades dock i de flesta fall under arbetets gång, då de märkte att rekommendationerna om arbetsmetodik var användbara.

Terapeuterna hade inte uppfattat det som att projektledaren krävde att de helt skulle följa SEPP-metoden. Istället hade de känt sig stimulerade till att knyta ihop metoden med sitt eget individuella arbetssätt. De flesta hade inledningsvis känt ett visst motstånd och valt att närma sig stegvis. På olika sätt hade man tillämpat vissa delar av metoden och sedan lagt dessa delar till det egna arbetssättet.

Kommentar: Denna beskrivning av hur terapeuterna närmade sig metoden stegvis och införlivade vissa delar med det egna arbetssättet stämmer såväl med mina intentioner som projektledare som med min bedömning av hur det hela gick till.

Vidare hade många terapeuter enligt Beje (2000) blivit mer positiva till SEPP under arbetets gång. En terapeut sade att hon hade insett att ”man ofta måste ägna mycket tid och arbete åt att bygga upp såväl jagfunktioner som terapeutisk allians innan man kan komma med tolkningar”. Flera uppgav att de hade valt att använda sig av sin personliga tolkning av metoden, sammanflätad med egen erfarenhet, men att de hade ”tagit lärdom av projektet”. Framför allt hade inställningen till att arbeta med barn och förälder parallellt förändrats. Flera terapeuter hade inledningsvis känt sig oroliga för att pojkarna inte skulle uttrycka vissa känslor och funderingar av rädsla för att terapeuten skulle föra allt vidare till föräldrarna. De flesta hade också i början tyckt att det hade känts ovant och

tungt att ha båda dessa arbetsuppgifter. Efter avslutat projekt verkade de ha lättare att handskas med detta och flera framhöll att just denna aspekt av metoden hade varit givande. En terapeut hävdade att hon i fortsättningen skulle föredra detta sätt att arbeta i alla barnterapierna.

En negativ inställning till *skolsamarbetet* framkom i flera intervjuer (Beje, 2000). Det beskrevs som "betungande och svårt att administrera" och det hade varit svårt att hinna med. En terapeut hade uppfattat att personalen i skolan behövt stöd och att de hade använt konferenserna som "sopstation". Några terapeuter betonade å andra sidan skolsamarbetet som viktigt och givande.

Kommentar: De flesta terapeuterna var i början tveksamma till att samarbeta så direkt och aktivt med föräldrar och skola. Detta framkom såväl i mina individuella kontakter med terapeuterna som på seminariediskussionerna. Efterhand kvarstod hos flera en tveksamhet till skolsamarbetet, som de upplevde som konfliktladdat och betungande. De fem som genomförde det menade dock att det hade stor positiv betydelse för behandlingen.

Regelbunden *handledning* inom projektet kunde endast erbjudas tre terapeuter (de som vid projektets början saknade självständig psykoterapeutkompetens). Övriga hänvisades till den handledning som erbjöds på den egna mottagningen eller till att vid behov konsultera projektledaren. I intervjuerna (Beje, 2000) menade de flesta att de under vissa perioder hade haft behov av mer handledning. En hade på egen bekostnad vid några tillfällen anlitat en handledare externt.

Kommentar: Ett sätt att säkra tillämpningen av SEPP skulle ha varit handledning av utomstående handledare för alla. Det var ett misstag i projektplaneringen att inte kräva resurser till detta som förutsättning. Min handledning blev varken tillräckligt metodinriktad eller processinriktad, eftersom det var svårt att förena forskningsuppgiften med dessa uppgifter. Det visade sig också att två av deltagarna i handledningsgruppen faktiskt inte följde manualen.

Utbildning och erfarenhet

Alla terapeuterna hade tidigare arbetat med barnpsykoterapi under handledning, men deras erfarenhet av detta arbete var olika lång. Alla hade vid tiden för projektet inte legitimationsgrundande psykoterapitutbildning (steg 2) och de som hade det hade genomgått olika typer av utbildning.

Av de tre terapeuter i projektet som hade särskild barnpsykoterapitutbildning (Ericastiftelsen) och lång erfarenhet arbetade två helt enligt och en till större delen enligt SEPP-metoden. I det senare fallet är det troligt att en längre tids sjukdom hos terapeuten hade betydelse. Av de andra tre som följde manualen hade två vuxenpsykoterapitutbildning men relativt lång erfarenhet, medan en inte

hade utbildning och ganska begränsad erfarenhet. Av de tre som bedömdes följa manualen helt (++) hade två barn- och en vuxenutbildning.

Av de tre terapeuter som inte följde manualen hade en utbildning i vuxenpsykoterapi och lång erfarenhet, en var inte färdig med sin utbildning men hade lång erfarenhet och en skulle börja barnpsykoterapiutbildning och hade ganska begränsad erfarenhet.

Ålder

När terapierna inleddes var terapeuterna mellan 40 och 55 år, med en medianålder på 45 år.

Kön

Som vanligt inom barnklinisk verksamhet var kvinnorna i majoritet: sex av nio. Könsfördelningen bland de tre som *inte* följde manualen var dock omvänd: en kvinna och två män. Ingen av männen i detta projekt hade barninriktad psykoterapiutbildning, men två hade legitimationsgrundande vuxenterapiutbildning. Det var en av de sistnämnda som följde manualen. Alla de fyra kvinnor som hade legitimationsgrundande utbildning följde manualen, men här spelar det kanske in att endast en av dessas utbildning hade varit vuxeninriktad.

Sammanfattande kommentar

I detta projekt finns ett samband mellan typ av utbildning och tillämpning av SEPP-manualen. Alla de terapeuter som hade utbildning i barnpsykoterapi följde manualen, medan tillämpningen bland de övriga var ojämn och inte klart relaterad till vare sig grad av utbildning eller erfarenhet. Detta är inte så märkligt. Utbildning i barnpsykoterapi är av naturliga skäl mer inriktad på att kombinera stödjande och expressiv teknik än vad utbildning i vuxenpsykoterapi är. Vidare följde endast en av de tre manliga terapeuterna, men fem av de sex kvinnliga terapeuterna manualen. Detta kan möjligen också hänga samman med utbildning, eftersom ingen av männen, men tre av kvinnorna hade barninriktad utbildning.

Barninriktad psykoterapiutbildning och kvinnligt kön tycks alltså här vara relaterat till god manualöverensstämmelse. Eftersom materialet är så litet kan dock de här observerade sambanden bero på slumpens inverkan.

I tabell 7 visas hur den bedömda tillämpningen av SEPP relaterar till olika terapeutvariabler.

Tabell 7. SEPP-tillämpning och terapeutvariabler

Pojke	Tillämpning av SEPP			Steg 2		Erfarenhet av barnterapi			Kön	
	Terapiteknik Föräldrar	Barn	Skolsamarbete	Erica	Vuxen	Lång	Medel	Kort	Kvinna	Man
1	+	+	+	-	-			+	+	
2	+	++	+	+	-	+			+	
3	+	-	-	-	-			+	+	
4	+	+	+	-	+		+		+	
5	+	-	-	-	+	+				+
6	+	+	-	+	-	+			+	
7	+	++	+	-	+		+			+
8	+	++	+	+	-	+			+	
9	+	-	-	-	-		+			+

Tabellen visar tillämpning av SEPP i relation till terapeuternas utbildning, erfarenhet och kön.

Finns det något samband mellan utfall och tillämpning av SEPP?

Den samlade SEPP-tillämpningen graderades som mycket god = ++ i tre terapier och god = + i tre terapier. Bedömningen av utfall grundade sig på

- föräldrars och lärares uppgifter i frågeformulär (CBCL, TRF)
- terapeuternas skattningar av psykosocial funktionsnivå (GAF)
- pojkarnas svar i "Jag tycker jag är" (JTJÄ)
- terapeuternas bedömning av känslomässig utveckling (Terapiskattning)

I tabell 8 visas alla utfallsbedömningar, inklusive de från uppföljningen, relaterade till bedömd grad av sammantagen SEPP-tillämpning. För överskådlighetens skull har förändringar i CBCL eller TRF som överstiger SD= 12 (Larsson & Frisk, 1999) markerats som + (förbättring) eller - (försämring) och när förändringen understiger 12 poäng har detta markerats med 0. Där värden saknas har ingen mätning utförts. Värdena i GAF, Terapiskattning och "Jag tycker jag är" anger den positiva förändring som skattats. I GAF rör det sig om en skala 1 - 100, i Terapiskattning 1 - 5, i JTJÄ stanineskala 1- 9.

Tabell 8. Samlad SEPP-tillämpning och utfall.

Pojkar	SEPP	Förändring efter terapi				vid uppföljning	
		CBCL	TRF	GAF	Ter.skattn.	CBCL	JTJÄ
2	++	0	0	40	2,4	0	2
7	++	0	+	30	1,6	+	3
8	++	-	+	35	1,8	+	3
1	+	0	+	30	0,3		
4	+	+	+	22	1,3	+	-2
6	+	+	-	42	1		
3	-	+	0	15	0,1	+	2
5	-	0	-	5	1,1	+	4
9	-			18	1		0

Tabellen visar samband mellan mycket god tillämpning av SEPP=++, god tillämpning =+, dålig tillämpning= - och positiva respektive negativa förändringar av poäng i CBCL, TRF, GAF, terapeuternas skattningar och pojkarnas poäng i "Jag tycker jag är"(JTJÄ)

Mycket god tillämpning

I de tre terapier där SEPP- tillämpningen bedömts som mycket god (++) ligger terapeuternas bedömningar av positiv känslomässig utveckling över medianen. GAF-förändringarna ligger mellan 30 och 40 poäng. I två fall har en positiv förändring bedömts i CBCL (först vid uppföljningen i det ena fallet) och TRF. I det tredje fallet var av skäl som ovan förklarats problempoängen redan vid terapistart så låga att det inte blev någon skillnad. De tre pojkarnas totala problempoäng i CBCL låg vid uppföljningen på 11, 21 respektive 37 poäng. Alla tre pojkar fick i självskattningsformuläret avsevärt högre poäng än före terapin. Pojkarna hade före terapin bedömts vara neurotiskt strukturerade (1) samt borderlinestrukturerade (2) på hög respektive låg nivå. Ingen hade neuro-psykiatrisk diagnos.

Ganska god tillämpning

I de tre terapier där SEPP- tillämpningen bedömts som ganska god (+) ligger bedömningarna av känslomässig utveckling lägre, mellan 0,3 och 1,3. GAF har förbättrats med mellan 22 och 42 poäng. I ett fall har förbättring bedömts i både CBCL och TRF, i ett fall endast i CBCL och i ett endast i TRF. I ett fall bedömdes försämring i TRF. Dessa pojkars problempoäng i CBCL låg vid den sist gjorda mätningen på 16, 22 (uppföljning) respektive 64 poäng. Eftersom de två längsta terapierna finns i denna grupp har endast en av dem hunnit följas upp. Den pojken, som i övrigt bedömdes ha förbättrats i alla avseenden, fick paradoxalt nog ett lägre resultat i självskattningstestet än före terapin. Detta kan dock bero på ökad självinsikt och mer realistisk självkänsla än tidigare. Dessa

pojkar hade bedömts vara borderlinestrukturerade på hög (2) respektive låg (1) nivå. En pojke hade neuropsykiatrisk diagnos.

Inte SEPP

I de tre terapier där SEPP inte bedömdes ha tillämpats (-) har den känslomässiga utvecklingen bedömts som ytterligare något mindre, mellan 0,1 och 1,1 och GAF har endast förbättrats mellan 5 och 18 poäng. Förbättring enligt CBCL har bedömts i båda de fall där denna jämförelse kunnat göras, i det ena fallet först vid uppföljningen. Ingen förbättring har bedömts enligt TRF, i ett av fallen har istället en försämring skattats. Uppföljning har gjorts med alla tre fallen och problempoängen i CBCL låg då på 11, 12, respektive 72 poäng. Två pojkar hade högre poäng i självskattningstestet än före terapin, men den som höjt mest hade paradoxalt nog inte förbättrats nämnvärt enligt övriga informanter. Detta tyder kanske på att hans självkänsla alltjämt var överkompenserad och orealistisk. Dessa pojkar hade bedömts vara neurotiskt strukturerad (1) respektive borderline (2) på låg respektive hög nivå. Två hade under behandlingstiden neuropsykiatriska diagnoser, men vid uppföljningen hade en av dem inte längre detta.

Sammanfattningsvis har följande skillnader i utfallet observerats för SEPP-fallen jämfört med utfallet för de övriga:

- terapeuterna har bedömt större psykosocial och känslomässig förbättring
- lärarna har bedömt större förbättring av pojkarnas beteende

Sammanfattande kommentar

Terapeuterna och lärarna har i allmänhet bedömt större förbättring i SEPP-terapierna och detta gäller särskilt i de tre fall där metoden tillämpats mycket väl. Skolsamarbetet har kanske haft betydelse för utfallet i skolan? Det finns ingen skillnad mellan SEPP och ej-SEPP när det gäller föräldrarnas bedömningar av förbättring i CBCL.

Det går dock inte att dra någon generell slutsats om behandlingsmetodens effektivitet för pojkar med beteendestörningar på grundval av detta lilla material. De små skillnader som har iakttagits kan bero på slumpmässiga faktorer.

Kapitel 15. Vad kan vara verksamt i SEPP?

Hur kan behandling med denna psykoterapimetod hjälpa barn med beteendestörningar? Vad visar de här studerade terapierna om hur SEPP som metodik skiljer sig från den typ av psykodynamisk barnpsykoterapi som vanligen praktiseras i Sverige?

En stödjande terapeutisk relation

Den överordnade förändringsagenten i behandlingen är enligt Kernberg & Chazan (1991) den stödjande terapeutiska relationen. Mötet med en vuxen, som inte reagerar aggressivt eller avståndstagande utan lyssnar och hjälper till med att sätta ord på känslor och tankar, kan i sig vara utvecklingsbefrämjande. Många barn med beteendestörningar uppvisar disorganiserade anknytningsbeteenden och har därmed sammanhängande svårigheter att reglera affekter och att utveckla sociala och kognitiva färdigheter (Fonagy, 2001). Dessa svårigheter kan minskas genom en terapeutisk relation som ger barnet ett tryggt lekområde inom vilket det kan utforska sina känslor samt pröva nya sätt att förhålla sig till såväl den inre som den yttre verkligheten.

För barnterapeuter är det närmast en självklarhet att en positiv samarbetsrelation utgör en nödvändig förutsättning för att psykoterapi skall fungera. Även i många forskningsstudier har den terapeutiska relationen visat sig ha lika stor betydelse för utfallet som den terapeutiska tekniken (Roth & Fonagy, 1996).

Denna studie var främst inriktad på att undersöka terapeutisk teknik, inte terapeutisk relation. Inte oväntat visade sig dock den terapeutiska relationen ha stor betydelse för hur de terapeutiska interventionerna togs emot och vilka effekter de tycktes ha. Terapeuterna angav i skattningsformuläret också de känslor som de upplevde som starkast i motöverföringen. En kvantitativ bearbetning av detta material visade att positiva känslor hade dominerat över negativa känslor med i föräldrakontakterna 2:1 och i barnterapierna 3:1. Den positiva känsla som mest uppgavs i barnterapierna var *lustfyllt intresse*, medan *medkänsla/sympati* uppgavs mest i föräldrakontakterna.

Men det räcker inte att terapeuten "behandlar" patienten på ett varmt och stödjande sätt. En förutsättning för att förändring skall ske i psykoterapi är också att det blir ett ömsesidigt samspel, där terapeuten själv berörs känslomässigt och på något sätt visar det. Stern et al. (1998) har studerat samspel i psykoterapi med hjälp av teorier baserade på studier av samspel mellan mor-spädbarn. De fann att när mötet mellan patient och terapeut blir känslomässigt laddat uppstår så kallade "now moments", som medför en förändring i "implicit relational knowing" eller i patientens inre modeller för samspel med andra. Vidare hävdar de att en stor del av de bestående terapeutiska effekterna härrör från sådana förändringar.

Carlberg (1999) fann i sin studie av vändpunkter i barnpsykoterapi att "centralt i nästan alla vändpunktsliknande förändringar är att ett känslomässigt laddat möte uppstår mellan terapeuten och barnet och att en tydlighet skapas" (s.222) Han kallar det för "intersubjektiva möten", där två individer ömsesidigt påverkar och bekräftar varandra. Sådana möten uppstår enligt Carlberg som en följd av ram-brott eller "i delandet av en känsla av glädje, skratt eller i att barnet uttrycker en stark känsla i sitt agerande eller i ord" (ibid. s.222).

De första sådana mötena tycks i de här studerade terapierna ha ägt rum efter några månaders upp till ett halvårs behandling. Dessa möten är svåra att skildra i ord och terapeuternas anteckningar gör dem sällan rättvisa. Nedan följer dock några exempel från olika terapier. (P = pojke, T= terapeut)

Intersubjektiva möten

En tänkbar orsak till att barn beter sig hyperaktivt är att de är rädda för att bli illa omtyckta eller illa behandlade i nära kontakt med andra. Därför ser de till att befinna sig i ständig rörelse så att det inte blir några verkliga möten. I flera terapier skedde också de första känslomässigt laddade mötena i form av kurragömma eller tittutlek. Detta har av bland andra Willock (1990) beskrivits som ett typiskt beteende i den inledande fasen av psykoterapi hos utagerande barn med tidiga relationsstörningar. I följande exempel tycktes pojken gestalta sin ambivalens till att ansikte mot ansikte möta en annan person.

P. springer i förväg och släcker snabbt i korridorerna. När jag kommer fram till mitt rum har han låst in sig. Jag låser upp, går in och finner att P. håller på att försöka öppna lekskåpet. När han fått upp skåpet, lägger han snabbt in nyckeln och slår igen dörrarna så att det inte går att öppna igen!

Sedan går P. till almanackan och jag tror att han nu tänker riva bort datumlapparna. Då säger jag att han är busig idag, men att jag måste hjälpa honom genom att ta bort almanackan, och jag slänger upp den på skåpet.

Jag undrar sedan om det hänt något speciellt för han verkar så orolig idag. Kommenterar att det var svårt för honom att komma in och jag vet inte om han trodde att jag var arg på honom?

Då springer P. ut i korridoren, jag hinner inte stoppa honom, men det ser ut som om han skulle velat bli stoppad. Jag går ut och tittar efter honom och då skrattar han och står bakom ryggen på mig.

"Nu lurade du mig igen" säger jag och går in i rummet, men istället för att följa med som jag trodde att han skulle göra, går han förbi dörren åt andra hållet. Efter en stund går jag ut igen och hittar honom på toaletten. Jag säger: "Det verkar som om det är svårt för dig att vara hos mig idag. Undrar om du inte vågar vara inne hos mig?" Han ber mig gå, han vill vara ifred på toaletten. Jag gör det och säger: "Ja, jag går in i mitt rum och väntar på dig."

Efter en stund kommer P. smygande mot min öppna dörr. När våra ögon möts vet han att han är hittad. Han går in, låser dörren efter sig, tänder röda lampan som han släckt tidigare.

Nu vill han gömma sig i rummet, något han ofta vill göra. Jag sätter mig i stolen och blundar som jag brukar. Då hör jag att han är borta vid kulorna, som jag glömt ta undan. (P.

har tidigare försökt ta med sig kulor hem.) Jag öppnar ögonen och säger: "Jag hörde att du tog en kula." Han visar upp kulan och jag säger: "Jag glömde ställa bort kulskålen. Jag ska göra det, men lägg tillbaka kulan först." Då lägger han tillbaka kulan och jag ställer in skålen i mitt skåp och låser. Jag sätter mig och blundar.

P. har gömt sig under mitt skrivbord vilket jag genast ser, men jag går ändå runt i rummet och låtsas leta en stund och förvarnar sedan när jag tänker titta under skrivbordet. Då böjer han huvudet så att jag inte kan möta hans blick och verkar tro att han är gömd. Jag låtsas inte ha sett honom och fortsätter att leta. Medan jag letar för jag en monolog, om hur orolig P. verkar vara idag, att jag undrar vad som kan ha hänt, om han tror att jag är arg på honom, om mamma och honom, om det hänt någonting mellan dem eller om det hänt något i skolan?

Efter en stund börjar P. vifta lite med fingrarna mellan skrivbordet och väggen och jag försöker då peta på hans fingrar, varvid han snabbt drar undan dem. Sedan tar han en penna ur pennstället och sitter och knäpper med den. Jag använder det ljudet att orientera mig med när jag letar och jag talar hela tiden högt om hur jag gör. Efter en stund lägger P. pennan på min skrivbordstol och jag försöker fånga den. Det blir en lek då jag fångar pennan och han försöker ta tillbaka den. Lyckas jag ta den så lägger jag ner den och så gör vi om det hela från början.

Ett par pojkar, som bedömts ha en mer utvecklad inre struktur, uppträdde till en början samarbetsvilligt men återhållet. Med dem började det hända saker när de i terapisisituationen vågade släppa på sin sociala kontroll. I följande exempel började en pojke ge icke-verbala uttryck för ointegrerade aggressiva känslor. Terapeuten fångade på ett empatiskt sätt upp detta genom att tolka på symbolnivå. Pojken verkade känna sig bekräftad och fortsatte med denna lek nästan hela timmen. Mot slutet uttryckte han även verbalt sin ilska.

Medan vi pratat har P. lagt sig ner och kryper långt in i soffan. Han gnyr först lite försiktigt, vilket sedan övergår till någon slags morring. Han låter som en liten unge.

Jag tar upp detta och när jag säger att han låter som en liten som är arg ser han förtjust ut. Han snor runt, grimaserar, kniper ihop ögonen och låter. Jag kommenterar ljuden när det låter argt, när det låter litet eller när det låter som en racerbil. Emellanåt snarkar P. på låtsas.

När nästan hela timmen gått tittar P. på klockan då han sätter sig upp. "Bara tio minuter kvar — oj vad tiden har gått fort!" Berättar att han är mycket hungrig. Har inte fått mellanmål. Och jag frågar om han vill att vi ska prata med M. efter timmen om han kan få en frukt på vägen hit? P. tycker det är en bra idé och väljer "Någon citrusfrukt, dock ej citron."

Sedan säger P. att egentligen är han "arg på allt". Han slår i soffan, på kuddar och dynor. Jag säger att jag förstår att man kan vara arg på mycket, kanske på mig med. Han tittar upp: "Nej, inte på dig."

Ser sig om i rummet, ser boxbollen och säger "att jag inte tänkte på det förut". Går fram till boxbollen och börjar boxas. "Det här är ingen bra motståndare, man kan aldrig däckas honom." Slår riktat, får in studsar, och tycker att det är ungefär som att studsas en basketboll. Lite svårt att gå när tiden är slut.

Några pojkar uppfattades av terapeuterna i början av kontakten som ganska avvisande och det var svårt att få till ett samarbete. Terapeuterna kände sig då spända, ställde för många frågor, satte för lite gränser och uppträdde "alltför an-

geläget". Utdraget nedan beskriver hur i en sådan terapi ett möte uppstod när terapeuten engagerades och gav motstånd i ett spel.

P. har sett lite förändrad ut sista tiden, det är något med hans blick. Jag frågar lite hur dagen varit. Och han berättar att de har spelat brännboll och något annat bollspel. Jag säger att "då har du fått röra på dig en hel del så då kanske du inte har så mycket spring i benen just nu?" Han nickar.

Jag undrar om det hänt något speciellt, men det har det inte. Jag undrar om någon varit orättvis eller dum mot honom, men det är bara nej. Han avvaktar på något sätt att jag ska säga: Vad ska vi göra idag? Vilket jag också gör och han säger då snabbt: "Spela kort!"

Vi spelar först ett spel där jag vinner. Sedan vill P. spela ett annat kortspel, "Kotten", där det finns inslag av att man skall skrämman varandra. Först kan han inte komma på hur det går till och jag minns absolut inte, eftersom det är han som introducerat detta spel. P. tar tid på sig och föreslår att vi provspelar en gång så att han minns bättre, vilket han sedan successivt gör, och jag märker även att jag minns när korten kommer på bordet. Även detta spel går bra för mig. Och jag börjar tänka på att jag kanske måste hejda mig och säger till honom: "Hur känns det för dig när jag vinner?" "Det är OK, säger han lätt återhållet." Vi skrattar hjärtligt när vi omväxlande skrämmer varann med att hoppa på korten i mitten och skrika Kotten. Märkligt nog blir jag själv väldigt road av det här spelet och även jag reagerar kroppsligt när han kastar sig på högen och skriker Kotten och detta verkar han uppskatta.

Sammanfattningsvis tycks intersubjektivt laddade möten i dessa terapier främst ha uppstått i situationer då terapeuten med sitt gensvar eller med tolkning på symbolnivå bekräftade ointegrerade känslor. De uppkom även i situationer då terapeuten släppte loss sin egen tillbakahållna aggression i öppen tävlingslek. En stödjande terapeutisk relation och intersubjektivt laddade möten utgör nödvändiga och betydelsefulla ingredienser i all psykoterapi, varför detta inte kan sägas skilja SEPP från annan psykodynamisk barnterapi.

Terapeutisk teknik

Under den inledande fasen av SEPP-behandling försöker terapeuten i sina verbala kommentarer att huvudsakligen hålla sig till stödjande interventioner. Syftet är att skapa en arbetsgemenskap som grund för fortsatt bearbetning av barnets problematik samt att stärka barnets jagfunktioner. Ett sådant systematiskt arbets-sätt där en reflekterande och bearbetande process förbereds och underbyggs med stödjande interventioner tycks ha passat de sex pojkar, som i projektet fick denna typ av behandling. Det verkar också som om två pojkar, vilkas terapier inte i början av behandlingen följde SEPP-manualen, reagerade mer positivt när terapeuterna senare använde sig mer av metodiken.

Underlättande

Den mest kategoriserade interventionen var som ovan nämnts underlättande kommentarer. Det finns också gott om exempel i materialet på kommentarer och

frågor, som har stimulerat barnet till fortsatt kommunikation. På medveten nivå användes underlättande teknik som i följande exempel:

P. har försökt få kamraten X att sluta retas. Det hjälper inte "fast jag går emot honom och ser arg ut." T: "Vad händer då?" P: "Han springer iväg, men fortsätter sen efter det att han kommit tillbaka." T: "Han slutar inte fast du säger till." P: "Jag har till och med hotat honom. Jag har en krona i fickan – till att muta en stor kille att slå honom." T: "Slutar han då?" P: "Nej." T: "Istället för att skrämmas - kan du göra på annat sätt?" P: "Det är bara ett sätt, det är bara vuxna som funkar." T: "Vilka vuxna kan sätta stopp för X:s ret?" P: "Två av mina fröknar och en till på Fritids." Berättar om en annan fröken som låter X hålla på alldeles för länge.

Tekniken användes även på förmedveten eller symbolisk nivå:

P. gör först (av lera) en pistol som han visar för mig, en liten pistol, sen gör han en stor pistol och sen gör han ett runt huvud som börjar prata med mig. Och det är en gubbe med stor mun och ögon som inte har någon kropp. Jag säger: "Oj vilken stor mun du har!" P: "Ja det är för att den är hungrig, den äter nämligen pistoler." Och sen undrar jag: "Det kan inte vara så lätt och bara ha ett sådant stort och hungrigt huvud och inte någon kropp?" Och så gör han ett litet huvud och det är lillebror och de är lika varandra men inte helt likadana och de frågar mig om jag kan se att de är olika? Då ser jag att de har olika färg: en ljusblå, den andra mörkblå och jag säger att storebror är ju lite större. "Nej, mycket större" säger han då. "Och så kan de förvandla sig till olika, de kan göra sig till bollar och rulla och de är hungriga och dom äter pinne, tandborste och pistol." "De äter bara hårda saker" säger jag. Och sen gör storebror om sig till en orm, som kan bita sig i svansen och som har en väldigt bra kropp som är vig och rund och går att forma hur som helst och kan rulla. Och sen gör han sig till en liten tjock orm. P. har också kollat hur mycket tid är kvar, han blir stressad av att han inte vet om han ska hinna. Och jag påpekar för honom att blir han inte klar idag så kan vi fortsätta i morgon för vi har mer tid. Så jag tar hand om lillebror och den tjocka ormen och en del av pistolen och säger att "Jag tar hand om det och lägger det i lådan." Han är glad när han går och säger "Hej då".

Rikta uppmärksamheten

Den näst mest kategoriserade interventionen var klarifierande kommentarer, som riktar uppmärksamheten på möjliga samband mellan tankar, känslor och handlingar. I materialet finns många exempel på hur sådana interventioner har lett till ökad tillgång till känslor och fördjupad självinsikt. Här är ett från en avslutningsprocess:

Jag säger att terapin fortfarande är "hans" att vi skall fortsätta med att försöka förstå hur det är för honom, och hur det är att sluta terapin.

P. har hitintills suttit i soffan, men direkt efter att jag påpekat detta går han med raska steg till sandlådan, jag tänker att han åter behövde tillåtelse att ta för sig, men nu mer självklart tar den. Där han blir sittande resten av timmen. Tar ett litet och ett stort krigsfartyg, som skjuter på varandra, och till slut begravs det lilla i en hög med mycket våt sand, som han formar till ett berg. Jag kommenterar att den stora och lilla skjuter på varandra, och följden blir att det lilla försvinner, går under. Han grymtar, håller med. Han formar ett berg av våt sand, "av bajs" säger han, som han gör ett ansikte i som han säger är jag.

Under tiden detta sker märker jag successivt ett allt mer ledset och undrande uttryck hos honom, vilket jag så småningom tar upp. Har en ledsen och undrande blick mot mig, som jag tolkar att han kan ge uttryck för nu när jag gjort klart att terapin kommer faktiskt att sluta den första december. Påtagligt att det ledsna får större plats. Han fortsätter att modellera ansiktet han gjort i våt sand, och börjar sedan gräva, flyttar på en hög till en annan, fram och tillbaka. Är rätt sammanbiten under arbetet och successivt allt mer tydligt nedslagen.

Det fungerade dock inte alltid, vilket illustreras av följande exempel:

P. har varit med när en slättermaskin hackade sönder en kanin. Jag undrar vad han kände då? - Ingenting, säger han förvånad, det var mest kul. - Jag undrar hur kaninen kände? Inget svar. I skolan är det bra och även på Fritids. De stora killarna är numera borta och det var de som skrämde P. ...på min fråga om någon har bråkat med honom, svarar han att ingen har bråkat sen han varit på kollo. Ingen respons. (En ultrarapidtimme, allt går väldigt sakta och oartikulerat.)

Terapeuten riktade först uppmärksamheten på pojkens känslor, men retirerade inför hans öppet sadistiska "det var mest kul" och övergick till att på ett mer stödjande eller uppfostrande sätt fråga om "hur kaninen kände". Detta tycks ha lett till att kontakten eller processen tillfälligt avbröts.

Sätta ord på känslor

Ett viktigt mål för terapin är enligt Kernberg & Chazan (1991) att hjälpa barnen att uttrycka sina aggressiva känslor verbalt istället för i handling. Detta arbetade många av terapeuterna aktivt med. Följande sekvens är hämtad från en timme där terapeuten just hade fått veta att pojkens älskade skolassistent skulle sluta. Hon använde sig av hans förändrade röstläge för att få i gång ett samtal kring hans känslor:

P. har "viskväst" sedan vi började idag. Jag frågar hur det kommer sig att han viskar idag. Han säger att det är för att han är hes. Sen säger han att han inte vill ha någon assistent. /"Jag hörde att X ska sluta"/ "Och så har han valt en tjej åt mig!" /"Om det hade varit jag som haft X så hade jag blivit väldigt ledsen och arg och upprörd. Hur kommer det sig att han ska sluta?"/"Han ska arbeta med datorer." /"Jaha... Jag undrar om du trodde att han kanske hade tröttnat på dig?"/"Nej" / "Hur blir det nu då, kommer ni inte att träffa mer eller vad händer?" / "Jo, han ska arbeta med Internet i skolan... Jag kan åka hit själv." / "Ibland om man blir ledsen och arg då kan man bli så där hes och inte riktigt prata som vanligt. Röst-ten blir inte som vanligt." /Inget svar från P. / "Jag tror att du tycker mycket bra om X och att han betyder mycket för dig. Jag tycker att ni är lika att se på också..."/"Ja, han kommer från XX" /"Kommer han med nästa vecka eller blir det Y eller vad hon heter?"/ "Hon heter Y och är från YY. /"Ja, det blir ju stor skillnad mot X..." / P. arbetar vidare med sin pysselbok och sedan viskar han att mamma har börjat arbeta. / "Har hon det, ja det blir mycket förändringar för dig nu. X slutar som din assistent och mamma börjar arbeta. "/ "Jag vill ha nyckel hem men det får jag inte." P. tar nu fram sin väska och visar en tomteluva. De ska ha Lucia-fest på Fritids. Jag ber honom sätta på sig luvan så jag får se hur det ser ut. Det gör han. Jag säger att det verkar som om han tyckte rätt det ska blir roligt att vara tomte. Han berättar att de ska vara fem tomtar. En liten stund senare hör jag hur han sjunger lågt på en Luciavisa. Jag säger att det har varit besvärligt för honom och jag hoppas att han ska få bättre röst tills

Luciafesten börjar så han kan vara med och sjunga ordentligt. Då sjunger han plötsligt med kraftig röst.

I följande sekvens tog en terapeut upp vad hon fått höra av föräldrarna om poj-
kens rädsla i vissa situationer:

*Jag frågar lite om saker han är rädd för. Jag märker med en gång att han inte gillar ordvalet och jag undrar om han kan använda något annat ord? Efter en lång suck hittar han ordet: "störande". Vi går igenom den här händelsen som föräldrarna berättade om: med hållplat-
sen där han helt plötsligt tyckte att det stod en munspelande gubbe, men det inte gjorde det. Jag undrar om han känner någon som spelar munspel? Den enda han kan komma på är lille-
bror. Jag undrar också om han är rädd för gubbar? Men det är han inte. Jag säger att
mamma berättade att han hade egentligen ingen att möta när han åkte iväg, skulle bara åka
till badstranden och det kanske inte kändes så roligt? P. kan nu erinra sig att det kanske var
sysror, inte ett munspel. (När han får en bekräftelse på varför han kanske inte tyckte det var
så kul att åka iväg, så kan han urskilja var ljudet kom ifrån.) Han hade fantiserat om att även
busschauffören skulle vara elak, så han hade alltså cyklat hem igen. Mamma hade sedan
cyklat iväg med honom till ett annat bad, där han badade. "Kanske var det bättre än det
andra?" säger jag. "Ja kanske det." Jag undrar lite igen över det här att han inte vill gå in i
ett rum ensam och säger också att mamma sagt att hon kanske har skämt bort honom genom
att alltid lägga fram kläder. "Kan det vara så?" P. nickar, och det händer egentligen inte så
mycket, han sitter ganska stilla, lugnt, andas lite häftigt som alltid, och talar också om att han
vaknar ibland på natten och hör ljud. Visar för mig andningsljud. Och jag undrar vad det
kommer ifrån? Han tror att det kommer utifrån. Och jag undrar vad det kan vara och fyller i:
"Ett djur?" "Eller vinden" säger P.*

En annan terapeut kunde hjälpa "sin" pojke att sätta ord på sin oro inför ett
framträdande i skolan:

*Jag kommenterar "När du sitter så där och tittar så tänker du på någonting eller är funder-
sam. Jag undrar om det är något du tänker på nu?" P. säger "Nej jag tänker inte på nåt sär-
skilt." Jag säger "Då kanske du är fundersam över något?" P. säger "Ja faktiskt lite." Jag
undrar "Vad är det du kan vara lite fundersam över?" P. börjar då berätta om att man nästa
vecka skall ha terminsredovisning i skolan och att han då ska vara konferencier samt spela ett
solostycke. Han ser väldigt uppåt ut när han pratar om det.*

*Men jag tänker på hans fundersamma blick tidigare och säger : "Du låter glad när du
pratar om det, men jag tänker att du samtidigt sade att du känner dig lite fundersam – hur
menar du?" P. förklarar då att han tycker att "Det ska bli jätteroligt att stå ensam på scen,
kan du tänka dig att bara jag ska stå där" samtidigt som han är rädd att han ska spela fel
eller komma av sig. "Hur tänker du att det blir då om du kommer av dig eller säger fel?" "Jo
du förstår att om jag kommer av mig när jag spelar så är det som att då blir det bara fel och
fel hela tiden" "Så du blir kanske nervös om du gör ett fel och det gör att det blir fler fel?"
"Ja precis så är det". Han blir tyst och sjunker liksom in i sig själv på nytt.*

*Och jag undrar var han är nånstans – om han har fler funderingar, något mer han är fun-
dersam över? "Ja, nu sitter jag här och tänker på – tänk om jag säger fel, jag menar om jag
glömmer säga något." lir tyst en stund. Och jag säger "Ja, hur tänker du?" "Ja, fast det
kanske inte gör så mycket, det är liksom värre om man spelar fel."*

Att bemöta avvisande

Flera pojkar agerade aggressivt genom att aktivt avvisa terapeuterna och få dessa att känna sig dåliga. Ibland började terapin med ett sådant avvisande:

Pappa sitter med P. i knät och jag kommer ut och uppfattar att det är en trög, seg stämning. P. verkar modstulen och lite avvisande. Jag undrar om pappa ska sitta kvar och vänta eller hur han ska göra. Pappa säger att han är sjuk och sitter och väntar här. P. säger något om att "du kan väl komma med in", men pappa hör inte detta.

Jag gör ingen affär av det, utan vi går in i rummet och tänder lampan. Vi slår oss ner vid bordet och jag uppfattar att han är rädd, skrämmd och hans ögon är som streck.

Jag känner vanmakt och märker att jag strukturerar en hel del. Säger till P. att idag ses vi för första gången ensamma och vi ska ses två gånger i veckan framöver. Det är viktigt att vi båda två kommer till de här träffarna. Jag nämner också att vi sågs i mitt rum för ett halvår sen, men det är ganska lång tid sen dess. (Något inom mig säger: Fråga inte, ställ inte P. till svars för något han absolut inte kan svara på, utan underlätta allt du kan för att han ska bli tryggare, mer avspänd.) Jag hinner också säga att i det här rummet kan vi prata, leka och göra olika saker. "Jag ska försöka hjälpa dig att bättre hantera livet."

P. säger då att det redan är bra.

"Jag ska också hjälpa dig när dina föräldrar blir arga på dig."

"Det är dom inte längre."

(Jag känner att jag får inte i gång något och borde väl stå ut, men känner också att det gäller att få in någon form av kommunikation på nåt sätt. Kanske är jag för angelägen, men situationen är som den är.)

Jag undrar om P. vill spela något? Och det vill han.

Ibland kom avvisandet i samband med ett förestående uppehåll:

Medan P. ritar säger han att det är tråkigt att komma hit. Mamma säger att han ska sluta till jul. T: "Vad är det som är tråkigt här?" Han fick inte rita färdigt på Fritids för att han skulle hit.....P. låter en kanon skjuta mot mig. T: "Vad har jag gjort nu?" "Du är dum..." (utan märkbar affekt) Paus. T: "Din M. och jag har inte talat om att du ska sluta till jul. Det är långt till jul, 3 månader. Men vi har inte planerat att du ska sluta här. Jag tycker att du ska gå här så länge som du behöver det. Barn går här för att få det bättre med sina föräldrar, sina kompisar och sig själva. Jag tyckte att du behövde tycka mer om dig själv och det tror jag att du kanske gör nu. Jag tror också att du har fått fler kompisar, men jag har inte tänkt att du ska sluta här ännu."

I några fall utlöstes avvisandet efter en tids kontakt. Pojken i följande exempel verkade tycka att terapeutens kommentarer hade blivit för närgångna. Vid det här tillfället var mamman med i rummet eftersom P. annars vägrade komma:

P. kommer med sin mamma. Återigen med nerdragen mössa, vänder sig från T. med ansiktet mot mamma, drar henne med in i rummet, håller hårt hennes hand. T. hälsar. P: "Håll käften!" Vill inte släppa mammas hand ens när hon ska ta av sig jackan. Behåller själv jacka och mössa på hela timmen.

T: "Kan mamma sitta utanför så arbetar du och jag härinne?" P. skriker: "Nej du får inte gå ut!" (mycket bestämmande ton). Mamma sätter sig bredvid P. men han kräver att hon skall sitta ännu närmare och hon flyttar fåtöljen alldeles intill hans stol. Sen sätter han sig ändå i hennes

knä. Han tar papper och penna, ritar.

T: "Jag pratade med din mamma i onsdags och vi bestämde då att det var för svårt för dig att komma då, att du var så arg och vi bestämde att det var bättre att du väntade tills idag med att komma."

P: "Håll käften! Jag vill inte prata med dig, jag vill inte komma hit alls!"

T: "Men jag kommer inte att hålla käften, jag kommer att prata med dig för att jag tror att det kan hjälpa dig."

P. vänder sig om mot T. och kastar en penna hårt mot denna, som sitter en bit ifrån och väjer undan.

M: "Nej låt bli, du får inte kasta, du får inte göra illa! Du måste komma hit till T. för du måste lära dig att kontrollera din ilska och det kan du inte nu. Tänk om du möter någon som är lika arg som du, då blir det farligt. Kanske är han större än du."

P: "Nej!"

M: "Men idag så blev det ju bråk med den där flickan och du vet att det är farligt att slå henne med bandyklubban. Du visste inte hur det skulle ta, om du skulle skada henne eller inte."

P: "Hon retas, då får hon skylla sig själv."

M: "Ja, jag vet, och det vet dina lärare också, att hon retade dig. Men du får ändå inte slå henne, det kan bli farligt. Du kan slå av hennes näsben eller göra henne illa...du kan göra henne illa och du kan inte slå på det sättet!"

P: "Jamen när hon retas så får hon väl skylla sig själv!"

M: "Men du måste lära dig att kontrollera din ilska."

P: "Jag behöver den!"

T: "Du tycker om din ilska?"

P: "Nej! Håll käften, du borde gå och skaffa en hörapparat!"

T: "Prata tydligare då, så hör jag."

P: "Jag pratar tydligt." (noggrant uttalat med mycket ironi och förakt)

T: "Du behöver din ilska. Den är lika nödvändig som att ha kläder på sig när det är 20 grader kallt ute."

P: "20 grader! Håll käften, du borde lära dig hålla käften, gå på hålla-käften-kurs!"

M: "Det kanske vore nåt för dig, P?"

T: "Jag undrar hela tiden vad det är som gör att du inte vill vara här?"

P: "Håll käften, jag vill inte prata med dig!"

Terapeuterna lät sig inte avspisas, men förstod och respekterade pojkarnas rädsla och misstro. De upplevde ofta att pojkarna i den terapeutiska relationen omedvetet överförde negativa känslor som egentligen gällde dem själva. De såg det som viktigt att hållbara dessa känslor, det vill säga stå ut med att bli betraktade som dumma och besvärliga, utan att försöka tolka överföringen för tidigt.

Gränssättning

Detta är enligt Kernberg & Chazan (1991) en viktig del av behandlingen, eftersom barn med beteendestörningar vanligen ser på tillvaron ur ett mycket ego-centriskt perspektiv och försöker ignorera regler och gränser för sitt eget beteende. Att tolka utagerande beteende istället för att sätta en gräns kan vara vanskligt i terapi med barn som har borderlinestörningar, eftersom de kan uppfatta tolkningen som tillåtelse att fortsätta med beteendet (Diepold, 1996). Men det är också viktigt att förklara de gränser man sätter och att visa förståelse för

barnets sätt att tänka. En pojke försökte till exempel lägga alla leksaker och spel som han tyckte om att använda i sin egen låda:

Jag säger att han kan inte lägga allt i sin låda, även om jag förstår att han vill fylla den. Kan-ske tror han inte att sakerna finns kvar om de inte ligger i hans låda? Men plockepinnspelet måste stå på hyllan här.

Terapeuten satte här en tydlig gräns, men visade samtidigt förståelse för hans rädsla för att det goda inte skulle räcka till eller finnas kvar.

Inslaget av fysisk gränssättning i dessa terapier var mindre än väntat. Detta kan bero på att flera av de här pojkarna inte var så hyperaktiva eller allmänt utagerande, utan snarare reagerade på känslomässig provokation med utbrott. Det kan faktiskt även tänkas bero på att den terapeutiska metodik som användes var så pass strukturerad och jagstödande. En terapeut var dock tvungen att i början av terapin låsa vissa lådor eftersom saker annars försvann. Hon måste även vid flera tillfällen handgripligen hämta tillbaka pojken till terapirummet. Det förekom också vid några tillfällen att ett par terapeuter måste hålla sina pojkar vid utbrott.

P. har i protest lämnat terapirummet och försöker låsa in sig i det angränsande förrådet. Terapeuten hindrar honom. Han blir tvärarg och börjar riva ner allt från hyllorna. Hon måste stoppa honom genom att hålla i honom och hon leder honom med milt våld tillbaka in i rummet. Det blir svettigt och P. gråter. Väl därinne släpper hon honom och då klättrar han snabbt upp på fönsterbänken. Hon tar tag i honom igen och säger att hon gör det för att skydda honom. Inget får hända som kan skada honom, henne eller rummet.

Det hände att terapeuterna inte satte tillräckliga gränser. Skälet kunde vara att man var rädd för att pojken inte skulle vilja komma tillbaka.

P. är lite hes och ansträngd, har kämpat hela timmen med pilarna, en slags enmansshow. Jag har mer funnits vid sidan om, ett tag satt jag faktiskt bakom skåpet medan pilarna ven förbi. En pil träffade nästan en bordslampa, men det var helt OK och jag kände ingen rädsla för att nåt skulle gå sönder.

I exemplet ovan släppte terapeuten pojken väl fritt med sina aggressiva impulser. Det hade ju inte varit så bra om han skjutit sönder lampan eller rentav träffat henne. I ett annat fall hade terapeuten i början svårt att sätta gränser på grund av diffusa skuldkänslor. Hon tyckte helt enkelt för synd om pojken, upplevde honom som ”alltför skör” och undvek därför att gå emot hans vilja för att inte utlösa affektutbrott. Detta tycks ha bidragit till att den terapeutiska alliansen blev svag och att hans ångest i terapisituationen ökade.

Fokusering av aggressivt agerande utanför terapisituationen

Enligt manualen för SEPP bör terapeuten från början konfrontera barnet med dess beteendeproblem och även intressera sig för hur dessa problem gestaltar sig

i andra situationer, hemma eller i skolan. Symtomet aggressivitet genererar mot-aggression från omgivningen och det blir lätt onda spiraler. Det gäller att få stopp på den processen innan barnet hinner förstöra för mycket för sig självt (Kernberg & Chazan, 1991).

De flesta terapeuterna fokuserade i inledningen av terapin beteendeproblemen:

Jag säger att vi ska börja träffas två gånger i veckan nästa vecka. "Du kanske undrar varför?" P. svarar inte, men känns väldigt närvarande. Jag frågar om han minns hur det var när vi träffades första gången? P. hummar. Jag beskriver vad mamma då berättade: Han ville inte lyda och gjorde saker som mamma blev arg för och det blev bråk. Han blev också ofta väldigt arg.... "Jag vet att fröken i skolan också blir arg på dig nu och att du inte heller vill lyda henne och att du förstör dina saker. Det verkar som det blir väldigt svårt för dig."

Terapeuterna tog sedan på olika sätt upp dessa problem under terapins gång. Här följer ett exempel där terapeuten gjorde detta på ett pedagogiskt sätt:

Vi pratar en lång stund om vad som hände i skolan då en annan pojke retade upp honom på slöjden. Enligt P. hade denne pojke gjort grimaser och då hade P. svarat tillbaka med ord och då hade den andre bland annat hävt ur sig att P. måste ha fötts på "Beckis". P. hade svarat att det stämde och att han också sett den andre där på ett speciellt rum. Tjafset hade fortsatt och när de efter lektionen kommit ut på gården hade den andre inte orkat bara munhuggas utan tagit tag i P:s mun och dragit i den så att P hade ilsknat till och slagit. Sen hade den andre försökt sparka P. i magen. Samtidigt ramlade han själv vilket fick P. att skratta. Då kom assistenten emellan och så hade läraren frågat P. om han ville stanna kvar en timme eller gå hem. Han valde att gå hem.

Jag undrar om han inte skulle kunna låta bli att tjafsa tillbaka i ett sånt läge? P. hävdar att det är hans rätt att försvara sig om någon attackerar honom. Jag frågar om det ändå inte är värt att tänka på vad som skulle hända om han inte fortsatte tjafsa mot den andre. P. säger då att han vet att han skulle vinna om de fortsatte att bara munhuggas. Men den andre släpper ju taget och börjar slåss istället.

Jag undrar vad som får P. att vilja se den andre så upphetsad, när han vet att denne inte klarar av att munhuggas och att det slutar med slagsmål? Det kan han inte svara på. Jag säger att P. har ju själv svårt att hålla ilskan under kontroll. Den andre har säkert ännu svårare. Vad skulle hända om han inte munhöggs tillbaka? P. verkar inte riktigt vara med på noterna. Upprepar att det är hans rätt att hävda sig.

Jag säger att han har ju ändrat sig mycket redan och inte gått på som förut och slagits i skolan. Exempelvis hörde jag på skolkonferensen att han använde visserligen fula ord mot en lärare nyligen, men han sparkades eller slogs i alla fall inte. Det är sådant vi skall sträva efter med honom, säger jag. Han har så mycket positivt inombords som skulle komma fram bättre om han inte blandade sig i bråk med andra. Jag berättar att lärarna berömt honom, att han är duktig och skicklig i skolarbetet, men att han också måste komma i kapp med sitt beteende. Det är inte bra för självkänslan om man alltid hamnar i bråk. Man blir också lätt utnyttjad som en som alltid blandar sig i bråk och man får alla andras skratt och rädslor på sig. Sådant mår inget barn bra av.

I följande exempel fokuserade terapeuten efter ett uppträde i skolan mer pojkens känslor.

Jag undrar igen vad det var som hände, som gjorde att han inte fortsatte i sandlådan. Jag säger att det kändes som om det var något han ville göra, men samtidigt något som hindrade honom från att göra det han ville.

P. svarar bara "Jag vet inte."

Jag undrar då om det här är en situation som han känner igen, det att han börjar med en sak, men avbryter och börjar med nåt annat.

P: "Ja så kanske det är, fast inte så mycket i skolan, mest hemma."

Jag: Hm, hm..

P. tittar på mig och säger: "Kanske ibland också i skolan."

Jag hakar på när det gäller skolan och säger: "Jag tror du vet att jag varit i din skola?"

P. svarar att det vet han för att "jag väntade ju ute på gården"

Jag undrar vad han tror att jag fått veta.

Han vill först inte svara, men berättar småningom vad som hänt och det är delvis samma version som fröken givit, samtidigt som han nästan börjar gråta då han säger att fröken "inte trodde att jag läst ut den där boken, men det hade jag ju."

"Så du blev väldigt arg för att fröken inte trodde dig, så arg att du både skrek saker och rev sönder de där fåglarna för barnen."

P. svarar att så var det och att det känns jättejobbigt nu efteråt.

Jag undrar också vad P. nu tror att jag tänker om honom, om jag också ska straffa honom som fröken och mamma, kanske köra ut honom härifrån när jag får veta vad han sagt och gjort.

P. tittar på mig och säger "Jag vet inte---nej."

Jag undrar hur det känns nu när han berättat om allt det här och vi har pratat så mycket om det.

Han säger då: "Det känns faktiskt inte så otäckt längre."

Det är dock inte lätt att fokusera problem med någon som själv förnekar dem:

Jag frågar också hur han mår och svaret är naturligtvis bra och jag kommenterar då att det är ju ditt standardsvar. Jag är aningen konfrontativ i mitt sätt och jag funderar på om det är rätt sätt, men det blir ändå det enda sättet som är möjligt i den här situationen. P. förtydligar och säger att han mår faktiskt jättebra.

Jag har träffat föräldrarna och skolfolk under gårdagen som har sagt att det är precis tvärtom. Jag har också pratat med specialpedagogen som varit inne i klassen och säger att det är verkligen så dåligt som det kan vara. Det här går alltså inte alls ihop, här sitter en kille mitt emot mig ganska lugn och säger att allting är jättebra, samtidigt har jag fått höra att ingen vill ha honom i klassen, fanns inte han där så skulle allting vara lugnt och skönt. Hur skall jag kunna översätta och nå fram till honom? Samtidigt känner jag mig tveksam, kan det verkligen vara så som de beskriver med denna kille. Det är klart, han vill inte prata, han vill troligtvis inte göra som de vill heller. Är det kanske en styrka hos P. att han vågar styra och ställa och inte bara anpassa sig?

I exemplet ovan tycks pojken förnekande hållning ha gjort terapeuten först irriterad, sedan osäker. Resultatet blev att kommunikationen låste sig och det inte gick att tala om den besvärliga skolsituationen.

Att successivt komplettera med tolkande interventioner

I en del terapier var det svårt att efter inledningsfasen komplettera det stödjande arbetssättet med tolkande interventioner. Här följer ett exempel på detta:

P. undrar varför mamma jämt gnäller på honom, när han till exempel bara går till vardagsrummet och sätter sig i en fåtölj med hunden i famnen. Jag frågar " Vad säger hon då ?" Mamma kan säga " försvinn " eller " var tyst " eller " något annat som " jag vill sova och vila " .

Jag stannar upp här och frågar vad han tror att mamma tror vad han vill. P. begriper inte riktigt min fråga så jag förklarar mig " om du skulle fråga mamma nästa gång vad hon menar, då skulle du få veta om mamma behöver vila just då och om du skulle kunna kanske prata med henne om en stund ? "

Terapeuten tycks här inte ha bekräftat pojkens känslor av sorg och vrede i förhållande till mamman. Trots att den terapeutiska alliansen vid det här laget var god och hon hade uppmanat pojken att berätta om sådant, som han tyckte var besvärligt hemma, blev hennes gensvar på hans kommunikation pedagogisk och rådgivande.

Ibland blev terapeuterna alltför pedagogiska eller tillrättaläggande i sitt bemötande just när pojkarna gav uttryck för aggressiva impulser:

T: "Fick du någon fisk?" P: "Nej, jag sprang mest runt och hade ihjäl de andras fiskar." Berättar att en del fiskar legat en lång stund. T: "Du tycker inte det är läskigt att ha ihjäl fiskarna?" P: "Nej, det är roligt att skära av huvet och saker"...(Ler samtidigt och tittar prövande på T) T: "Du skrattar och tittar på ett speciellt sätt." P: "Jag är smågrym." T: "Hur märker man att du är smågrym?" P: "På lite av varje." T: "Undrar i alla fall på vilket sätt – smågrym?" P: "Det märker man." T: "Hur?" P: "Det går inte att förklara." T: "Smågrym...känslig"...P: " Nej." T: " Känslig, smågrym, för arg/för snäll ..." P: "Nej är inte det längre. " T: "Inte?" P: "Ja, för det är nåt annat." T. frågar vidare, men P. vet inte, utan lägger sig i soffan. Det är tyst länge och han svarar inte på tilltal.

Terapeuten visade intresse för den sadism som pojken uttryckte här, men omformulerade på ett skonsamt sätt "smågrym" till "känslig", vilket tycks ha medfört att pojken slöt sig och tillfälligt avbröt kommunikationen. Kanske trodde han inte att terapeuten kunde acceptera hans sadistiska impulser?

Andra terapeuter tycks tvärtom ha varit mer inställda på att hjälpa pojkarna att ge uttryck för sin aggressivitet än på att hjälpa dem att kontrollera den, vilket troligen också skulle ha behövts:

Terapeuten skall senare samma dag träffa föräldrar och lärare och P. undrar vad de skall prata om. T: "Jag tror de är lite bekymrade över hur du har det i skolan och att de vill rådgöra med mig om hur man på bästa sätt kan hjälpa dig." P: "Jag har varit ganska retad i skolan förut. Jag är faktiskt fortfarande ganska retad." Så berättar han om en episod samma dag, där någon ställt sig för i dörren till matsalen. "och jag bara klippte till honom. Jag är ganska lättkänslig." T: "Du är ganska lättkänslig..." P: "Ja, jag blir fort arg och gav honom ganska så mycket stryk." T: "Jaha." P: "Så var det en annan som smet förbi och han fick en spark i ändan också." T: "Uhum. Ja, det är ju sådant som kan hända när man blir retad,

*att man blir väldigt arg på dem som retar en och så kan man ju bli arg på andra av bara far-
ten med." P: "Jaa". Sedan gör P. en skräcködla i lera och T. kommenterar att "en sådan där
skräcködla skulle man ju ibland vilja vara när man blir retad, eller?" P: "Jaa! Så man
kunde klippa till alla de andra!"*

Det är möjligt att pojken i exemplet ovan inte skulle ha varit lika meddelsam, om terapeuten intagit en mer pedagogisk hållning. Men man kan också undra om pojken kunde ha uppfattat det som att terapeuten sanktionerade hans aggres-
siva beteende mot kamrater?

Skillnader i teknik mellan SEPP och annan barnpsykoterapi

En terapeut som arbetar enligt SEPP-metoden lägger så att säga först en grund genom att stödja barnets självkänsla och jagfunktioner, varefter hon bygger vi-
dare genom att stimulera barnets förmåga att kommunicera och reflektera kring
sina känslor och tankar. Detta är inte heller unikt i psykodynamisk barnterapi.
Som ovan nämnts har många barnterapeuter arbetat på ett kombinerat stödjande
och tolkande sätt (Sylvander, 1983). Men det är en svår konst att i det enskilda
fallet hitta "lagom" balans mellan ett stödjande och tolkande arbetssätt. I SEPP
erbjuds till skillnad mot vad som hittills förekommit i psykodynamisk terapi en
systematisk manual som hjälp i detta svåra arbete. En viktig skillnad mot annan
psykodynamisk barnterapi är vidare att det terapeutiska arbetet aktivt inriktas på
att uppmuntra barnet att förstå och övervinna sina beteendeproblem.

Föräldrasamarbetet

Barnterapeutens samarbete med föräldrarna utgör en viktig hörnsten i SEPP-be-
handlingen, som den beskrivs av Kernberg & Chazan (1991). Den vanliga mo-
dellen inom BUP är annars att en kollega till barnterapeuten har föräldrasamtal-
len. I syfte att i relationen med barnet uppnå intensiv överföring och maximalt
förtroende begränsar barnterapeuten då sin direkta kontakt med föräldrarna och
andra personer i barnets nätverk.

I SEPP syftar man dock inte till att framkalla överföringsreaktioner, eftersom
de flesta barn med beteendestörningar först och främst behöver stärka sina jag-
funktioner och redan har tendenser till att snabbt reagera med negativ överföring
i nya relationer. I detta projekt hade barnterapeuterna därför själva samtal med
såväl föräldrarna som skolan och framstod på så sätt mer som vanliga vuxna för
pojkarna.

Att barnterapeuten hade regelbundna samtal med föräldrarna innebar enligt
terapeuternas utsagor i seminarierna samt i intervjuerna (Beje, 2000) flera *för-
delar*:

Samtalen med föräldrarna kunde fokuseras på barnet eller relationen med bar-
net: "man har barnet med sig och låter sig inte ledas iväg från barnet för mycket
under samtalen." I det individualterapeutiska arbetet hade terapeuterna också

nytta av den helhetsbild av barnets situation som de fick genom att själva träffa föräldrarna (och skolan). Föräldrarnas egen motivation till samtal tycktes stärkas av att den terapeut som de talade med var samma person som hade terapin med deras pojke. En del av förklaringen till detta kan vara att föräldrarna initialt kände sig rädda för att barnterapeuten skulle tro att alla problem berodde på dem. Något av denna osäkerhet framgår i följande utdrag ur en processanteckning:

Mamma uttrycker oro för att jag när jag börjar arbeta med P. bara ska få en idyllisk uppfattning om honom. När han får vara själv med någon utan så mycket störning utifrån så går det i regel väldigt bra. "Han kan vara som två eller tre olika personer" säger mamman och den bråkiga, rasande och förtvivlade P. kommer bara fram, när han blir hindrad eller frustrerad.

Jag säger att den sortens känslor också kan komma här därför att hela arrangemanget är uppbyggt kring att timmarna börjar och slutar och att han därmed får ett nej varje gång vi ses, ett nej att fortsätta fast han vill det.

Föräldrarna verkar förstå det men har nog kvar ett tvivel och en oro för att jag inte ska träffa den svåra P.

Jag repeterar våra samtalstider och P:s tider och säger att det är viktigt att han kommer till varje timme även om det kan komma perioder när han tycker att det är svårt.

På slutet säger mamman att tålmodet inte alltid håller, att hon kan känna sig uppgiven och är tacksam för att de svåra perioderna avlöses av lättare perioder, "annars skulle man ha hamnat på psyket för länge sen". Jag säger att vi kommer att ha tid att prata mer om just hur det är för dem, föräldrarna, att vara med P. och att möta allt det svåra som han belastar dem med. Jag säger också att det kan ju vara svårt att hantera detta för dem två tillsammans och att vi kan tala om det också här. Föräldrarna säger ingenting men jag får intrycket att de instämmer.

Många föräldrar känner skam och skuld när de tvingas söka psykologisk hjälp för sitt barn (Weil, 1989; Engelse Frick, 2000). Det tar tid att bearbeta dessa känslor som därför ofta finns kvar även hos föräldrar som bestämt sig för att låta barnet gå i psykoterapi. Föräldrar kan bli både avundsjuka och svartsjuka på barnets terapeut. När man själv har en konfliktfylld relation till barnet kan det kännas orättvist att terapeuten tycks få en bättre relation. Detta kan leda till känslokonflikter som på olika sätt stör samarbetet kring behandlingen och i värsta fall medför avbrott, om de inte kan bearbetas i föräldrasamtalen. Det händer också att känslor av avund och svartsjuka ibland riktades mot terapeuten, men dessa känslor behövde sällan tolkas verbalt för att bearbetas och det blev inga avbrott i kontakterna. I följande exempel hade terapin pågått ett halvår och mamman hade i sina egna samtal uppträtt på en gång forcerat och avvaktande. Terapeuten upplevde samtalet som "ett genombrott i kontakten" och menade att hon först under denna period fick en verklig samarbetsallians med mamman. Situationen var den att pojken hade burit sig illa åt mot läraren i skolan och handgripligen givit sig på en kamrat, varefter han av mamman förbjödits att vara på fritidshemmet (där han till skillnad mot i skolan trivdes bra och var omtyckt).

Mamma eldar upp sig under samtalet och talar om hur det daltas med barn och kriminella och hur viktigt det är med fasta regler. Mot slutet av timmen säger hon emellertid "Tänk om jag skulle prata lite mer med P? Vi är ju ensamma hemma idag, kanske skulle jag säga att han ska få en ny chans. Jag kanske var lite hastig när jag förbjöd honom att gå på Fritids. " Jag stöder detta, varefter mamma återgår till att tala om hur det daltas och att man måste ha regler och hur kommer hon att betraktas av P. om hon ändrar ett taget beslut?

Jag säger att jag märker att hon har mycket att fundera på och att det inte är så lätt att veta hur man skall fostra barn. Hon får fundera, det finns ingen anledning att forcera fram ett beslut, det här som hon uttrycker här kan vara tankar som hon kan ha för sig själv och som inte behöver leda till handling just nu. Vi kan fortsätta prata om det här. Hon ser lättad ut.

När misstron och avunden hade genomarbetats tycks det i flera fall ha blivit så att föräldrarna metaforiskt uttryckt använde sig av sin och pojkens relation med terapeuten som ett "stödförband", medan den slitna relationen mellan barn och förälder läktes. Det verkar som om terapeuternas arbete med att hjälpa föräldrarna att förstå pojkarna bättre och lyfta fram pojkarnas resurser stärkte den positiva sidan av föräldrarnas känslöbindning. Föräldrarna tycks även ha kunnat använda sina erfarenheter av samspel med terapeuten som modell för en omstrukturering av sin inre arbetsmodell för föräldra-barn-samspel. Detta illustreras i följande exempel från två olika terapier:

Mamma undrar varför han är så oförsämd mot henne. Det visar sig att P. kan säga mycket sårande saker till henne, sådant som "jävla käring" eller "fuck you". Jag undrar vad hon tror är anledningen till att han är så arg på henne?

Hon vet inte. Berättar om några situationer och när vi diskuterat dem så inser hon att hon hotar honom på samma sätt som han hotar henne - med att dra in något trevligt. Men när han är ensam med henne, när inte syskonen är med, då är han jättegullig.

Är P. svartsjuk? undrar jag.

Kanske, men inte öppet. Trots att han är arg på henne så är han väldigt mån om relationen till henne, menar mamma. Jag frågar hur han förhåller sig till hennes graviditet, det nya väntade syskonet. Hon säger då att P. säger att det är OK om det blir en lillebror, men om det blir en lillasyster... Han säger att man skaka ihjäl bebisar. Hon förstår att han hört det på TV. Hon blir inte skräm av att han säger så. Jag säger då att P. kanske själv blir skräm av sina tankar. Då säger mamma att det är tänkbart. Berättar sedan om hur omtänksam P. var mot ett yngre syskon när detta var nyfött.

I nästa exempel tycks pappan ha hjälpt till med att stärka mammans positiva känslor för pojken.

Mamma tycker att det skett en tillbakagång vad gäller P. Igen blir han väldigt arg och får utbrott för småsaker. Mamma gör jämförelsen mellan brottslingar som säger att man har rätt att slå ihjäl någon som provocerar en, vilket kan räcka med en blick, och hur P. reagerar. Det tar en stund för mig att förstå resonemanget. Det tycks som att P. lätt missförstår olika situationer och tror att han på något sätt blir lurad. Han har en tendens att se andras agerande som negativt för honom själv. Under lovet då mamma varit ensam med barnen på landet har flera incidenter skett, då han först har illvrålat, sedan slagits. Pappa invänder: "Inte slåss han väl." Mamma: "Du var ju inte med."

Ofta tycks det ha gått till så att P. kan ha läst fel eller drömt sig bort i något spel och sedan

inte kan acceptera brödernas argument och regler. Han tror sig ha blivit lurad och hans ilska blir omotiverad och utan proportioner. Mamma har behövt hålla honom. Han är i dessa lägen inte mottaglig för argument och det har tagit lång tid att lugna honom. Mamma blir själv arg i sådana situationer och känner att hon nästan måste bli det för att nå honom.

Om dessa situationer uppstår när pappa är med är det oftast han som tar "fajten". Han blir mindre upprörd och brukar till slut kunna föra ett resonemang med P. om vad som hänt. Pappa tycker också att P. numera ser sin del i händelseutvecklingen bättre.

Några månader senare uttryckte mamman själv positiva känslor både för pojken och för terapin.

Mamma tar upp att hon är glad för att de tog beslutet att låta P. gå i terapi. Hon tycker att P. behöver det. Han är så arg och ibland är det svårt att få honom att höra vad man säger.

I den nya klassen är de mycket nöjda med honom. En gång har han dock haft ett utbrott, vilket mamma tycker är bra, eftersom de i skolan då kan förstå bättre hur det kan vara hemma ibland. Mamma säger också att både hon och pappa brukar känna sig bättre när de kommer härifrån.

Jag säger att det känns fint att träffa P. och att han har ett stort allvar som inger respekt. Båda föräldrarna svarar då med att ge flera exempel på vilken otroligt fin pojke de tycker att P. är.

Ett par pojkar visade tidvis motstånd mot terapin, ville inte gå dit. Föräldrarna stödde i samtliga fall behandlingen under dessa perioder och lyckades förmå pojkarna att trots allt fortsätta. Kanske underlättades detta av deras egen kontakt med terapeuten. De kunde tillsammans fundera över vad motståndet kunde bero på. Det gick också att utan onödiga dröjsmål klara ut missförstånd och konflikter som uppstod. Vidare blev det svårare för barnen att spela ut föräldrar och terapeut mot varandra, när dessa hade direkt kontakt. Till exempel spottade en pojke under ett utbrott terapeuten i ansiktet och utan att tänka sig för spottade denna tillbaka. Han hotade genast terapeuten med att hans mamma skulle bli arg för att hon gjort detta och mamman blev också mycket upprörd. Terapeuten sade att hon visste att hon handlat fel, men hade känt sig väldigt provocerad. Denna händelse medförde paradoxalt nog en positiv vändpunkt i samarbetet med mamman, som först nu vågade tala om hur svårt hon själv ibland hade att behärska sin ilska.

Men det framkom även att arrangemanget med att samma terapeut hade barnterapi och föräldrasamtal kunde ha vissa *nackdelar*:

I några fall trodde terapeuterna att föräldrarna kunde ha behövt mer hjälp att bearbeta sina egna erfarenheter och känslokonflikter. Framför allt gällde detta ett par ensamstående mammor som kanske kunde ha haft nytta av samtalskontakt med en annan terapeut. Nu stod ju relationen med barnet i fokus i samtalen så gott som hela tiden. Det var svårt att få till ett samarbete med de pappor som inte fanns i familjen och i ett fall även med en pappa som fanns där. Det skulle kan-

ske ha varit lättare för en särskild föräldraterapeut att satsa den tid som behövdes för att motivera till kontakt och balansera den konflikt mellan föräldrarnas olika syn på barnens behov som fanns.

Barnterapeuter tenderar att identifiera sig i första hand med barnet, som ju är deras patient. Men även om barnet är huvudpersonen i denna behandlingsmodell behöver föräldrarna också känna sig förstådda och bekräftade. Det kunde i ett par fall vara svårt för terapeuterna att visa sådan empati i situationer då de upplevde att föräldrarna inte förstod eller tog hänsyn till sina pojkar. Att försöka hitta sätt att trots allt göra detta var något som periodvis tog utrymme i handledningsgruppen och enskilda konsultationer.

Handledning eller åtminstone tillfällen att regelbundet diskutera terapin i en mindre grupp är extra viktigt när man arbetar ensam med en familj. Tack vare projektformen fick terapeuterna här visst sådant stöd, men det var otillräckligt och det blev uppenbart att detta behov måste tillgodoses, om metoden skall tillämpas i vanligt kliniskt arbete.

I ett par av de längre terapierna kändes det tungt att arbeta ensam med barn och föräldrar. I ett fall blev det också nödvändigt att efter tre års behandling överföra föräldrakontakten på en annan terapeut. I ett annat fall bytte terapeuten arbete efter två år och kunde av tidsskäl endast fortsätta med barnterapin, varför en annan terapeut på mottagningen övertog föräldrasamtalen.

Några terapeuter var som ovan nämnts till att börja med oroliga för att terapiprocessen skulle påverkas negativt av att de parallellt hade kontakt med föräldrarna (och skolan). De befarade att pojkarna inte skulle lita på att de kunde bevara deras förtroenden. Det förekom dock endast att en pojke vid ett tillfälle gav uttryck för sådan misstänksamhet. Terapeuten trodde också att denna pojke eventuellt använde sig av detta som argument för sitt motstånd till terapin.

Skillnader mellan SEPP och annan barnterapi vad gäller föräldrasamarbetet

Barnterapeutiskt arbete och föräldrasamarbete följs nära åt även i annan psykodynamisk barnterapi, men vanligen utförs inte dessa arbetsuppgifter som i SEPP av en och samma terapeut. Detta arrangemang kan vara särskilt lämpligt när det handlar om beteendestörningar, eftersom i sådana fall ofta relationen mellan barn och föräldrar är negativt belastad, föräldrarna känner sig misslyckade och barnen är vana vid att spela ut vuxna i sin omgivning mot varandra.

Skolsamarbetet

Terapeutens aktiva samarbete med skolan är en viktig del i SEPP-metodiken och tycks i de fem fall där detta fungerade ha haft stor betydelse. Terapeuterna menade att samlagsmötena bidragit till lärarnas förståelse och tolerans för pojkarna samt även till att pojkarnas föräldrar fått ökad förståelse för regler, krav och begränsningar i skolan. Skolsamarbetet tycks också i dessa fall ha stärkt

samarbetsalliansen och hjälpt terapeuten att förstå fler aspekter av pojkens problematik. I följande exempel hade en pappa själv tagit initiativet till att ta med skolpersonalen till föräldrasamtalet, men sådana gemensamma möten förekom annars regelbundet på planerade tider.

Pappa inleder med att beskriva varför han bett X (läraren) och Y (assistenten) följa med till dagens möte. Det har uppstått ett missförstånd kring Y:s arbetsuppgifter i klassen och båda föräldrarna har varit ganska arga. Pappa har tagit upp det här med X och Y som sett ut som frågetecken i ansiktena båda två, eftersom det hela var organiserat på ett annat sätt än pappa hade trott. De upptäckte då att det fanns en del annat som skulle vara värdefullt att tala om och därför bestämde de att X och Y skulle följa med hit idag. T. bekräftar att det verkar vara en bra idé och pappa fortsätter att beskriva läget i resursfrågan: Under vårterminen arbetar Y i alla fall heltid i klassen och har mycket tid för. T. frågar då hur det går, vad de gör.

Y berättar att det går mkt bättre för P. i de flesta avseenden i klassrummet och särskilt när hon har honom enskilt – några timmar utspritt över veckan – arbetar han på väldigt bra. Hon behöver "pusha" honom, för att han inte ska bli sittande med samma tal en hel timme. Men om hon säger till honom "det och det ska du göra" eller "så och så många tal ska du göra innan du får gå på rast" då gör han det. Hon frågar T. om det är att gå för långt att kräva att han ska ha gjort ett visst antal uppgifter. T. svarar inte direkt, utan diskuterar det hela lite fram och tillbaka med Y. Det framkommer att P. inte så mycket sätter sig emot att hon sätter upp mål och gränser, utan tvärtom verkar bli ganska nöjd när han lyckas klara av uppgiften. T. tycker då att känns ganska enkelt att säga till Y: "Det är ju ett bra kvitto på att det du gör är rätt."

Föräldrarna och läraren tar nu upp en annan fråga, nämligen P:s kroppshållning. Han blir lätt liggande vid bänken eller datorn och de undrar vad det betyder. T. stöder dem i att det är viktigt att försöka hjälpa honom att sitta upprätt med hänsyn till utvecklingen av hans skrivande, finmotorik, kroppsuppfattning och självkänsla.

T. frågar sen om P.s förhållande till kamraterna. Även i detta avseende beskriver X och Y. en positiv utveckling, säger att P. nu är efterfrågad. Han leker i huvudsak med något yngre barn, men i de lekarna fungerar han bra och är i väsentligt mindre utsträckning indragen i konflikter. Detta kan till en del bero på att det nu finns ganska många vuxna runt honom vilket bidrar till att det uppstår mindre konflikter. Y. finns med i de flesta situationer, även på jympan och vid omklädningen, där det tidigare lätt blivit bråk. Också i matsituationen fungerar det mycket bättre nu. Han slabbar inte, utan sköter sig bra och han äter det mesta.

Mamma berättar att de också har "skärpt upp det" hela lite hemma. T. undrar på vilket sätt. Föräldrarna berättar att de har infört dataspelförbud 4 dagar i veckan. De försöker också lite kraftfullare hjälpa P. att inte blir så regressiv vid motgångar eller när något inte blir riktigt som han vill. De försöker hjälpa honom att sätta ord på vad han känner när han agerar som en bebis, de uppmanar honom att istället ge verbala uttryck för vad han vill eller behöver. Båda föräldrarna verkar tycka att det ger resultat. T. bekräftar att detta låter väldigt bra för P.

När timmen slutar verkar föräldrarna ganska nöjda med att det verkar som om skolan arbetar i den riktning som de önskar.

Samarbetsmötena var dock inte alltid så positiva. Följande exempel är från en situation med akut kris där P. eventuellt skulle placeras i en specialskola.

Läraren berättar att föreståndaren på X-skolan skulle ha besökt klassen idag men gav först återbud och kom sedan bara 15 minuter. P. fanns dessutom inte i klassrummet när hon kom

och hann inte uppfatta att hon kom för att titta på honom. Läraren säger att hon kände sig spänd eftersom hon förstår att det handlade om att titta på henne också. Mamma säger att hon också kände sig spänd eftersom hon visste att föreståndaren skulle titta på P. Assistenten säger att P. fattade i alla fall ingenting. Han uttrycker sig väldigt kategoriskt och jag undrar om han menar att P. inte känner av dylika känslor. Assistenten hamnar i försvar och säger att han själv också är en känslig människa men han tror inte på sånt här "snack".

Mamma säger att P. hade ont i halsen idag och ville inte gå till skolan och hon tror nog att han visste att föreståndaren skulle komma och titta på honom. Själv har hon ju varit nervös, så varför inte också han? I alla fall fick föreståndaren inte se honom eftersom han inte fanns där, men hon konstaterade att det var trångt i klassen och rörigt och stökigt och sade att hon inte fattade hur man kunde bedriva någon undervisning där. Samtidigt kom också en ny assistent som skulle besöka en annan pojke som har mycket problem just nu.

Läraren säger att det kommer att bli ännu värre till hösten för då kommer hon att få tre nya elever, visserligen flickor men i alla fall. Hon beskriver också hur man hade engelska och tittade i bilderböcker och alla tyckte det var roligt utom P. Jag säger då att han gillar inte problemlösning i flera led och känner sig obekväm när det är något kreativt på gång. Ja han vägrade i alla fall, säger läraren. Mamma undrar om det verkligen var bara han som vägrade och om det inte kan ha varit något starkt i att han vågade vägra. Inget svar på detta mer än att läraren börjar tala om att det är kraftprovningar med P. varje dag. Han är rapp och stöddig och hon fattar inte hur han kan hånle som han gör mot henne. Mamma säger att hon tror inte att han hånler egentligen, utan att han är rädd och "hånler" för att kamraterna ser på. Hon tror inte att han skulle le så om läraren och han var ensam. Läraren verkar tveksam och säger att hon tycker det verkar som om P. tycker det är skojigt när hon är arg. Jag säger att P. kanske håller på med att testa vem som är starkast.

Läraren säger att P. inte har någon förmåga att avläsa skojbråk, idag hade tre killar slagits på skoj och han hade tagit det på blodigt allvar, tagit en stav och gått in och det hade sett otäckt ut. Till läraren sade han sedan att han hade försökt skydda en av killarna, men det var bara han som hade tagit slagsmålet på allvar.

Assistenten berättar att P. har börjat säga att han inte har några vänner i klassen, förut var ju alla hans vänner. Assistenten säger vidare att något speciellt har inträffat idag, för första gången frågade P. honom om ett råd. Men när jag blir engagerad och säger att det visar att han fått upp ögonen för att man kan få hjälp från vuxna, vill assistenten inte se att det var så märkvärdigt. Jag frågar vad det var för råd P. ville ha, men minns inte vad det var nu, och jag undrar hur assistenten bemötte honom. Assistenten säger då att han hade inte tid med P. för det här hände på fritidshemstiden och då måste han ha tid med alla andra. Där hejar läraren på med att säga att "vi har minsann inte tid att spegla P. specifikt". Jag säger att det kanske går att följa upp det här i morgon när assistenten och P. är ensamma, att han då kan höra med P. vad det var han ville och säga att det kändes bra att han frågade honom till råds. Men assistenten säger att så kan han inte säga, det känns onaturligt för honom. Och då säger jag att så kan man väl inte vara hela tiden utan man får väl också försöka se utifrån barnens behov och i det här fallet behöver P. stöd och uppmuntran i att fråga vuxna till råds. Mamma inflikar att så är det nog och det är något stort när P. faktiskt ber om hjälp.

Läraren säger nu att det lätt byggs upp en spänning kring P. och sedan blir det konflikt och sedan börjar det från början igen. Igår hade inte varit någon bra dag så att hon förstod att det skulle bli någonting idag och det blev också så att han sprang ut idag och inte ville arbeta. Det är också något som har hänt med P., det att han just nu inte tycker någonting är roligt. För övrigt är klassen harmonisk och trevlig, menar läraren. Jag säger att så är det ju också hemma hos P., familjen i övrigt är harmonisk och trevlig om inte bara Mamma och jag tittar menande på varandra och jag slutför inte meningen. Jag anknyter också till det läraren sade om att P. bygger upp en spänning kring sig och sedan blir det konflikt, och säger

att spänningar i en grupp kan urladdas via ett barn och att så kan det även vara i en familj, men jag får inget speciellt gehör för det.

Mamma säger att hon vill berätta för P. att föreståndaren från X-skolan kommer igen på fredag och jag kan också förbereda honom på detta, men det är viktigt att mamma berättar det först så att inte P. känner sig sviken av henne. Det har också varit bråk mellan P. och assistenten, slagsmål och en klubba gick sönder och det handlar om att P. inte kan förlora utan går därifrån och slänger någonting. Föreståndaren som kommer på fredag kommer att vara med på gympan och matten. Mamma är orolig för att P. inte kommer att vilja gå till skolan den dagen och därför föreslår jag att pappa följer med vilket han lovar att göra.

Situationen i klassen var kaotisk och P. hade, kanske inte oförskyllt, blivit det svarta fåret som man ville ha bort. Den massiva kritiken provocerade terapeuten till att uppträda som P:s "försvarsadvokat". Hon försökte tolka och förklara hans beteende på ett psykologiserande sätt som assistenten inte tyckte om och uppfattade som "snack". Det är vanligt att vuxna som samarbetar kring barn med beteendestörningar hamnar i konflikt med varandra, vilket också läraren med sitt yttrande tycktes försöka påpeka. Terapeutens starka engagemang i P. försvårade faktiskt här ett konstruktivt samarbete med skolpersonalen. Mamman spädde på konflikten genom att också förklara och försvara P:s aggressiva beteende. Det hela slutade dock med att pappan, som tidigare bagatelliserat skolproblemen, lovade att följa med P. till skolan den dag då föreståndaren för specialskolan skall komma.

Trots allt tycks det ha blivit ett lyckligt slut på historien, vilket talar för att det viktigaste är att de berörda vuxna tillsammans försöker lösa problemen. Det blev ingen specialskola och P. stannade kvar i klassen. Ett halvår senare var situationen betydligt mer positiv.

Läraren inleder med att berätta att det går mycket bättre i skolan nu. Hon är förvånad över den positiva utvecklingen. Ett av skälen är att assistenten mera tydligt går in som hjälpjag för P. som behöver hjälp med att strukturera upp sig då han lätt tappat koncentrationen och inte hänger med. Läraren menar också att P. inte läser av omgivningen tillräckligt noggrant och därför blir det en hel del missförstånd. Han behöver tydliga signaler, man måste rikta sig direkt till honom och nämna honom vid namn, kanske något som alla barn skall behöva mer av. Detta med att han har svårt att läsa av omgivningen kan ha olika orsaker, bland annat det att man faktiskt velat bli av med honom i klassen, vilket gjort att det inte varit så lustfyllt att avläsa omgivningens signaler. Vad beror på rädsla och vad på oförmåga här?

P. är i alla fall gladare nu och igen säger läraren att utvecklingen är otroligt bra. I går hade föräldrarna och han varit på utvecklingssamtal och för första gången lyssnade han verkligen på vad som sades. Han har blivit en observatör, kanhända ensam men ändå inte som förut indragen i allt. Ofta när något hänt säger han att han inte är skyldig, även då det är ointressant vem som har gjort vad. Han verkar stigmatiserad i rollen av att ständigt vara skyldig, detta vill läraren komma bort från.

Föräldrarna säger att det har blivit mer problem hemma, men det är OK för det är där det hör hemma. P. och lillebror bråkar ständigt. Mamma berättar om hur lillebror ringt upp henne på jobbet och sagt att P. varit elak och hur hon då sagt till P., att om han inte skärper sig blir det indragen veckopeng. Detta har effekt. Föräldrarna säger att de förut ofta använt tomma hot, men nu försöker de vara konsekventa.

I några fall uppfattade terapeuterna det som att föräldrarna inte kände behov av hjälp med skolkontakten och då ville de inte själva föreslå eller ta initiativ till detta. En viktig princip i barnpsykiatriskt behandlingsarbete är ju att inte ta över och göra sådant som föräldrarna klarar av själva. Det kan dock i vissa fall vara svårt att avgöra om föräldrar verkligen "klarar" skolkontakten och inte snarare undviker den, eftersom den har blivit så frustrerande.

En pojkes mamma skrev ett brev till mig efter att ha läst projektrapporten (Eresund, 1999b). Hon var på det hela taget positiv, men efterlyste mer hjälp med skolproblemen. Följande är ett utdrag ur brevet:

Det som jag tyckt var tokigt med projektet var, som jag sade till dig, att skolan inte fick större roll (inblick) i det hela. De tester som gjordes och de brister i perception och koncentration som framkom där kunde jag inte förmedla på rätt sätt till skolan. De svarade typ: "Jaha".

P. har klarat nationella proven i femman ganska bra i matematik och svenska, men i svenska var det tveksamt godkänt. Där gick det sämre för att han inte vill skriva så mycket. Enligt skolan skriver han sakta, dåligt och kortfattat (en mening per lektion) och det kan nog stämma. Hur jag skall få honom att öka takten till högstadiet vet jag inte.

Alla dessa "bråkiga pojkar" måste få hjälp. Synd att det måste gå så långt att barnpsykiatri måste anlitas. Hur får man omogna pojkar att mogna? Har 6-åringarnas inträde i skolvärlden någon betydelse? Har de årskurslösa klasserna/stadierna någon påverkan?

Har klassrumssituationen, det vill säga den nya pedagogiken att eleverna skall arbeta självständigt med självinstruerande uppgifter (typ "mattehuset"), ta eget ansvar för sitt kunskapsinhämtande och sin arbetsplanering, och där arbetsmaterialet inte längre ligger i den egna bänken utan i en låda/hylla på andra sidan klassrummet, utvärderats?

Har skolpengen och integreringen skola-fritidshem något med den oroliga miljön att göra?

Eller är det föräldrarnas problem med gränssättning, video- och datavåld, dålig kost och för mycket fritidsaktiviteter som är orsaken?

Barn mår dåligt och lärare blir utbrända. Själv känner man sig ängslig och kränkt när skolan påtalar att sonen är ouppfostrad, bortskämd, omogen, värst, sämst och gör läraren sömnlös. Sonen mår dåligt, själv blir man villrådig. Det blev ett triangeldrama: sonen, skolan och jag. Där allt bara blev värre ju längre tiden gick.

Det är svårt att som lekman och förälder komma med förslag och idéer. En gång fick jag till svar av en personal att hon hade trettio års pedagogisk erfarenhet. Punkt slut. Ville svara: Använd den då! - Så där dumt kan det bli. Om föräldrar är lättkränkta så är det tyvärr ännu värre med skolpersonal. Tråkigt. Bättre att vara tyst.

Föräldrar känner sig ensamma och maktlösa när deras barn inte passar in i skolan. Och efter det att de på skolans förslag sökt hjälp på BUP kan de alltså hamna i att själva behöva förklara resultatet av den utredning som gjorts. Kanske var inte bara mamman missnöjd med detta, utan också läraren skulle ha önskat direkt "feed-back" från BUP? Den här pojken hade förutom sina beteendeproblem stora inlärningssvårigheter och skulle ha behövt mer hjälp med detta i skolan, parallellt med terapin. Tyvärr tycks en del pedagoger och psykologer alltjämt tro att inlärningssvårigheter försvinner av sig själva under en psykoterapi. Det gör de i alla fall inte i de fall där beteendeproblemen till stor del följer av inlärningsproblemen.

Skillnader i samarbete med skolan

Samarbete med skolan ses som viktigt i all behandling av barn med beteendestörningar. Vanligen sköts dock detta av någon annan än den terapeut som arbetar med barnet, samma kollega som också har hand om föräldrakontakten. När barnterapeuten här själv deltog i möten med skolan tycktes detta ha medfört att lärare och assistenter blev mer engagerade i behandlingssamarbetet. Terapeuten fick även större möjlighet att påverka skolsituationen. Vidare fick terapeuten veta hur pojken fungerade i skol- och kamratsituationen, vilket stöd han fick och vilka krav som ställdes på honom. Samarbetsalliansen med föräldrarna stärktes också när terapeuten tillsammans med dem träffade skolpersonalen. Dessa möten tycktes även i vissa fall ha bidragit till att föräldrarna fått bättre förståelse för de krav, regler och villkor som gäller i skolan.

Kapitel 16.

Hur fungerade SEPP för olika typer av beteendestörningar?

SEPP-metoden tillämpades inte i samtliga fall i detta projekt. Som ovan beskrivits följde tre terapeuter inte den rekommenderade tågordningen för interventioner och hade inget regelbundet skolsamarbete. SEPP bedömdes därför inte ha tillämpats i de terapierna. I de övriga sex terapierna bedömdes SEPP ha tillämpats, även om terapeuterna i tre av dessa fall inte heller helt följde manualen. De tillämpade ändå i stort sett principerna. Går det att i de fall där metoden hade tillämpats se några tecken till att terapimetoden skulle passa bättre för vissa typer av personlighetsstruktur och psykologiska störningar än andra? Hur skiljer sig de fall där metoden inte tillämpades från de andra i ovannämnda avseenden?

Narcissistisk störning

Tre pojkar hade bedömts ha en övervägande narcissistisk problematik och i samtliga fall tillämpades SEPP-metoden. En av dessa pojkar uppfyllde DSM IV-kriterierna för diagnosen uppförandestörning, de andra två dem för trotssyndrom. Den psykodynamiska strukturen bedömdes i två fall som hög (det vill säga lindrig) borderline och i ett som övervägande neurotisk. Ingen av dessa pojkar bedömdes ha neuropsykiatrisk funktionsstörning. Behandlingsresultatet bedömdes som bra i två fall av både föräldrar (CBCL) och lärare (TRF), i ett fall endast av lärare.

Tidigt i kontakten upplevde två av terapeuterna att arbetet gick trögt och att känslor av besvikelse, hjälplöshet och irritation dominerade i motöverföringen. Detta höll i sig ganska lång tid, men småningom blev pojkarna mer samarbetsvilliga. När de slutade sina terapier bedömdes de ha gjort tydliga framsteg i sin sociala och känslomässiga utveckling och fungerade utan anmärkning i skolsituationen. I den tredje av dessa terapier blev det istället snabbt en positiv utveckling, vilket troligen sammanhänger med att denna pojke hade en mer neurotisk personlighetsstruktur.

Här följer vinjetter från de två terapier där processen tog längre tid.

Alex

Alex hade genom sitt aggressiva beteende straffat sig ut rejält i skolan och hade praktiskt taget inga kamrater. Han ville alltid bestämma och måste alltid vara bäst. Han var också till skillnad från de flesta "bråkiga pojkar" duktig i skolan, samt även i idrott och musik. När terapin inleddes var Alex nästan 11 år och han ville inte leka i sandlådan. Han var inte heller särskilt pratsam och intog en avvaktande passivitet i situationen, satte sig bara ner och tittade på terapeuten. Det blev sega och tröga timmar, där terapeuten kände sig tvingad att få i gång ett

samspel genom att fråga honom om olika saker och slutligen föreslå aktiviteter. Alex brukade då villigt nappa på att spela spel och detta blev snart det huvudsakliga innehållet i timmarna. Han protesterade dock aldrig emot att komma och utstrålade trots allt alltid ett slags förväntan när han kom till sina timmar.

Efterhand började Alex ge uttryck för aggressivitet i spelsituationen genom att försöka fuska och ändra reglerna till sin fördel, men också genom att hånskratta triumferande när han vann. Terapeuten upplevde hans öppna hånskratt som obehaglig och kände igen den från mammans och lärarnas beskrivningar av hans beteende. Hon bemötte honom länge på ett övervägande pedagogiskt sätt, satte gränser för hans fusk, förklarade sammanhang, krävde att han följde vissa regler och tog hänsyn till henne i spelsituationen. För att få i gång samtal ställde hon frågor om hans liv hemma och i skolan. Hon kände sig ibland som en förhørsledare, men efterhand började Alex kunna berätta lite om sina vardagliga erfarenheter. När det hade varit bråk eller slagsmål, vilket ofta var fallet, framställde han alltid detta som någon annans fel. Terapeuten försökte då få honom att se sin egen del i konflikten och förstå vilka konsekvenser hans agerande fick. Alex lyssnade, protesterade sällan, men instämde inte heller och det var svårt att avgöra om han egentligen lät sig beröras av sådana yttranden från terapeuten. Där emot sken han alltid upp när hon berömde hans goda intellektuella förmåga och, när han småningom började göra vissa framsteg i sitt sociala beteende, även detta. Det föreföll som om hans behov av bevis på uppskattning var omätligt. I övrigt förblev han ganska reserverad och ville helst bara spela spel på terapitimmar.

Trots intensivt samarbete med skolan förvärrades problemen där, Alex uppträdde aggressivt inte endast mot kamrater utan även mot vuxna och blev avstängd från skolan. Han placerades på ett skolexternat där personalen arbetade miljöterapeutiskt och hade såväl bättre förståelse för hans problematik som mer tid att ägna åt honom än vad lärarna i den vanliga skolan hade haft. I och med detta blev det mer möjligt än tidigare för terapeuten att försöka nå honom med mer tolkande interventioner. Ett exempel från terapienteckningarna:

Alex har fått i uppgift att skriva dagbok i skolan och han tycker inte alls om detta. "Jag frågar om han har svårt att berätta om sig själv. Han kanske helt enkelt inte tycker att han är värd en egen bok? - Då börjar Alex plötsligt gapskratta, kastar sig framåt och mumlar något om hur "trög" jag är. Jag konstaterar att han ofta här hos mig blir så här om jag gör eller säger något han inte tycker om. Nu blir han intresserad av att få veta vad jag menar, även om han fortsätter att skratta hånskratt. Jag säger att exempelvis när vi spelar kort kan han ibland uttrycka sig nedvärderande om mitt sätt att spela. Alex förstår inte vad ordet nedvärderande betyder. Jag förklarar det. Jag säger vidare att jag undrar om någon har gjort likadant mot honom så att han också känt sig förödmjukad? Nu förstår han igen inte vad jag menar. Jag förklarar att när man visar sig hånskratt eller nedvärderande mot någon annan så kan denna känna sig kränkt. Ibland gör man det kanske utan att riktigt veta om att man sårar den andra. Alex säger inget, lyssnar och har slutat skratta. Han föreslår sedan att vi skall spela kort.

Efter detta rapporterades en förändring hos Alex från skolan. Han verkade öppnare, mer sökande i kontakten med de vuxna, visade även tecken på ånger och skuldkänslor. Han kunde gråta över att ingen verkade tycka om honom. Efter ett utbrott då han slagit till en lärare ringde han självmant och bad om ursäkt.

Bandet mellan Alex och hans mamma var starkt, men båda tycktes ha svårt att hållbara ambivalenta känslor. Mamman var ensam om vården, hade en på olika sätt pressad livssituation och orkade inte alltid med sin pojke. Terapeuten arbetade i samtalen med mamman också först övervägande stödjande och pedagogiskt, småningom genom att tillsammans med henne utvärdera hur hon agerade i förhållande till Alex och undersöka olika alternativ. Liksom i barnterapi bekräftade terapeuten aktivt allt sådant som mamman gjorde bra i förhållande till pojken.

David

David dolde sin osäkerhet bakom ett skrytsamt och krävande uppträdande. Hemma var han dessutom ängslig och rädd för många olika saker. På fritidshemmet fick han raseriutbrott, då han var svår att nå och förstörde saker. Familjen hade haft en ganska lång kontakt med BUP och David var positiv till kontakten med terapeuten. Men när individualterapi två gånger i veckan skulle inledas var han inte längre lika positiv. Föräldrarna var dock angelägna om att få hjälp och såg till att han ändå kom till terapi. Terapeuten uppfattade att David verkade vara rädd för den närmare kontakt som terapi innebar och förhöll sig mycket stödjande gentemot honom. Hon föreslog olika sysselsättningar och uppmuntrade och berömde honom mycket. Detta var säkert på många sätt bra för David, som under den kaxiga ytan antagligen inte trodde att någon kunde tycka om honom, men han fortsatte att förhålla sig reserverad och avvaktande. Det tog drygt ett år innan terapeuten upplevde att man kommit till en slags vändpunkt.

Processen har präglats av att han vill och vill inte gå på PBU. Samtidigt ett uppvaknande i kontakten med mig. Det är som om han ändå har bestämt sig för att gå här. Under en lång tid har frågan funnits: Varför? Men mer och mer börjar han se samband, att han har svårt att se otäcka filmer, svårt att föra fram kritik etc. Han har fortfarande svårt att tala om känslor, ännu svårare att ta in om jag tolkar något. Har berättat om drömmar.

David började nu ge uttryck för sina konflikter kring aggressivitet i symbolisk lek. Terapeuten kunde sätta ord på hans känslighet och ömtålighet utan att han avvisade detta. Tvärtom verkade han uppskatta hennes försök att få i gång samtal kring hans känslor, även om han inte själv bidrog särskilt aktivt.

Kanske just på grund av de intensiva ansträngningarna att etablera en kontakt kom terapeuten sedan att överidentifiera sig med David. Hon fick tidvis svårt att tänka klart och hålla på ramarna, hon idealiserade honom och hade svårt att se hans negativa sidor. På vissa sätt tycktes hon reagera på samma överbeskyddande sätt som hans mamma gjorde. Pappan hade en mer realistisk syn på so-

nens problem och under en period tycks det ha varit han som i samarbetssamtalen upprätthöll ett sådant perspektiv. Under samma period hade terapeuten också svårt att hantera skolpersonalens kritik mot David. Ändå kunde man fortsätta ett konstruktivt samarbete, tack vare det nära samarbete som terapeuten från början haft med skola och fritidshem.

Terapeuten instämde inte helt i ovanstående tolkning av händelseförloppet. Hon menade att hon ändå såg Davids svårigheter och faktiskt försökte motivera familjen till placering i specialskola. Speciella krishändelser i klassen medförde också att David under denna period behövde mycket stöd och dessutom tycks han verkligen ha behandlats illa av vissa kamrater. Efter den här krisperioden förbättrades hans beteende i skolan avsevärt.

Kommentar

Det är inte lätt att hitta adekvat stödjande förhållningssätt i förhållande till barn med narcissistiskt överkompenserad självkänsla. Barn med denna problematik är överkänsliga för all kritik och värjer sig genom att lägga skulden på andra. Ingenting är deras fel, däremot är det många fel på deras omgivning. Även om inte just de pojkar som här beskrivits var särskilt charmerande mot sina terapeuter, är det inte ovanligt att narcissistiskt störda barn i början av kontakten med en vuxen är det (Beren, 1998). Vad även dessa pojkar gjorde var i alla fall att de målade upp en idealiserad och grandios självbild, som de i viss mån fick terapeuterna att bekräfta. Som terapeut måste man delvis bekräfta även en sådan självbild, eftersom man behöver etablera en positiv känslokontakt. Men idealiseringen kan inte upprätthållas i längden. Förr eller senare måste terapeuten hjälpa barnet att konfronteras med verkligheten och bli medvetet om sina känslor av otillräcklighet och sårbarhet. Detta kan leda till raseriutbrott och i värsta fall vägran att komma tillbaka. Här finns ett dilemma: terapeuter vill naturligt nog undvika sådant, eftersom de vill att terapin skall fortsätta. Därför är det lätt att i sådana lägen bli alltför stödjande i förhållande till den idealiserade självbilden (Kernberg, 1989). I Davids fall blev det kanske för mycket stöd till självkänslan och för lite stöd till överjagsutveckling och reflektionsförmåga.

Ett annat problem med narcissistiskt störda barn är den starka verbala aggressiviteten. SEPP-metoden bygger mycket på att barn skall lära sig att uttrycka sina känslor med ord istället för att agera ut dem fysiskt. Men man kan också agera ut verbalt - använda fult språk, säga elaka och sårande saker, intrigera, ljuga och luras - och många barn med narcissistisk problematik gör det. Det är därför särskilt viktigt för dem att också få insikt i sitt utagerande, motiven bakom det, samt förstå vilka konsekvenser det får socialt.

Narcissistiskt störda barn kan vara oerhört kontrollerande och i likhet med Alex försöka tvinga sig till att timmarna igenom få spela sådana spel, som de är säkra på att själva vinna. Det är inte ovanligt att terapeuten kan uppleva att barnet tar makten över henne på ett obehagligt sätt. I sådana lägen finns alltid en

risk att man omedvetet försöker ”ge igen” och det är av denna anledning viktigt med handledning eller möjlighet att konsultera en erfaren kollega.

Terapifrekvensen minskades i båda dessa fall efter 1 ½-2 års terapi ner till en gång i veckan. Det fanns praktiska skäl till detta och pojkarna själva ville gå mer sällan, men man kan ändå undra över vad denna frekvensminskning innebar för dessa pojkar som under ytan troligen var ytterst känsliga för att bli avvisade.

Båda de här pojkarna gjorde med tiden stora framsteg och tycks när terapierna avslutades ha fungerat tämligen bra i socialt avseende.

Neuropsykiatrisk funktionsstörning

Tre pojkar hade neuropsykiatriska diagnoser : ADHD, DAMP samt DAMP med hyperaktivitet. Två hade trotssyndrom och en uppförandestörning. Utfallet bedömdes av föräldrarna (CBCL), men inte lärarna (TRF), som bra för båda pojkarna med DAMP. I dessa fall verkade det först som om behandlingen relativt snabbt, efter ett eller två år, gav resultat i form av minskade beteendeproblem (Eresund, 1999b). Därefter tycks förbättringen i skolan ha stannat upp, även om föräldrarna rapporterade viss fortsatt förbättring. För pojken med ADHD skattade varken föräldrar eller lärare förbättring vid behandlingens avslutning, men föräldrarna däremot en ganska stor förbättring vid uppföljningen ett år senare.

Hyperaktiva och impulsdrivna barn behöver mer struktur än vad psykodynamisk terapi vanligen erbjuder. Dessutom behöver de hjälp att träna upp sina jagfunktioner. Det framhålls ofta att psykodynamisk terapi inte har visat sig vara effektiv för dessa barn (Ljungberg, 2001) och att kognitivt beteendeterapeutiska behandlingsmodeller passar bättre för dem (Boëthius & Rydlund, 1998). Men de flesta psykodynamiska terapeuter avpassar sitt arbetssätt till de barn som de arbetar med. I en svensk studie fann Johansson, Nelderup & Schildmeijer (2001) att de terapeuter, som arbetade med barn som hade ADHD eller DAMP, i regel använde en modifierad metodik, ”ett hållande och hårbärgerande arbetssätt med vissa inslag av kontroll och struktur, ibland även av direkt pedagogisk karaktär ” (ibid.s.26). Ljungberg (2001) hävdar att psykoterapi för barn med neuropsykiatriska syndrom bör erbjuda en fastare struktur, hjälp med att bygga upp fungerande inre arbetsmodeller och jagfunktioner och ett sådant arbetssätt beskrivs också i psykodynamiskt orienterad facklitteratur (Orford, 1998; Widener, 1998; Cleve, 2000). Kendall & Braswell (1993), som tillhör den kognitivt beteendeterapeutiska inriktningen, beskriver hur terapeuten försöker hjälpa barnet att förbättra sin förmåga till reflektion och utveckla både ett inre och ett yttre språk, ”stanna upp och tänka efter”, samt utveckla bättre strategier för inläring och problemlösning. De ovan beskrivna principerna har också beaktats av Kernberg & Chazan (1991), även om de inte har utformat SEPP-metoden specifikt för barn med neuropsykiatriska funktionsstörningar.

I endast en av dessa terapier tillämpades SEPP-metoden (ganska god tillämpning) och det terapeutiska arbetet i detta fall illustreras i följande vinjett.

Filip

"Om han inte har något att göra blir han galen" sade mamman när hon först ringde till BUP. Filip var en rastlös pojke, som ständigt stökade till, slogs, och retades på olika sätt. Han var trotsig och använde ofta ett fult språk både i skolan och hemma. Han hade svårt att koncentrera sig och hade snabbt kommit efter i skolarbetet, därför gick han i en specialklass. Det hände att han snattade såväl hemma som i skolan. Vid några tillfällen hade han varit på väg att orsaka eldsvåda hemma.

I terapisisituationen blev Filip snabbt ganska vild. Redan i väntrummet blev det kaos, eftersom han inte kunde vänta tills timmen började och terapeuten hämtade honom. När han väl hade kommit in i rummet, hade han lika svårt att stanna kvar där. Terapeuten fick jaga honom i korridorerna, medan han tände och släckte lampor eller försökte smita in i andra rum. Ibland lyckades han med det senare och då försökte han smugla med sig saker därifrån. Han ville inte använda sandlådematerialet, ville spela spel men kunde inte följa reglerna och kastade ilsket ifrån sig spelpjäserna om han inte fick fuska sig till att vinna varje gång. Han hade alltid godis i fickorna, som han kladdade och skräpade med. När han gick på toaletten lämnade han den nedsmutsad efter sig. Efter ett tag blev han mer öppet destruktiv och började slänga ut sand från sandlådan på golvet.

Situationen var uppenbarligen för ostrukturerad för Filip och därför ökade hans ångest. Hans hyperaktivitet, bristande impulskontroll och hans inlärningssvårigheter utgjorde tydliga funktionshinder. Men på grund av dessa funktionshinder hade hans självkänsla också blivit låg och han trodde antagligen inte att han hade något att komma med i sociala situationer. Att bråka och retas var då i alla fall ett säkert sätt att få uppmärksamhet. Kanske var det också ett sätt att ta reda på om terapeuten verkligen var intresserad av att hjälpa honom eller om hon skulle köra iväg honom.

Terapeuten gav inte upp, utan försökte tålmodigt att hålla Filip kvar i rummet och begränsa hans destruktiva agerande. Efterhand började han leka kurragömma i terapirummet, vilket kan vara ett tecken på begynnande bearbetning av tidig relationsproblematik (Willock, 1990). Han gömde sig då alltid ganska synligt, exempelvis under ett bord, och inväntade förtjust terapeutens "letande".

Samtidigt fortsatte Filip dock att agera destruktivt och timmarna blev ofta så kaotiska att terapeuten insåg att hon måste göra något för att minska hans oro. Hon lyfte ut sandlådan och en del småsaker ur rummet. Hon förklarade för honom att hon trodde att han behövde hjälp i att träna sig på att göra bra saker, som han inte trodde att han kunde. För det ändamålet skaffade hon pedagogiska pysesblock och föreslog att han skulle arbeta med en sådan uppgift en del av terapitiden varje gång. Han blev intresserad och dessutom glad och stolt när han med hennes hjälp kunde klara av den första uppgiften. Under en längre period

därefter inledde de alla timmar med en uppgift som Filip fick välja ur blocket. När timmarna inleddes på detta strukturerade sätt blev han lugnare. När uppgiften var avklarad kunde han spela spel eller rita fritt. Efterhand blev det också möjligt för honom att börja leka i sandlådan, använda sin fantasi och symboliseringsförmåga. Samtidigt inleddes en tydlig förbättring av hans beteende hemma.

Kommentar

För en psykodynamiskt inriktad terapeut kan det kännas fel med ett så strukturerande och pedagogiskt förhållningssätt som det som beskrivs i ovanstående vinjett. Men terapeuten tillgrip inte denna teknik förrän det hade visat sig att Filip inte klarade av den mindre strukturerade ramen. Dessutom gav hon honom en förklaring som på sätt och vis var en tolkning av hans bristande självkänsla. Terapeuten använde på ett kreativt sätt sin intuition och erfarenhet för att nå fram till Filip, hjälpa honom att samla ihop sig och lägga grunden för ett fortsatt behandlingssamarbete. Filip tycks enligt föräldrarnas uppgifter ha utvecklats positivt, men den stödjande och hållande ram kring terapin som ett regelbundet samarbete med skolan skulle ha givit kom av olika orsaker aldrig till stånd. Enligt lärarformulären blev det inte heller någon förbättring av hans beteende i skolan.

Varför användes inte SEPP i de andra fallen med neuropsykiatrisk diagnos?

Tre pojkar i projektet uppvisade neuropsykiatriska funktionsstörningar. De två andras terapier följde inte SEPP-manualen. De var i ungefär samma ålder som Filip när behandlingen inleddes, en av dem något yngre, men de beskrevs som mindre öppet kaotiska i sitt beteende. Samtidigt tycks de ha varit mindre lekfulla och mer aktivt avvisande i kontakten. En av dem kunde visserligen tappa kontrollen vid sina täta och intensiva aggressionsutbrott, men bedömdes ändå ha förhållandevis hög grad av inre struktur och kunde i vissa situationer fungera helt adekvat. Den andre bedömdes som skörare i psykiskt avseende, som "vilsen" och mer inåtvänd, undvikande och skygg, med låg grad av inre struktur. Det är möjligt att dessa pojkar var svårare att förstå sig på genom att de visade upp en mer motsägelsefull bild. Deras funktionsstörningar var inte så uppenbara. (I det ena fallet var diagnosen inte heller längre aktuell vid uppföljningen.) Detta kan ha förstärkt en osäkerhet som redan fanns hos terapeuterna inför att följa SEPP-manualen. Det tolkande förhållningssätt som tidigt användes i dessa terapier ledde dock till att pojkarna utvecklade motstånd mot behandlingen. När terapeuterna då började arbeta mer stödjande kunde samarbetet återupptas, men det tycks aldrig ha blivit några riktiga behandlingsallianser. Den ena pojken gjorde ändå stora framsteg i sin sociala anpassning såväl hemma som i skolan, men hans inlärningssvårigheter kvarstod. Den andra pojkens sociala skolproblem förvärrades och det blev nödvändigt med ett skolbyte. Ingen av terapeuterna samarbetade med skolan i den omfattning som rekommenderats.

Brister i jagstruktur

I ytterligare två fall, där personlighetsstrukturen hade bedömts som övervägande "jagsvag" eller borderline, men ingen neuropsykiatrisk funktionsstörning hade konstaterats, praktiserades SEPP-metoden med gott resultat. Dessa två pojkar hade dock ett mer tillbakadraget eller avskärmat beteende med plötsliga impuls-genombrott, inte som i de neuropsykiatriska fallen ett hyperaktivt beteende med konstant dålig impulskontroll.

Sammanfattning

Med undantag för ett fall, där symtomförbättring redan hade skett under den inledande kontakten, avslutades de terapier som följde SEPP-manualen med att antingen föräldrarna eller lärarna, i två fall båda typerna av informanter, bedömde att pojkarnas symtom hade förbättrats. Detta gällde terapier med pojkar som hade bedömts ha olika grader av inre struktur - från låg borderline till neurotisk struktur. Det gällde också de tre pojkar i projektet som hade uppvisat narcissistisk problematik. Det gällde dock endast en pojke med neuropsykiatrisk diagnos, eftersom manualen inte följdes i de övriga fallen med sådan diagnos.

SEPP-metoden har här använts med såväl neurotiskt strukturerade pojkar som med pojkar som bedömts som "jagsvaga" eller borderlinestrukturerade. Den har också använts med pojkar som har narcissistisk problematik. Däremot är det mer osäkert hur väl den kan fungera med pojkar som har neuropsykiatriska funktionsstörningar, eftersom endast en pojke med sådan diagnos i denna studie behandlades med SEPP. Erfarenheten från den terapin talar för att behandlingen i sådana fall behöver struktureras mer och bli mer pedagogisk och att ett nära samarbete med skolan är nödvändigt. Att terapeuterna i de andra två fallen med neuropsykiatrisk funktionsstörning inte tillämpade SEPP kan också tala för att manualen inte ger tillräcklig vägledning i terapeutiskt arbete med barn som har sådana funktionsstörningar.

Del IV. SLUTSATSER

Syftet med avhandlingsarbetet var att bidra till utveckling av teori och metodik för individuell barnpsykoterapi med pojkar som uppvisar sociala beteendestörningar. Jag har undersökt hur nio barnterapeuter, som deltagit i ett metodutvecklingsprojekt inom BUP i Stockholm, har använt sig av en delvis ny psykoterapeutisk metodik, stödjande expressiv lekpsykoterapi (SEPP) och försökt identifiera vad som i denna terapiform, under vilka omständigheter, kan vara verkamt.

Kapitel 17. Sammanfattning av huvudresultat

Pojkarna

Alla de nio pojkar i latensåldern, som inom ramen för projektet fick individualpsykoterapi, hade sedan tidig förskoleålder visat ett oroligt, trotsigt och aggressivt beteende. De hade svårt att leka med andra barn, råkade ofta i slagsmål och blev ibland också mobbade. Sju av dem uppfyllde kriterierna för trotssyndrom och två dem för uppförandestörning enligt DSM IV (1994).

Två pojkar hade förutom beteendeproblem även ångestsymtom. Två pojkar hade givit uttryck för suicidtankar. Tre pojkar hade svårigheter med impulskontroll och koncentration och hade fått neuropsykiatriska diagnoser (DAMP, ADHD). Två pojkar bedömdes ha övervägande neurotisk personlighetsstruktur, de övriga bedömdes ha borderlinestruktur. Tre pojkar bedömdes ha en narcissistisk problematik. Alla pojkarna var normalbegåvade, men sju hade trots detta svårt att följa med i skolundervisningen. Psykosociala påfrestningar hade vid utredningen rapporterats för sex av pojkarna. Det handlade framför allt om umgängeskonflikter, kulturproblem samt bristande resurser i skolan.

Utfallsbedömningar vid behandlings avslutning

Det går inte att i denna studie bevisa att de förbättringar som bedömts beror på behandlingen och det är inte heller troligt att de enbart beror på behandlingen. Andra faktorer som positiva förändringar i skol- eller familjesituationen samt den naturliga mognadsprocessen har naturligtvis också haft stor betydelse.

Beteendeproblem

Vid terapiernas avslutning bedömdes endast en pojke alltjämt uppfylla DSM IV-kriterierna för trotssyndrom och ingen dem för uppförandestörning. Terapeuterna skattade också i GAF beteendeförbättring i samtliga terapier.

Enligt frågeformulären till föräldrar och lärare (CBCL, TRF) och terapeuternas skattningar (GAF) bedömdes beteendet ha förbättrats av samtliga informanter i två av de åtta terapier där en sådan jämförelse kunde göras. (I ett fall saknades som ovan nämnts data från CBCL och TRF före terapin.)

I två terapier tydde föräldrarnas, men inte lärarnas, svar på förbättring. Båda de pojkarna hade bedömts ha neuropsykiatriska funktionsstörningar och inlärningssvårigheter, men regelbundet samarbete med skolan förekom inte i något av fallen.

I två andra terapier tydde istället lärarnas, men inte föräldrarnas, svar på förbättring. I båda dessa fall hade terapeuterna samarbetat med skolan. Ett av fallen

har följts upp ett år efter avslutad behandling och då tydde även föräldrarnas svar på klar förbättring. Skolsamarbetet kan således ha haft betydelse inte endast för utfallet i den aktuella skolsituationen utan även för den psykosociala utvecklingen på längre sikt.

Känslomässig utveckling

Terapeuterna bedömde i samtliga fall att en positiv utveckling hade ägt rum i åtminstone några av de variabler som ingick i skattningsformuläret (bil. 1). I de flesta terapierna bedömdes denna utveckling som måttlig, i ett fall som ganska stor och i två fall som mycket liten.

Uppföljning

Terapierna blev långa - mellan två och fem år - och några inleddes inte förrän under projektets andra år. Sju av de nio fallen har hittills hunnit följas upp med intervjuer av pojkar och föräldrar ett år efter avslutad behandling. I samtliga fall uppgavs de förbättringar som skett hållit i sig ett år efter behandlingens avslutning och i några fall även ha förstärkts. I två fall, där föräldrarna vid behandlingens avslutning inte bedömt någon klar förbättring i CBCL, gjorde de detta nu. I fyra fall framhölls förändringar i skolsituationen som den absolut viktigaste faktorn bakom den positiva utvecklingen. Några framhöll även den naturliga mognadsprocessen som en viktig förändringsfaktor. De flesta ansåg dock att psykoterapi också hade haft betydelse.

De kritiska synpunkter som framfördes gällde främst den inledande kontakten på BUP, som några föräldrar på olika sätt hade upplevt som onödigt ångestväckande. Ett föräldrapar efterlyste större öppenhet för neuropsykiatriska frågeställningar och en mamma hade önskat mer hjälp med skolsamarbetet. Det gick relativt bra att intervjua de lite äldre (12 år) pojkarna, men intervjuerna med de yngre (10-11 år) skulle ha behövt förberedas bättre. Dessa pojkar gav ytterst knapphändiga svar och en vägrade helt att medverka. Även om barnintervjuerna hade metodmässiga brister och delvis utmynnade i obesvarade frågor, tyder de på att det är möjligt att utvärdera barns erfarenheter av psykoterapi och har givit underlag för fortsatt metodutveckling för detta.

I vilken utsträckning tillämpades SEPP-metoden?

Utifrån Kernberg & Chazan (1991) formulerades följande kriterier för tillämpning av SEPP (stödjande expressiv lekpsykoterapi):

- Individuell psykoterapi två gånger i veckan

- Barnterapeuten har själv föräldrasamarbetet
- Stödjande expressiv teknik i terapin
- Regelbundet skolsamarbete

I samtliga fall uppfylldes de två första kriterierna. Stödjande expressiv teknik bedömdes ha tillämpats i föräldrasamtalen i samtliga fall, men i barnterapin endast i sex fall. Regelbundet skolsamarbete förekom endast i fem fall. Sammantaget bedömdes SEPP därför ha tillämpats i sex av de nio terapierna i projektet.

Alla terapeuterna var från början intresserade av metoden, men några blev när de satte sig in i den skeptiska till det strukturerade arbetssättet. Alla de tre terapeuter som hade utbildning i barnpsykoterapi följde metoden, vilket tyder på att en barninriktad utbildning gör det lättare att förstå och använda denna metodik.

Samband mellan utfall och tillämpning av SEPP

I de sex terapier där SEPP bedömdes ha tillämpats blev det jämfört med i de tre andra terapierna:

- enligt terapeuterna något större psykosocial och känslomässig förbättring
- enligt lärarna större förbättring av pojkarnas beteende

De små skillnader som har iakttagits i detta lilla material kan dock bero på slumpmässiga faktorer.

Vad kan vara verksamt i SEPP?

Vad visar de här studerade terapierna om hur SEPP som metodik skiljer sig från den typ av psykodynamisk barnpsykoterapi som vanligen praktiseras i Sverige? Vad i SEPP kan vara särskilt effektivt i behandling av barn med sociala beteendestörningar?

Först och främst utgjorde den regelbundna och tämligen frekventa (två gånger i veckan) *terapeutiska ramen* och den stödjande och hållande terapeutiska *relationen* (med intersubjektivt laddade möten) nödvändiga och betydelsefulla förändringsagenter i dessa terapier, men detta gäller också andra former av psykodynamisk barnterapi.

Däremot kan man urskilja vissa skillnader i terapeutisk teknik. De terapeuter som följde SEPP-manualen började med att stödja pojkarnas självkänsla och jagfunktioner, varefter de fortsatte med att stimulera förmågan att med ord uttrycka och reflektera kring sina känslor och tankar. Efterhand försökte de även,

med varierande framgång, att genom klarifikationer och tolkningar hjälpa pojkarna att förstå de känslomässiga konflikter som låg bakom deras beteendesyntom och försvarshållningar. Detta sätt att arbeta är inte heller nytt, utan finns redan beskrivet i texter om jagstödande och utvecklande barnterapi (Sylvander, 1983; Fonagy & Target, 1996). Men det är en svår konst att i det enskilda fallet hitta "lagom" balans mellan ett stödande och tolkande arbetssätt. I SEPP erbjuds till skillnad mot vad som hittills förekommit en systematisk manual som hjälp i detta arbete. Till skillnad mot i annan psykodynamisk barnterapi inriktades arbetet i dessa terapier också från början aktivt på att uppmuntra pojkarna att förstå och övervinna sina beteendeproblem.

Föräldrasamarbetet är en viktig del av SEPP-metoden. Barnterapeutiskt arbete och föräldrasamarbete följs nära åt även i annan psykodynamisk barnterapi, men vanligen utförs där inte dessa arbetsuppgifter av en och samma terapeut. I SEPP har barnterapeuten själv regelbundna föräldrasamtal. Föräldrarnas motivation till samtal tycktes stärkas av att den terapeut som de talade med själv hade terapin med deras pojke. Terapeuterna hade också i arbetet med pojken nytta av den helhetsbild av hans situation som de på detta sätt fick. Dessutom verkade det som om detta samarbete med terapeuterna stärkte den positiva sidan av föräldrarnas känslobindning, vilket var viktigt eftersom pojkarnas beteendeproblem ofta hade tröttnat ut föräldrarna och fått dem att känna sig maktlösa och misslyckade. Föräldrarna tycks även ha kunnat använda sina erfarenheter av samspel med terapeuten som modell för en omstrukturering av sin inre arbetsmodell för föräldra-barn-samspel. En del föräldrar kunde dock eventuellt ha behövt mer hjälp att bearbeta egna erfarenheter och känslokonflikter i samtal med en annan terapeut, där samarbetet kring barnet inte på samma sätt stod i fokus.

En annan viktig del i SEPP-metoden är *skolsamarbetet*. Samarbete med skolan ses som viktigt i all barnterapi, särskilt när det gäller barn med beteendestörningar. Vanligen sköts dock samarbetskontakterna av någon annan än barnterapeuten, samma kollega som har hand om föräldrakontakten. När barnterapeuten som i SEPP själv aktivt samarbetar med skolan tycks detta kunna ha en positiv inverkan. Enligt de terapeuter som arbetade på detta sätt bidrog samarbetsmötena till lärarnas förståelse och tolerans för pojkarna samt även till att föräldrarna fick ökad förståelse för regler, krav och begränsningar i skolan. Skolsamarbetet stärkte också behandlingsalliansen och hjälpte terapeuterna att förstå fler aspekter av pojkarnas problematik. Terapeuten fick även möjlighet att påverka skolsituationen i riktning mot en mer "terapeutisk miljö".

Hur fungerade SEPP för olika typer av beteendestörningar?

Går det att i de sex fall där metoden tillämpades se några tecken till att terapimetoden skulle passa bättre för vissa typer av personlighetsstruktur och psyko-

logiska störningar än andra? Hur skiljer sig de tre fall där metoden inte tillämpades från de andra?

Med undantag för ett fall, där symtomförbättring redan hade skett under den inledande kontakten, avslutades de terapier som följde SEPP-manualen med att antingen föräldrarna eller lärarna, i två fall båda typerna av informanter, bedömde att pojkarnas symtom hade förbättrats. Detta gällde pojkar som hade bedömts ha olika grader av inre struktur - från låg borderline till neurotisk struktur. Det gällde även tre pojkar i projektet med narcissistisk problematik. Det gällde dock endast en pojke med neuropsykiatrisk diagnos, eftersom SEPP inte tillämpades i de andra två med sådan diagnos.

SEPP-metoden har således kunnat tillämpas för pojkar med ganska olika typer av personlighetsutveckling och känslomässig problematik. Det är dock osäkert hur väl den passar för barn med neuropsykiatriska funktionsstörningar, eftersom endast en pojke med sådan diagnos behandlades med SEPP.

Kapitel 18. Diskussion

Att arbeta efter manual

För alla typer av psykoterapi finns metodbeskrivningar, tekniska regler och rekommendationer. Däremot är det inte vanligt att använda manualer i psykodynamisk barnpsykoterapi (Hibbs et al., 1994) och detta var därför en ny erfarenhet för dessa terapeuter. SEPP-manualen (Kernberg & Chazan, 1991) är dock i jämförelse med exempelvis beteendeterapeutiska manualer allmänt hållen. Den ger dock mer tydliga och utförliga tekniska rekommendationer och riktlinjer än vad som är vanligt i psykodynamisk terapi. Ändå var det i början inte lätt för terapeuterna att acceptera den, eftersom de var vana vid att inta en följsam eller "passivt aktiv" hållning och att lita på en naturlig utveckling av sitt samspel med barnet. De flesta tycks inte, som jag hade förväntat, ha upplevt manualen som en "räddare i nöden". Istället uppfattade de den som "fyrkantig och kokboksaktig" och som att metoden inte byggde så mycket på relationen. De hade svårt att känna igen sig i de detaljerade beskrivningarna från terapitimmar där kommunikationsstilen uppfattades som väldigt "amerikansk". Efterhand upptäckte de dock att de hade nytta av att följa de rekommendationer som fanns i manualen. En terapeut hade inga problem med manualen, eftersom den på systematiskt sätt bekräftade hennes eget arbetssätt" (Beje, 2000).

Enligt Roths och Fonagys översikt av psykoterapiforskning (1996) följer terapeuter i olika hög grad reglerna för den terapimetod som de arbetar med. Sambandet mellan följsamhet mot metod, skicklighet och utfall är vidare ytterst komplext. Mer kompetenta terapeuter lyckas i allmänhet bättre med svåra patienter, eftersom de kan göra de nödvändiga avvikelserna från de tekniska rekommendationerna när dessa behövs. I denna studie varierade terapeuternas grad av utbildning i och erfarenhet av psykoterapi, men det framkom inga entydiga samband mellan detta och graden av tillämpning av SEPP, förutom det att de tre terapeuter som hade särskild utbildning i barnpsykoterapi alla tillämpade manualen.

Varför tillämpade inte alla SEPP?

Avsikten var att de nio terapeuterna skulle tillämpa stödjande expressiv lekpsykoterapi (SEPP) i de terapier som ingick i projektet. SEPP-metoden bedömdes dock ha tillämpats endast i sammanlagt sex fall: mycket väl i tre och ganska väl i tre. I en tredjedel av fallen tillämpades den alltså inte. Ett kriterium som inte uppfylldes i fyra av terapierna var skolsamarbetet. I tre fall tillämpades dessutom inte stödjande-expressiv teknik i barnterapi, i alla fall inte från början.

Det hade säkert varit lättare för terapeuterna att följa metoden om projektet föregåtts av en utbildning i behandlingsmetoden. Då hade också de terapeuter som inte tyckte att metoden passade dem kunnat välja att inte vara med i forskningsprojektet. Terapeuternas tillämpning av metoden fick nu bygga på projektledarens genomgång av manualen vid de inledande seminarierna, samt på att de själva läste och diskuterade manualen. De flesta arbetade utan handledning och projektseminarierna avsåg därför att även ge tillfälle till att fortlöpande diskutera arbetet i terapierna. Gruppen var dock för stor och träffades för sällan (tre gånger per termin) för att kunna tillgodose behovet av diskutera kring metod och process i terapiarbetet. Flera av terapeuterna kunde av tidsskäl inte heller delta regelbundet i seminarierna. Obligatorisk handledning skulle därför ha behövts för alla terapeuterna. Detta var också något som flera gav uttryck för efter projektet (Beje, 2000). Den ofullständiga tillämpningen av SEPP berodde alltså troligen framför allt på brister i *projektets struktur*.

Tillämpningen tycks även ha styrts av *terapeutrelaterade* faktorer. Flera av terapeuterna var i början tveksamma till det strukturerade arbetssättet och till att ha direkt samarbete med skolan (Beje, 2000). Att alla terapeuter med utbildning i barnpsykoterapi tillämpade manualen talar för att en barninriktad utbildning kan göra det lättare att förstå och använda denna terapimetod.

Det kan inte heller uteslutas att *barnrelaterade* faktorer i viss mån påverkade tillämpningen. Exempelvis förekom inte i något av de tre fallen med neuropsykiatrisk diagnos ett aktivt och regelbundet skolsamarbete. Erfarenhetsmässigt borde det ha funnits särskilt stora behov av skolsamarbete kring dessa barn. Samtidigt ställer samarbetet speciellt stora krav i dessa fall och SEPP-manualen ger inga konkreta anvisningar för hur terapeuten kan bidra till att lösa de ofta mycket svåra skolproblemen. Således kan brister i *manualen* också ha haft betydelse. Vidare användes i två av fallen med neuropsykiatriska diagnoser inte stödjande-expressiv teknik, trots att detta på grund av barnens speciella funktionssvårigheter borde ha varit särskilt motiverat. Även detta kan till en del bero på att manualen inte är tillräckligt utförlig och inte beskriver den ännu mer strukturerade och pedagogiska variant av grundmetoden, som troligen behövs i arbete med barn som har neuropsykiatriska störningar. Dessutom har man inom BUP under senare år utvecklat mer kunskap i att bedöma neuropsykologisk utveckling (Lindblad, Mjönes & Risholm Mothander, 2001) än vad som var fallet då dessa pojkar utreddes. De två pojkar som tekniken inte tillämpades med var också till att börja med inte så öppet kaotiska i sitt beteende. Deras funktionstörningar tycks inte ha varit lika uppenbara som i det fall där metoden användes. En av dem hade enligt mamman inte heller längre en neuropsykiatrisk diagnos vid uppföljningen, varför diagnosen kan ha varit felaktig från början. Eventuellt kan den svårtolkade och motsägelsefulla bild som dessa pojkar visade, tillsammans med bristen på tydliga instruktioner i manualen, ha förstärkt terapeuternas tendens att arbeta på sitt vanliga, mer tolkande sätt. I en annan terapi där SEPP inte tillämpades hade pojken en neurotisk problematik och kunde tillgodogöra

sig mer tolkande teknik, vilket också påverkade terapeuten till att välja detta arbetssätt.

Varför kan SEPP vara bra för barn med beteendestörningar?

Enligt samtliga informanter blev det något större förbättring i de fall där SEPP tillämpades. Med detta lilla och dessutom ganska heterogena material kan dock de små skillnader i utfall som iakttagits vara helt slumpmässiga. Jag vill här ändå lyfta fram de inslag i SEPP-metoden som tycks ha haft positiv inverkan.

Stödjande-expressiv teknik

Att använda stödjande och bearbetande inslag i en och samma behandling är en svår konst. Med vissa barn behöver terapeuten vara aktivt stödjande under en längre period, kanske hela tiden, med andra kan hon ganska snart övergå till ett mer tolkande eller expressivt förhållningssätt.

Den interventionstyp som mest användes i barnterapierna var underlättande kommentarer, medan klarifierande kommentarer dominerade i föräldrasamtalen. Detta stämmer väl med metodens målsättning att öka barnets förståelse av sitt sätt att fungera i relation med andra människor. När terapeuten lyssnar till och genom sina kommentarer eller frågor stimulerar barnet till att fundera vidare, kan reflektionsförmågan utvecklas så att barnet inte längre måste agera ut sina känslor direkt i handling.

Tre terapeuter använde från början ett mer tolkande arbetssätt, men i två av dessa fall reagerade pojkarna negativt och ville inte komma till terapin mer. Terapeuterna ändrade sitt arbetssätt till ett mer stödjande sådant och behandlingen kunde fortsätta. Dessa pojkar tycks framför allt ha reagerat på att terapeuterna kommit för nära psykiskt och gjort antaganden om deras tankar och känslor. En tredje pojke, vars psykiska struktur bedömts som mer neurotisk, reagerade dock inte på samma sätt.

När man inledningsvis har ett stödjande och pedagogiskt förhållningssätt i psykoterapi, kan det bli svårt att gradvis övergå till ett mer expressivt eller tolkande förhållningssätt. Detta problem har också periodvis varit märkbart i projektet. Några terapeuter blev nästan alltför pedagogiska och behövde hjälp att också låta destruktiva känslor som hat, avund, och hämndbegär få komma till uttryck i terapin. Om pojkarna upplevde detta som att terapeuterna inte kunde förstå eller acceptera sådana känslor och impulser, kan dessa i sämsta fall ha gått "under jorden" och den fortsatta utvecklingen av överjagsfunktioner ha försvårats.

För andra terapeuter var det istället svårt att ibland tydliggöra att den förståelse som de förmedlade i sina tolkningar gällde enbart känslorna, inte det

destruktiva beteendet. Många barn med beteendestörningar har en bristfälligt utvecklad förmåga att känna skuld och kan därför missuppfatta tolkningar som att de får terapeutens tillåtelse att fortsätta agera destruktivt (Diepold, 1996). Barns kognitiva förmåga att tillgodogöra sig tolkningar överskattas också ofta av terapeuter (Shirk, 1988).

Pojkarna behövde inte endast hjälp med att uttrycka och förstå sina aggressiva känslor, utan också med känslor av sorg, hjälplöshet och rädsla. Att visa sådana känslor är svårt för många pojkar (Pollak, 1998; Garbarino, 1999). Terapeuterna kunde ofta hjälpa dem med detta, men inte alltid när det gällde reaktioner på uppehåll och separationer i den terapeutiska relationen. Detta kan ha berott på ett visst motstånd hos såväl terapeuterna som pojkarna mot att erkänna den stora känslomässiga betydelse som kontakten hade.

Barn med beteendestörningar är ofta både överaktiva och kontrollerande i förhållande till sin omgivning. Agerandet ökar om vuxna är för passiva och låter barnen själva styra för mycket (Wiking, 1999; Kernberg & Chazan, 1991). Det blev faktiskt inte så mycket destruktivt agerande i dessa terapier och kanske var detta ett resultat av att terapeuterna var förhållandevis aktiva. Det destruktiva agerande som förekom verkade framför allt utlösas av ångest för psykisk närhet och i dessa situationer kombinerade terapeuterna tolkning och gränssättning på ett empatiskt sätt.

Det ovan beskrivna sättet att kombinera stödjande och tolkande interventioner är i och för sig inget nytt i barnpsykoterapi, men beskrivs ovanligt utförligt och systematiskt av Kernberg & Chazan (1991). Mer nytt är det att författarna även rekommenderar terapeuter att medvetandegöra och problematisera aggressivt beteende utanför terapin. Detta var inte lätt att tillämpa, eftersom pojkarna inte var så meddelsamma själva om sina kontroverser hemma eller i skolan. Här hamnade terapeuterna också i en situation där de förväntades göra något annat än det de tidigare lärt sig. I psykodynamisk behandlingsteori ser man vanligen på aggressivt beteende som symtom på underliggande känslomässiga brister eller konflikter. Enligt detta synsätt bör man inte ifrågasätta eller arbeta bort symtom innan de underliggande problemen har lösts, eftersom detta kan bromsa upp bearbetning och läkningsprocess. Att aktivt uppmana barnet att börja iaktta och försöka förändra det egna beteendet uppfattas som felaktigt eller i alla fall ytterst tveksamt. Men eftersom de här pojkarnas beteende ofta genererade motaggression från omgivningen, vilket i sin tur ledde till mer aggressivt agerande från pojkarna själva, gällde det att få stopp på den onda spiralen innan de hann förstöra för mycket för sig själva och fastna i en hatiskt och hämndgirigt förhållningssätt. Även om en del terapeuter som ovan nämndes blev alltför pedagogiska tycks de i alla fall ha lyckats med detta.

Föräldrasamarbetet

De flesta terapeuterna tyckte att fördelarna med att själva ha föräldrasamtalen övervägde nackdelarna. Men ett par terapeuter ansåg som ovan nämnts att de skulle ha behövt använda ett mer terapeutiskt arbetssätt i föräldrasamtalen, vilket de upplevde som svårt i denna modell. Bristande kontakt med pappan kan vara en viktig del av den underliggande problematiken hos utagerande pojkar (Jonsson, 1967) och det hade kunnat vara lättare att engagera vissa pappor i behandlingssamarbetet, särskilt de som inte bodde i familjen, om en annan terapeut haft föräldraarbetet som uppdrag.

Barn har lika stor rätt som vuxna att få sin terapeutiska process insynsskyddad, även från föräldrarna. När terapeuten har direkt kontakt med föräldrarna kan detta bli svårt. Föräldrarna får veta mer om vad som händer i terapin, även om terapeuten inte detaljerat redogör för detta. Det är min erfarenhet att många barn tycker att det är bra om terapeuten kan förmedla det som kommer fram i terapin till föräldrarna. De brukar även kunna säga ifrån när det är något de inte vill skall föras vidare. Så tycks det också ha fungerat i dessa terapier. De barn som intervjuades i uppföljningen hade inte tyckt att det var störande att terapeuterna träffade deras föräldrar, snarare tvärtom. Föräldrarna var också alla nöjda med den information om terapin som de hade fått, till skillnad mot föräldrarna i en undersökning där föräldraarbetet hade utförts av en kollega till barnterapeuten (Almstrup & Gregersen, 2001). Materialet ger stöd för ett antagande om att en terapeutisk kontakt som samtidigt riktar sig till barn och föräldrar kan vara en viktig läkande faktor. En sådan terapi kan enligt Chazan (1995) stärka bandet mellan barn och föräldrar och underlätta för föräldrarna att efter terapin själva överta en del av den funktion som terapeuten tillfälligt haft för barnet.

Det är givetvis omöjligt att utifrån dessa erfarenheter dra slutsatsen att föräldraarbete i terapi med beteendestörda barn bäst utövas av barnterapeuten själv. Det tycks dock ha fungerat bra i dessa fall. Samtliga terapier kunde genomföras utan avbrott och föräldrarna tycks ha uppskattat sina samtal. För vissa föräldrar, kanske särskilt i separerade familjer, kan det dock finnas ett behov av separata samtalskontakter. Vidare har en terapeut som arbetar ensam med en familj antagligen särskilt stort behov av handledning och stöd i sitt team.

Skolsamarbetet

Skolan är barns arbetsmiljö och de flesta latensbarn tillbringar sin mesta vakna tid antingen i skolan eller på fritidshemmet. Det är här som de utvecklar sina kognitiva och sociala färdigheter och det är här de knyter kontakter med vuxna utanför familjen och vänskapsband med kamrater. Det är också här som barn med beteendeproblem ofta misslyckas och som deras sociala utstötningsprocess tar sin början. Därför är såväl skola som fritidshem viktiga i dessa pojkars rehabilitering. Detta understryks av att föräldrarna i uppföljningsintervjuerna tillmätte förändringar i skolan den största betydelsen för pojkarnas positiva utveck-

ling. Det kan även påpekas att de två bortfallen i projektet inte kunde börja i terapi på grund av att skolsituationen inte fungerade.

Terapeutens aktiva samarbete med skolan sågs som en viktig del i SEPP-metodiken och i de fall där detta fungerade tycks det ha haft en stor betydelse. Enligt lärarnas skattningar i frågeformulären blev det mer positiva förändringar i pojkarnas beteende i dessa fall. Varför genomfördes då inte detta samarbete i samtliga fall?

Jag tror att många barnterapeuter känner sig osäkra inför att samarbeta med lärare och skulle behöva utveckla metodik för detta. Manualen är kortfattad i sin beskrivning av samarbetet med skolan och ger inte tillräcklig vägledning i hur det skall hanteras. Ytterligare en viktig anledning till att skolsamarbete inte genomfördes i samtliga fall var den tidspress som terapeuterna arbetade under. I en situation där kön till BUP hela tiden växer (NPLO, 2001) finns tyvärr inte den tid som behövs för att utöver behandlingsarbetet också samverka med andra samhällsinstitutioner.

Vilka kan få hjälp av SEPP?

Enligt Kernberg och Chazan (1991) är SEPP-behandling inte lämpad för utagerande barn med verkligt svåra beteendestörningar, för barn med måttliga till svåra utvecklingsstörningar eller för barn med psykoser. Viktiga förutsättningar för att behandlingen skall fungera är som tidigare nämnts:

- *att barnet visar någon förmåga att känna verklig skuld, ånger eller skam*
- *att barnet under den diagnostiska utvärderingen visar någon förmåga att engagera sig i en terapeutiskt samarbete (allians)*
- *att det går att samarbeta med föräldrar och skola kring behandlingsplanen*

Ovanstående villkor var enligt de diagnostiska profilerna uppfyllda i samtliga fall i detta projekt.

Terapeuterna bedömde i samtliga fall att en bearbetningsprocess hade ägt rum i såväl barnterapin som föräldrasamtalen, samt att relationen mellan föräldrar och pojkar hade förbättrats, och detta bekräftades av föräldrar och pojkar i de uppföljningsintervjuer, som hittills gjorts. Men förbättringen bedömdes som begränsad för en del av pojkarna och i flera fall tyder lärarnas svar i frågeformulären (TRF) inte på någon förbättring. Utfallet har som ovan nämnts visst samband med huruvida SEPP-metoden tillämpades eller inte. Men såväl utfall som tillämpning kan även ha påverkats av faktorer hos pojkarna och deras familjer.

De tre pojkar, som hade bedömts ha övervägande narcissistisk problematik, gjorde tydliga framsteg i sina terapier. För två av dem, som också hade brister i jagstrukturen (borderlinestörning) blev dock förändringsprocessen ganska långsam. Såväl föräldrasamarbetet som skolsamarbetet var krävande och det fö-

rekom en hel del utspel och konflikter. Dessa pojkar tycks för att utveckla en tillitsfull relation i terapin ha behövt mycket stöd för sin under ytan svaga självkänsla. Det handlade i dessa terapier inte så mycket om att bygga upp jagfunktioner som om att förändra deras användning av sådana funktioner. Terapeuterna behövde under långa perioder hårbärgera känslor av hopplöshet och otillräcklighet. I dessa tre terapier tillämpades SEPP.

SEPP tillämpades med positivt utfall i två fall där personlighetsstrukturen hade bedömts som övervägande "jagsvag" eller borderline, men ingen neuropsykiatrisk funktionsstörning hade diagnostiserats.

I två fall med diagnostiserad neuropsykiatrisk funktionsstörning verkade det först som om behandlingen relativt snabbt, efter ett eller två år, gav resultat i form av minskade beteendeproblem (Eresund, 1999b). Därefter tycks förbättringen i skolan ha stannat upp även om föräldrarna rapporterade viss fortsatt förbättring. I ett fall tillämpades SEPP i barnterapin, men inte när det gällde skolsamarbetet. I den andra terapin tillämpades inte SEPP.

Att terapeuterna i två av de tre fallen med neuropsykiatrisk diagnos inte använde SEPP och att den terapeut, som i ett av dessa fall tillämpade metoden, själv tillförde mer struktur och pedagogik tyder kanske på att metoden inte är utformad för att passa barn med neuropsykiatriskt relaterade beteendestörningar. Möjligen berodde terapeuternas svårigheter att följa manualen till en del på detta.

En slutsats blir att SEPP passar för pojkar med beteendestörningar och en personlighetsutveckling med borderlinestruktur och/eller narcissistisk störning, men kan behöva kompletteras med mer struktur, mer pedagogisk teknik och en modell för skolsamarbete för att passa även för barn med neuropsykiatriska funktionsstörningar.

Forskningsmetodiken

Inom ramen för ett metodutvecklingsprojekt har fallstudiemetodik använts för att samla kunskap om terapeutisk teknik i förhållande till en speciell grupp barn - pojkar med sociala beteendestörningar. Projektet har haft karaktär av aktionsforskning och de deltagande terapeuterna har på sätt och vis varit mina medforskare. En fördel med detta sätt att forska på är att det kan accepteras av hårt pressade kliniska verksamheter och terapeuter, då det inte stör utan snarare stödjer det löpande behandlingsarbetet. Av etiska skäl är det naturligtvis också viktigt att forskningen inte får störa behandlingen. En nackdel var att jag som forskare varit alltför indragen i behandlingsarbetet där jag haft uppgifter som projektledare och handledare.

Arbetet med och utvecklingen i de nio terapierna har kontinuerligt följts med insamling av såväl kvantitativa som kvalitativa data. Att använda flera olika

metoder att samla in data var ett sätt att öka tillförlitligheten i materialet. Eftersom det fanns risk att tolkningen av det kvalitativa materialet skulle påverkas av de kvantitativa resultaten sammanställdes inte de kvantitativa resultaten förrän efter projektperiodens slut. Analysen av det kvalitativa materialet utfördes också i flera steg och i dialog med de deltagande terapeuterna, vilket kan ses som ett sätt att öka validiteten i tolkningar och slutsatser.

Bedömningarna av utfall bygger till större delen på frågeformulär till föräldrar och lärare (Achenbach, 1991). Det var angeläget att inhämta dessa informanternas bedömningar och intervjuer ansågs kunna störa avslutningen av behandlingen alltför mycket. Dessa frågeformulär (CBCL och TRF) anses vara tillförlitliga och relevanta, men har också sina begränsningar. Föräldrar och lärare skiljer sig ofta åt en hel del i sin bedömning av samma barns problembeteenden (Achenbach, 1988; Sawyer, Baghurst & Clark, 1992). Det händer även att föräldrar som ett resultat av behandlingskontakten blir mer observanta på och medvetna om sina barns problem (M. Carlberg, 2001). Detta kan i sig ses som en positiv förändring men medför samtidigt ofta ökade problempoäng. Med de täta lärarbyten som ofta förekommer i dagens skolor blir det också svårt att bedöma skillnader i lärarskattningar före och efter behandling.

Terapeuternas bedömningar av de egna interventionerna gav en bild av de interventioner som terapeuterna gjorde medvetet och avsiktligt. Materialet kan sägas belysa den del av den terapeutiska tekniken som inte fungerar intuitivt. Det är också den delen av arbetet som framför allt kan påverkas och utvecklas genom undervisning och handledning. Därför är det av intresse att studera den bild som terapeuternas anteckningar och muntliga beskrivningar ger, även om det inte är hela bilden och tränade bedömare delvis skulle göra andra bedömningar utifrån videobandade sessioner.

De skattningsformulär som utarbetats för projektet syftade till att beskriva förändringar hos barn och föräldrar, terapeuternas interventioner samt känslomässiga reaktioner (motöverföring). De avsågs även att fungera som en stödstruktur i kommunikationen mellan mig och terapeuterna och var till god hjälp i arbetet med att urskilja och beskriva de terapeutiska interventioner som hade använts. De gav också viss inblick i hur motöverföringsreaktionerna i barn- och föräldrarbetet utvecklades. Däremot var det tveksamt om de var till hjälp i att urskilja och beskriva om och hur barnen och föräldrarna förändrades i de olika undersökningsvariablerna, eftersom en del av dessa variabler var alltför komplexa och otillräckligt definierade. Det verkade också vara svårt för terapeuterna att under processens gång bedöma utvecklingen hos de pojkar som de arbetade med. Pojkarna visade antagligen inte vad de egentligen kunde i olika avseenden, när de var upptagna av att bearbeta konflikter från tidigare utvecklingsfaser och delvis hade regredierat i överföringsrelationen. Terapeuternas bedömningar påverkades också av motöverföringskänslor. Det skulle därför ha varit bättre att begränsa skattningarna till sådana variabler, som direkt avspeglar

hur barnet respektive föräldern samarbetar i terapin. De variabler som verkade vara mest relevanta var i barnterapierna: verbaliseringsförmåga, terapeutisk allians, destruktivt aggressivt beteende i terapisituationen, och i föräldrakontakterna: beredskap till självreflektion.

Att dokumentera och analysera behandlingsprocesser är ett tidskrävande företag. I de flesta fall måste man låta vissa avsnitt eller delar av processen representera helheten. Jag valde att närmare undersöka processen fyra gånger om året, en gång per kvartal. Dessa "skattningsveckor" bestämdes i samråd med terapeuterna i förväg. Att de undersökta sessionerna valdes ut i förväg påverkade givetvis dataunderlaget. Slumpen kan ha gjort att det ibland blev mindre representativa eller intressanta timmar som dokumenterades. Något som förhoppningsvis motverkade denna risk var att jag hela tiden hade regelbunden kontakt med samtliga terapeuter. De kunde även kontakta mig mellan skattningsveckorna, när något som de bedömde som särskilt intressant eller problematiskt inträffade, vilket också några gjorde. Eftersom det var fråga om långtidsterapier dokumenterades minst åtta veckor i varje terapi, med i regel två sessioner barnterapi och ett föräldrasamtal i varje omgång, vilket gjorde att eventuellt mindre representativa sessioner kunde tänkas kompenseras av andra. Man kan naturligtvis också ifrågasätta representativiteten ur andra synpunkter. Det är exempelvis tänkbart att terapeuter arbetar på annorlunda sätt under timmar som de i förväg vet om skall dokumenteras, att de eventuellt följer manualen bättre just dessa timmar.

En fördel med den här använda forskningsmetoden är att den kan fånga hur mönster i det terapeutiska samspelet och i terapeuternas teknik utvecklas över tid. "Vändpunktsliknande förändringar" i psykoterapier bygger enligt Carlberg (1999) på ett tidigare uppbyggt samspel mellan patient och terapeut. Det kan därför vara viktigt att beskriva och förstå processen även under till synes händelselösa eller stillastående skeden.

I den uppföljning som gjordes fick jag ta del av föräldrarnas och pojkarnas synpunkter på behandlingen. Detta bidrog till att fördjupa min förståelse av problematik och process i de enskilda fallen. Det var också värdefullt att konstatera att föräldrarnas svar i frågeformulären ett år efter avslutad behandling visade att förbättringarna hade stått sig. Metodmässigt var det dock en klar brist att uppföljningen genomfördes av projektledaren. I utvärdering av en behandlingsmetod bör intervjuaren stå utanför projektet. Vidare skulle intervjuerna med pojkarna troligen ha givit mer material, om de hade förberetts bättre.

Kompetensutveckling

Ett viktigt syfte med det metodutvecklingsprojekt som ligger till grund för avhandlingsarbetet var att stödja barnterapeuter i att utveckla sitt arbetssätt till att bli mer effektivt som behandling för pojkar med sociala beteendestörningar.

Hur fungerade då detta?

De teoretiska seminarier som ingick i projektet tycks inte ha givit tillräckligt med vägledning i metoden för de deltagande terapeuterna. Alla var inte med från början i projektet och några hade på grund av tidsbrist svårt att närvara regelbundet. De flesta hade inte heller tid att läsa den litteratur som utöver Kernberg & Chazan (1991) ingick (Beje, 2000). Vidare var det som ovan nämnts en brist i projektet att obligatorisk handledning inte ingick. Inom ramen för projektet fick endast tre terapeuter handledning. Denna handledning gavs av mig, en uppgift som var svår att förena med forskarrollen, vilket medförde att handledningen troligen blev varken tillräckligt metodinriktad eller tillräckligt processinriktad. Det visade sig även att två av de tre terapeuter som gick i handledningsgruppen inte följde manualen.

De regelbundet återkommande individuella kontakterna med projektledaren kring materialinsamlingen fick delvis kompensera bristen på handledning. I dessa intervjuer granskade vi och reflekterade tillsammans kring terapeuternas interventioner under timmarna. När deras interventioner på detta sätt skärskådades ökade terapeuternas medvetenhet om i vilket syfte de sade eller gjorde vissa saker. Vidare försökte vi urskilja pojkarnas reaktioner på interventionerna för att av dessa få vägledning i det fortsatta arbetet. På detta sätt hade projektet en medvetandegörande och fortbildande funktion. Det hade även en stödjande och hållbariserande funktion för terapeuterna, som kunde tänkas underlätta för dem att i förhållande till pojkarna och deras föräldrar i sin tur fylla en liknande funktion. En slutsats är att forskningsprojekt av denna typ kan stödja kliniskt arbete samtidigt som de stimulerar till och ger underlag för metodutveckling och förändringsarbete, men att regelbunden handledning bör ingå i strukturen.

Frågor att undersöka vidare

Manliga och kvinnliga terapeuter

Såväl kvinno- som mansrollen håller i vår kultur på att förändras och diversifieras. Små pojkar utsätts för motsägelsefulla budskap om vad manlig identitet innebär och hur de skall förhålla till sig självhävdelse och konkurrens/kraftmätning (Sinkkonen, 1990; Pollack, 1998). Hur arbetar manliga respektive kvinnliga terapeuter med detta tema? I detta projekt deltog sex kvinnliga och tre manliga terapeuter. Teman kring självhävdelse, tävling och manlig

identitet fanns på olika sätt med i samtliga terapier. Jag hade inte formulerat någon hypotes som handlade om olika sätt att hantera detta och jag kunde inte heller finna några uppenbara skillnader. En mamma betonade dock i uppföljningsintervjun att det hade varit bra för pojken med en manlig terapeut.

En tänkbar orsak till att terapeutens kön inte verkade göra någon uppenbar skillnad kan ha varit det förhållandet att alla de tre pojkarna, som hade manlig terapeut, också hade nära kontakt med sina pappor. Detta innebar möjligen att könsidentifieringsproblematiken inte var så central i just dessa fall. Det är annars vanligt att beteendestörda pojkar saknar nära kontakt med sina pappor eller andra vuxna män (Jonsson, 1967; Widener, 1998). Frågan om hur terapeutens kön påverkar terapien förtjänar därför att undersökas särskilt.

Flickor och pojkar

Intressant i detta sammanhang är att Carlberg (1999) i sin studie fann att barnets kön hade betydelse för terapeutens upplevelse av förändring i terapien. Trots att de flesta terapibarn är pojkar, var flickor klart överrepresenterade i de tydliga exemplen på vändpunkter. Det kan vara så att flickor på grund av sin i allmänhet större inriktning på relaterande till andra (Baker Miller, 1984) i högre grad än pojkar ger terapeuter tydlig "feed-back". Flickor är ju också ofta mer verbala än pojkar. Terapeutisk metodutveckling behöver därför troligen också mer specifikt fokusera pojkar och deras intressen. Hur når och engagerar man pojkar mer effektivt i psykoterapi?

Även flickor visar i dag i ökande omfattning störande aggressivt beteende, men det verkar som om bakgrunden till detta ser något annorlunda ut än den vanligen gör för pojkar. Aggressivt agerande flickor har i jämförelse med pojkar i flera studier visat sig ha mer genetisk och/eller psykosocial belastning (Koda, 1999; Bergman & Wångby, 1998). Det skulle därför vara av intresse att jämföra process och utfall i individualpsykoterapi med flickor respektive pojkar som har beteendestörningar.

Neuropsykiatriska funktionsstörningar

Bland barn med beteendestörningar utgör de barn som även uppvisar ADHD-syndrom en särskild riskgrupp (Andershed, 2001). I denna studie visade sig behandlingsmanualen för stödjande expressiv lekpsykoterapi ge otillräcklig vägledning i arbete med barn som uppvisade neuropsykiatriskt relaterad problematik. Det bör därför vara en viktig utmaning inom terapeutisk metodutveckling att särskilt undersöka teknik, process och utfall av individualpsykoterapi, förslagsvis av SEPP-modell, för en liten grupp barn med ADHD och beteendestörningar.

Skolsamarbete

En angelägen fråga för forskning och metodutveckling inom BUP är hur man bäst skall samverka med skolan kring barn med sociala beteendestörningar, sär-

skilt de som dessutom har neuropsykiatriska funktionsstörningar. Utifrån denna studie verkar *artikuleringen* (Humble & Janson, 1981) av sådan samverkan behöva ökas, det vill säga att målsättning, innehåll och metodik för samverkansuppgiften behöver formuleras. Det skulle antagligen också vara bra att - i samarbete med skolan - utarbeta en viss *struktur* (ibid.) för hur samverkan skall gå till.

Avslutande reflektion

För att i barnterapi få till stånd en behandlingsallians handlar det om till synes enkla saker som att ge ett barn sin odelade uppmärksamhet och tid, att följa upp dess initiativ till lek eller samtal, att lyssna aktivt och att ställa enkla frågor om hur, vem, vad, var, när. Det handlar om att vara känslomässigt närvarande, intresserad och aktiv, men på ett följsamt sätt som en "tillräckligt god" förälder (Winnicott, 1971). Ett hårbärgerande förhållningssätt framhävs ofta som det viktigaste av allt i terapi med beteendestörda barn. Man kan fråga sig varför detta är så svårt att man behöver särskild utbildning och egen psykoterapi?

Det har nog alltid funnits människor, som helt naturligt ger barn i sin närhet särskild uppmärksamhet och värme. Men kanske har dessa i vår tid blivit färre? Dagens vuxna tycker sig ofta inte ha tid att umgås med barn. I samvaro med barn väcks även djupa existentiella frågor som man kanske inte orkar befatta sig med. Vidare gör det ont att få kontakt med känslor av hjälplöshet, utsatthet och svikna förhoppningar - och beteendestörda barn förmedlar ofta just sådana känslor. De har så ofta känt sig svikna och avvisade att de förr eller senare själva måste svika och avvisa en vuxen som erbjuder sitt stöd. För att orka med att under ett yrkesliv vara denna vuxna person för flera olika barn, inte ge upp och inte ge igen, och dessutom arbeta för att föräldrarna och andra i nätverket skall kunna överta denna funktion, behöver man utbildning, egen terapi och handledning.

Vi lever i en tid med snabba förändringar som även gäller barns uppväxtvillkor. Därför måste också de barnpsykoterapeutiska metoderna förändras. I denna studie har det visat sig att psykodynamiskt utbildade terapeuter i sitt arbete kan använda och integrera stödjande och pedagogiska interventioner och att de även kan samverka aktivt med föräldrar och lärare i sitt behandlingsarbete.

Det tycks ha gått ganska bra för pojkarna i detta projekt. Men de hade också föräldrar, som i tid sökte hjälp och kunde samarbeta kring behandling. Vidare var de normalbegåvade och deras beteendestörningar var inte alltför svåra. Ändå behövde de relativt långvarig behandling och dessutom särskilda insatser i skolan. Erfarenheterna från denna studie tyder därför på att det går att, i samarbete

med andra i barnets nätverk, hjälpa barn med sociala beteendestörningar med stödjande expressiv psykoterapeutisk metodik, men att det inte är realistiskt att hoppas på enkla och snabba behandlingsmetoder.

SUMMARY

TREATING DISRUPTIVE BEHAVIOUR Development of technique in child psychotherapy

Background

A large proportion of the children who attend Child and Adolescent Psychiatric Services are boys with disruptive or externalising behaviour disorders. Longitudinal studies have shown that children presenting such disorders at pre-school or early school age constitute a risk group for developing antisocial personality disorder, alcohol or substance abuse and/or psychiatric illness in adult life (Offord & Bennett, 1994; McMahon, 1994; Kazdin, 1998).

Mental Health Services for Children and Adolescents, the forerunner of the public Child and Adolescent Psychiatry Services, in Stockholm, Sweden, was established in 1933 with the specific aim of preventing antisocial behaviour in society. Children and adolescents with behaviour problems were the major target group and the interventions used were psychiatric consultation, social case-work and institutional treatment. Later, during the 1950's, individual psychotherapy for children was introduced and in the 1960's efforts were made to modify this type of treatment so as to make it more effective for disruptive children, and an ego supportive type of child psychotherapy was developed (Sylvander, 1983). However, psychotherapy with these children proved to be either lengthy and time-consuming or was broken off prematurely by the parents. In many cases it was also necessary to combine psychotherapy with other interventions, such as special day care centre or special school. The effects of the treatments were not evaluated. There is evidence (Curman & Nylander, 1975, 1979; Engquist, 2000) that a large proportion of the children with behaviour disorders seen in Swedish child psychiatry subsequently develop serious difficulties in adult life, but it is not known whether the relatively few of these children who have actually received psychotherapy have fared better than the others. With the advent of family therapy in the late 1970's individual child psychotherapy gradually became less used in child psychiatry and consequently also technically less developed, especially for children with behaviour disorders. In the 1990's the family therapy perspective became more integrated with the individual perspective in psychiatry and the techniques are no longer regarded as mutually exclusive but as complementary (Hjort, 2000).

However, children and adolescents with behaviour disorders currently appear to constitute a diminishing proportion of the child psychiatry clientele, at least in Stockholm, and the responsibility for their psychological care has been more or less handed over to the schools, social services and youth institutions (Levin,

1998a). Officially the Child and Adolescent Psychiatry Services are still expected to prevent and treat disruptive behaviour disorders. Consequently child psychotherapy practices need to be renewed and modified. However, changes in professional practices need to be implemented in close co-operation with the practising clinicians, otherwise they will not work (Weisz, 2000). The majority of child psychiatry staff have a psychodynamic training and orientation. Efforts are therefore made to integrate cognitive and behaviour modification techniques within a psychodynamic frame of reference.

Research has lagged behind in child psychotherapy compared to the advances made in adult psychotherapy (Kazdin, 2000). Most of the research performed concerns cognitive and behaviour therapy and there are very few studies of psychodynamic psychotherapy, despite the fact that it is the most commonly practised type of therapy (Target & Fonagy, 1996; Carlberg, 1999; Kazdin, 2000; Boalt Boëthius & Berggren, 2000). The need for scientific evaluation of psychodynamic child psychotherapy has become especially urgent since policymakers now demand that only empirically supported or "evidence-based" therapeutic methods be used in public care. This need in conjunction with the likewise urgent need of more effective therapeutic techniques for children with behaviour disorders has instigated the clinical research underlying this thesis.

Aim and research questions

The aim of the thesis is to contribute to a more differentiated theoretical basis for individual psychotherapy with disruptive boys in latency age. To this end technique and process were studied in nine cases. The children, all of them boys in latency age with a diagnosis of disruptive behaviour disorder, were treated by therapists participating in a project purporting to implement *supportive expressive play psychotherapy* (SEPP). Four research questions were formulated:

1. How did parents, teachers and therapists assess changes in
 - a. The boys' behaviour problems/symptoms?
 - b. The boys' emotional development?
2. How was SEPP implemented? How was it applied in the different therapies? How did the use of SEPP relate to outcome?
3. Why and how did SEPP work with these boys?
4. How did SEPP work with different types of behaviour disorder?

Method

Therapeutic technique

P. Kernberg and S. Chazan describe the psychotherapeutic technique SEPP in "Children with conduct disorders. A psychotherapy manual" (1991). This book was used as a manual in the project. The supportive component in SEPP consists of the therapeutic relationship and interventions intended to strengthen ego functions. The expressive component consists of interventions intended to help the child to express and reflect on his feelings and thoughts. The technique is psychoanalytically based, but also relies on attachment theory (Bowlby, 1969) and social learning theory (Patterson, 1982). A hierarchical structure for interventions, with supportive interventions preceding and laying a foundation for later expressive and interpreting interventions, is recommended. The child is actively helped to become aware of and find ways of changing destructive interpersonal strategies. In order to support the process the therapist has concurrent sessions with the parents. Conferences with the child's teacher(s) are also an essential part of this therapeutic model.

Design

The treatments were carried out in ordinary child psychiatric practice. The nine therapists, six women and three men, all had long clinical experience and at least basic psychodynamic psychotherapy training. Fifteen half-day clinical seminars were held during the project period (2½ years) and group supervision was offered to the three therapists who were not yet authorised psychotherapists.

Treatment frequency was twice weekly in the beginning for all cases, subsequently (at 1½ - 2 years) once a week for four of the boys. Total duration of treatment varied between 2 and 5 years, with a median of 2½ years. In three cases parallel interventions, such as therapeutic school, therapeutic summer camp and medicine (amphetamine) were added.

Research methods

Methods used to evaluate outcome during, and at the completion of, treatment were: CBCL and TRF questionnaires to parents and teachers (Achenbach, 1991), Global Assessment of Functioning (GAF) scale (DSM IV, 1994), process notes and clinical ratings from the therapists, interviews with the therapists. In the follow-up study the methods used were: CBCL, a questionnaire for children (Ouvinen - Birgerstam, 1984) and qualitative interviews with parents and boys.

The clinical ratings, which concerned "psychological structure" (Strupp & Hadley, 1977), were developed in this particular project and have not been scientifically validated. They concerned four capacities expected to develop positively in the treatment: self-esteem, playing, empathy, verbalisation and attachment in the therapeutic relationship (therapeutic alliance). The degree of destructive behaviour and the therapist's countertransference feelings in therapy

were also included. Ratings were also made of reported changes in the parents' attitudes and behaviour towards the children and of the interventions used in the sessions with children and parents. The ratings were made on a scale of 1-5 every three months during treatment. They were supplemented by process notes and individual interviews with the therapists.

The design used may be described as "focused systematic case studies" (Carlberg, 1999) in an action research project. This way of conducting research was acceptable for the clinical context in which the study originated and was carried out, as it did not disturb but rather supported the clinical work.

Description of the boys and their problems before treatment

The nine boys treated varied in age (6½ - 10½), personality structure (low borderline - neurotic) and psychosocial circumstances. According to DSM-IV (1994) seven boys were diagnosed as having an oppositional defiant disorder (ODD) and two a mild conduct disorder (CD). Three boys were diagnosed with co-morbid neuropsychiatric disorders (deficits in attention and hyperactivity - ADHD, one of them also with deficits in motor control and perception - DAMP).

Problem scores in CBCL were 15 - 92, mean 49, the latter being substantially higher than the mean for Swedish boys of this age group (Larsson & Frisk, 1999) and in TRF 9 - 103, mean 56. The problems rated were mainly of an externalising nature.

All the boys were of normal intelligence, but learning difficulties in school were reported in seven cases. A certain amount of special support was offered to these boys in the schools and one boy was in a special class for children with neuropsychiatric disorders. Psychosocial stress according to DSM-IV was reported in six of the cases.

Results

The main results may be summarised in the following way:

Improvement in behaviour problems

After treatment only one boy was assessed as fulfilling the criteria for ODD and none of the boys fulfilled those for CD. Improvement in psychosocial functioning (GAF) was rated for all the boys.

Scores from CBCL and TRF before and after therapy could be compared in eight of the nine cases. Substantial improvement according to both parents and teachers was observed in two cases directly after treatment. Parents, but not teachers, also reported substantial improvement in two other cases. These boys both had neuropsychiatric disorders and conferences with the school had been minimal. Teachers, but not parents, observed substantial improvement in two

other cases in which the boys did not have neuropsychiatric disorders and there had been frequent school conferences. In two cases neither parents nor teachers reported any substantial improvement. The behaviour of one of these boys had already improved a great deal during the preparatory family contact with the therapist. The other boy had a neuropsychiatric disorder and originally the highest problem scores in the project. During his treatment, as in the other two neuropsychiatric cases, conferences with the school had been minimal.

The follow-up study has so far examined only seven of the nine boys. The improvements in CBCL directly after therapy have lasted and for another two boys substantial improvement has also been reported. The boys themselves also reported improvements in their social relationships and self-confidence, via interviews and questionnaires.

Clinical ratings

In all the cases some degree of improved "psychological structure" was rated by the therapists with regard to at least a few of the variables. The change was mostly moderate and in two cases minimal. The largest improvement was rated in the variables "self-esteem" and "attachment in the therapeutic relationship".

To what extent was SEPP applied?

The following criteria were used to assess treatment integrity:

1. Individual sessions twice weekly
2. Sessions with parents once weekly or fortnightly
3. Supportive expressive technique
4. Frequent scheduled meetings with teacher(s)

Following these criteria SEPP was applied in six of the nine therapies, well (all criteria met) in three cases and reasonably well (criterion 3 not quite met and criterion 4 not met) in three cases. All the three therapists with special training in child psychotherapy applied SEPP.

How did application of SEPP relate to outcome?

Table 1. The application of SEPP in relation to changes in CBCL, TRF, GAF, CR (clinical ratings) after therapy and in CBCL and CQ (Child Questionnaire) at follow-up

Boys	SEPP	Changes in measurements after therapy				Follow up	
		CBCL	TRF	GAF	CR	CBCL	CQ
2	++	0	0	40	2,4	0	2
7	++	0	+	30	1,6	+	3
8	++	-	+	35	1,8	+	3
1	+	0	+	30	0,3		
4	+	+	+	22	1,3	+	-2
6	+	+	-	42	1		
3	-	+	0	15	0,1	+	2
5	-	0	-	5	1,1	+	4
9	-			18	1		0

There was some positive covariation, which because of the small size of the group studied could of course depend on uncontrolled factors. In the six therapies where SEPP was applied (++ and +) the therapists rated more improvement in psychosocial adaptation (GAF) and more improvement in psychological structure (CR) than in the other three therapies. The teachers (TRF) also rated more behaviour improvement in these cases. No differences were found in the parents' (CBCL) or the boys' (CQ) ratings.

Clinical vignettes illustrating the differences in therapeutic technique between SEPP and non-SEPP cases are presented in the thesis.

Why and how did SEPP work?

The supportive and holding therapeutic relationship was, as in other types of psychotherapy, probably the main agent of change. However, the *technique* differs from that used in insight-oriented psychotherapy. Firstly, supportive interventions are used almost exclusively in the introductory phase, thereafter complemented with facilitating, clarifying and here-and-now interpreting interventions, and later (in some cases) deeper interpretations. This technique seemed to suit these boys well. In two of the three cases, where this sequence was not followed, the boys protested and therapy could only be resumed when a more supportive stance was adopted. In the third case the boy was neurotic and accepted a more interpretative approach. The supportive expressive technique is not completely new to Swedish child psychotherapy and its essentials have already been described in the literature (Sylvander, 1983). What is new is the systematic manual (Kernberg & Chazan, 1991) and the emphasis on helping the child to become aware of and conquer his problems in interaction with others.

The *sessions with parents* turned out to be an essential part of the treatment. The child psychotherapist saw the parents herself, instead of letting a co-therapist take care of this part of the work. These parents appreciated that the person they talked with also worked directly with their child. This seemed to strengthen their bonding with the child and to make it possible for them to model positive interaction from their own experience in sessions with the therapist.

The *school conferences* also proved to be important. Positive behaviour changes were only reported by teachers in the cases in which school conferences had been held regularly. The conferences seemed to facilitate understanding and tolerance for the teachers, understanding of the conditions and requirements in the school for the parents, and for the therapists understanding of the nature and extent of the boys' behaviour problems.

How did SEPP work for different types of behaviour disorder?

SEPP worked well in this project for boys with borderline as well as neurotic personality structure, including three boys whose disturbances had been assessed to be mainly narcissistic. It also worked fairly well for one boy with a neuropsychiatric diagnosis, but in that case the technique used was more structured and pedagogic than that described in the manual. SEPP was not applied with the two other boys who had neuropsychiatric diagnoses.

Discussion

Why was SEPP not applied in all therapies?

In a third of the cases SEPP was not applied. Probable reasons for this relate to:

1. Psychotherapy training - all the therapists with child-oriented psychotherapy training (Erica Foundation) applied SEPP.
2. The lack of training and supervision in SEPP - the clinical seminars in the project were insufficient
3. The lack of instruction in the manual for work with children with ADHD or DAMP - SEPP was not applied in two of three cases with such diagnoses and in the one in which it was applied (reasonably well) the therapist supplemented with more structure and pedagogic interventions.
4. The lack of guidelines for how to conduct collaborative meetings with teachers - not just in the manual or project, but in the Child Psychiatric Services

Most important among these explanations are probably No.1 and No.2. The therapists who did not apply SEPP lacked previous training in more structured

and ego-supportive psychotherapy. They would have needed technical training before, and supervision during, the treatment in order to be able to apply SEPP.

Which types of behaviour disorder were improved by SEPP?

All six boys treated with SEPP showed some improvement in behaviour and emotional development. A boy with a neuropsychiatric disorder (DAMP) and conduct disorder showed the least improvement. In that case there was also no collaboration with the school. For three boys the main disturbance had been assessed as being narcissistic. One of them was also diagnosed with conduct disorder. These three boys showed substantial improvement in both behaviour and clinical ratings. Two other boys, whose main disturbances had been assessed as ego deficits with a low borderline structure, also made good progress.

A possible conclusion is that SEPP can work well with boys who have a behaviour disorder and borderline structure, including narcissistic disturbance, but probably needs to be supplemented with more structure and pedagogic interventions in order to work with children who have neuropsychiatric disorders.

Future research

Firstly, a special study of therapeutic technique in relation to process and outcome in SEPP treatment of children with *ADHD and behaviour disorders* is urgently required.

Secondly, therapists who work with behaviour-disordered children need guidelines for how to *work together with teachers* and other professionals involved in the children's care. Such guidelines should be based on clinical research and a study of this type of professional collaboration is therefore suggested.

Thirdly, the therapist's *gender* might make a difference for boys with behaviour disorders. Technique and process in therapies conducted by female and male therapists should therefore be comparatively studied. There are also implications of differences in psychopathology between boys and girls with behaviour disorders (Bergman & Wångby, 1998; Koda, 1999). This could be of importance for psychotherapeutic technique. A comparative study of therapies with boys and girls with the same diagnoses should therefore be of interest.

Concluding remarks

We live in a time of rapid cultural change. Therefore, child psychotherapeutic techniques also need to change. In this study it has been demonstrated that psychodynamically trained child therapists can apply and integrate supportive and pedagogic interventions, and co-operate in their work with parents and teachers. The boys treated with SEPP in this project were reported to function better socially and emotionally than before, but they all needed fairly intensive and lengthy treatment as well as special arrangements in school. The study indicates

that it is possible to help children with behaviour disorders using supportive expressive psychotherapy, in co-operation with their parents and others in the network, particularly schoolteachers, but that it is not realistic to hope for simple and quick interventions.

REFERENSER

Achenbach, T.M. (1988) *Integrating assessment and taxonomy*. Ur M. Rutter, A. Tuma & I. Lann (red.) *Assessment and diagnosis of child psychopathology* (s. 300-343) New York: Guilford Press.

Achenbach, T.M. (1991) *Manual for the child behavior checklist/ 4–18 and 1991 profile*. (1991) *Manual for the teacher's report form and profile*. Burlington VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Adler, H., Frisk, M. & Lidberg, L. (1995) Severe delinquency in young people. Background factors and characterizing features. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 263-274.

Adler, H. (2002) Verksamhetsstatistik för BUP i Stockholm.

af Klinteberg, B. (1997) Hyperactive behaviour and aggressiveness as early risk indicators for violence. Variable and person approaches. *Studies on Crime and Crime Prevention, National Council for Crime Prevention*, 6 (1), 21-34.

Ahlin-Åkerman, B. (1995) *De första sju åren. En helhetssyn på barns utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Almstrup, O. & Gregersen, R. (2001) Når forældrene får ordet - forældres beskrivelser av deres kontakt og samarbejde med en børnepsykologisk klinik, hvor deres barn er i psykoterapi. *Nordisk Psykologi*, 53 (1), 27-46.

Alvarez, A. (1995) Motiveless malignity: Problems in the psychotherapy of psychopathic patients. *Journal of Child Psychotherapy*, 21 (2), 167-182.

Alvarez, A. (1996) Different uses of the countertransference with neurotic, borderline and psychotic patients. Ur J. Tsiantis, A. Sandler, D. Anastopoulos & B. Martindale (red.) *Countertransference in Psychoanalytic Psychotherapy with Children and Adolescents* (s. 1-35). The EFPP Clinical Monograph Series. London: Karnac Books.

Andershed, H. (2001) Olika grupper av unga kriminella kräver olika åtgärder. *PsykologTidningen*, 22 (1), 12-14.

Andersson, M. (1976) *Hur går det för 50-talets Stockholmspojkar? En uppföljning av 222 vanliga skolpojkar och 100 Skåpojkar*. Stockholms kommunalförvaltning, Monografi nr 38.

Andersson, C. (1996) Om struliga flickor – beteende och bemötande. Ur B.Å. Armelius, S. Bengtzon, P.A. Rydelius, J. Sarnecki & K. Söderholm Carpelan (red.) *Vård av ungdomar med sociala problem. En forskningsöversikt* (s. 187-211) Stockholm: SIS och Liber Utbildning AB.

Andersson, G. (1998) Barnintervju som forskningsmetod. *Nordisk Psykologi* 50 (1), 18-41.

Assarsson, N. & Hofsten G. (1997) *Familjeterapi för barn med neuropsykiatriska handikapp. En utvärdering*. Stockholm: Omsorgsnämndens rapport 97-08.

Ansbacher, H. & Ansbacher, R. (1972) *Alfred Adlers Individualpsychologie*. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Auestad, A.M. (1996) *The challenge: Containing the heavily projecting child in psychotherapy*. Föredrag vid EFPP:s kongress i barnpsykoterapi i Stockholm.

Axén, A. & Taipale, T. (1998) "men man kan behöva hjälp ändå..." *En kartläggning av föräldrars och barns upplevelser av barnterapi och föräldrabehandling på PBU*. Psykologexamensarbete, Stockholms universitet.

Baker Miller, J. (1984) *The development of women's sense of self*. Massachusetts: Work in progress, Wellesley College.

Bandura, A. (1977) *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Barkley, R. (1998) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.

Beje, C. (2000) Opublicerat manuskript.

Bene, E. & Anthony, J. (1957) *Family Relations Test. Children's version*. Windsor Berks: The NFER-Nelson Publishing Company Ltd.

Beren, P. (1998) Narcissistic disorders in children. Ur P. Beren (red.) *Narcissistic disorders in children and adolescents. Diagnosis and treatment* (s. 151-168) New Jersey: Jason Aronson.

Bergenheim, Å. (1990) *Ericastiftelsen*. Eftertryck ur Psykisk Hälsa nr 3 och 4

Bergman, L. & Wångby, M. (1998) Are girls more than boys subjected to disrupted conditions of upbringing? *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7, 194- 203.

Berkowitz, L. (1993) *Aggression. Its causes, consequences and control*. Boston, Massachusetts: Mc Graw Hill.

Bion, W.R. (1962) *Learning from Experience*. London: Heinemann.

Blomberg, B. & Cleve, E. (1997) *Machovertestet. Handbok med utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Stockholm: Psykologiförlaget AB.

Blomberg, B. & Dahlgren, A. (1992) *Utbildningen till barnpsykoterapeut vid Ericastiftelsen 1948-1955*. Rapport nr 3, Ericastiftelsen, Stockholm.

Bly, R. (1996) *The sibling society*. Reading, Massachusetts: Addigton-Wesley.

Boalt Boëthius, S. (1994) Forskning och metodutveckling som ett led i personalutvecklingen vid Ericastiftelsen. Ur *Psykoterapi med barn och ungdomar då, nu och sedan* (s. 97-113), Rapport nr 5, Ericastiftelsen, Stockholm.

Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000) *Forskning om barn- och ungdomspsykiatri. En kunskapsöversikt*. Andra upplagan. Stockholm: Ericastiftelsen.

Boalt Boëthius, S. & Eresund, P. (2000) Internationellt forskarmöte om barnpsykiatri. *Insikten*, 4, 46-49.

Boëthius, G. & Rydlund, C. (1998) *Lycklig varannan onsdag. DAMP-mammor berättar*. Stockholm: Cura.

Boman, U. (1999) *GAF-skalan användbarhet inom öppen barn- och ungdomspsykiatri verksamhet*. Examensarbete vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Boston, M. (1989) In search of a methodology for evaluating psychoanalytic psychotherapy with children. *Journal of Child Psychotherapy*, 15, 15-46.

Boston, M. & Lush, D. (1994) Further considerations of methodology for evaluating psychoanalytic psychotherapy with children: Reflections in the light of experience. *Journal of Child Psychotherapy*, 20 (2), 205-229.

Bowlby, J. (1969) *Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis.

Broberg, A. (1999) Anknytning och psykiatri. *Insikten*, 5, 55-64.

Brofalk, I. (1995) PBU:s rötter. Ur S. Rudstedt (red.) *Som i en annan värld* (s. 208-235) Stockholm: Omsorgsnämnden.

Bunkholdt, V. (1994) *Från födsel till pubertet. Om barns psykologiska utveckling*. Lund: Studentlitteratur.

Carlberg, M. (1984) *PBU-verksamheten inom Stockholms läns landsting. Kartläggning, effektanalys och metodutveckling*. Avhandling vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. Libers förlag.

Carlberg, M. (2001) Personlig kommunikation.

Carlberg, G. (1994) *Dynamisk utvecklingspsykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.

Carlberg, G. (1999) *Vändpunkter i barnpsykiatri. Psykiatrierfarenheter av förändringsprocesser*. Avhandling vid Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Edsbruk: Akademitryck AB.

Carlberg, G. & Eresund, P. (1999) Forskarmöte om barnpsykiatri. *Insikten*, 1, 48-51.

Carlberg, G. (2000) Goda villkor för barnpsykiatri. *Psykologtidningen*, 23-24, 4 -7.

Carlberg, G. (2001) Psykiatri och tidsanda. *Insikten*, 1, 52-55.

- Chazan, S. (1995) *The simultaneous treatment of parent and child*. New York: Basic Books, Harper Collins Publishers.
- Cleve, E. (2000) *Från kaos till sammanhang. Psykoterapi med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Cramer, B. (1999) *The widening scope of psychotherapy. Experiences and research with mother and infant psychotherapy*. Föredrag vid 19:e Nordiska kongressen i barn- och ungdomspsykoterapi, Helsingfors.
- Cullberg, J. (1984) *Dynamisk psykiatri*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Curman, H. (1975) *PBU. Nuläge och utbyggnadsbehov*. Stencilerad rapport.
- Curman, H. & Nylander, I. (1975) *Patienter vid Stockholms Stads Psykiska Barna- och Ungdomsvård, avskrivna som färdigbehandlade 1953-54-55*. Karolinska Institutet.
- Dahlström, B. (1988) *En psykoterapiutbildning: En studie av hur deltagarna uppfattade utbildningen i relation till arbetet och livssituationen*. Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Dalteg, A. & Levander, S. (1998) Twelve thousand crimes by 75 boys: a 20-year follow-up study of childhood hyperactivity. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9(1), 39-57.
- Danielsson, A. (1986) *Att bygga sin värld. Handbok i Ericametoden*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Demos, E.V. (1995) (red.) *Exploring affect. The selected writings of Silvan S. Tomkins*. Cambridge: University Press.
- Diepold, B. (1996) *Therapeutic space and containment in children with borderline disorder. Results of an empirical study and implications for psychoanalytic treatment*. Föredrag vid EFPP-kongress i barnpsykoterapi i Stockholm.
- DSM IV (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association. Svensk översättning (1995) *Mini DSM. Diagnostiska kriterier enligt DSM IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Eklöf, E. (2000) *Motöverföring i barnpsykoterapier*. Examensarbete vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Ekström, B.M. (2001) *Diagnos ADHD/DAMP - Vad händer sedan? En kvalitativ studie över vad som händer efter diagnos för 11 barn som utretts och fått neuropsykiatrisk diagnos*. FOU-rapport 01-01, BUP, Stockholms läns landsting.
- Eley, T., Lichtenstein, P. & Stevenson, J. (1999) Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: Results from two twin studies. *Child Development*, 70: 1, 155-168.

Emde, R. (1988) Development terminable and interminable. II. Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. *International Journal of Psychoanalysis*, 69, 283-296.

Encyclopaedia Britannica (2001) britannica.com.

Enckell, J. (1989) Motöverföring. Ur L.M. Jokipalto, K.Lyytikäinen & H.Valtonen (red.) *Psykoterapi för barn* (95-100) Stockholm: Norstedts.

Engqvist, U. (2000) Hur går det för BUP:s patienter? Samverkan krävs mellan pediatrik, barn- och vuxenpsykiatri. *Läkartidningen*, 97 (23), 2856-2861.

Engelse Frick, M. (2001) Parental therapy – in theory and practice. Ur J.Tsiantis, (red.) *Work with parents. Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (s.65-93) London: Karnac Books.

Ekelund, C. (1998) *Utvärdering av barnterapi och föräldrabehandling på PBU*. Examensarbete vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Eresund, P. (1996) *Bråkiga pojkar på PBU*. Rapport, Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting.

Eresund, P. (1997) *Individuell psykoterapi med beteendestörda pojkar*. Rapport, Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting.

Eresund, P. (1999a) *Psykisk barna- och ungdomsvård och de vanartiga barnen*. FoUU-rapport, Omsorgsverksamheten, Stockholms läns landsting.

Eresund, P. (1999b) *Hjälp med själen. Ett projekt med psykoterapi för bråkiga pojkar*. FoU-rapport 99-09, Omsorgsverksamheten, Stockholms läns landsting.

Fagerberg, P. (2000) *Att ge liv. Aspekter av fruktbarhet i tid och rum*. Avhandling, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Edsbruk: Akademitryck AB.

Fisher, S. (1998) *Childhood depression misdiagnosed as a disruptive behavior disorder: A critical review*. United States International University, UMI Pro Quest Dissertation, AAT 9840161.

Fonagy, P. & Target, M. (1994) The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 33(19), 45 -55.

Fonagy, P. & Target, M. (1996) Predictors of outcome in child psychoanalysis. A retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44, 27-77.

Fonagy, P., Target, M., Steele, M. & Steele, H. (1997) The development of violence and crime as it relates to security of attachment. Ur J. Osofsky (red.) *Children in a violent society*.(s.151-177), New York: Guilford Press.

- Fonagy, P. (1999) *Focusing on mentalisation: Enhancing the effectiveness of child psychoanalysis and child psychotherapy*. Föredrag, Margaret Mahler Child Psychotherapy Lecture, Philadelphia.
- Fonagy, P. (2001) *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fosshage, J.L. (1998) On aggression: Its forms and functions. *Psychoanalytic Inquiry*, 18 (1), 45-54.
- Freud, A. (1965) *Normality and pathology in childhood. Assessments of development*. New York: International University Press. Svensk övers. (1967) *Barnets psykiska hälsa*. Stockholm: Prisma.
- Freud, S. (1920) Beyond the pleasure principle. J. Strachey (red.) *Standard edition*, 14. London: Hogarth Press.
- Froenes, I. (1995) *Among peers. On the meaning of peers in the process of socialization*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Garbarino, J. (1999) *Lost boys. Why our sons turn violent and how we can save them*. New York: The Free Press. Svensk övers. (2000) *Pojkar som gått vilse. Varför våra söner blir våldsamma och hur vi kan rädda dem*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa (SFPH).
- Gillberg, C. (1996) *Ett barn i varje klass. OM DAMP, MBD, ADHD*. Stockholm: Cura.
- Gillberg, C. (2000) Överaktivitet, uppmärksamhetsstörningar och motorisk klumpighet. Ur C. Gillberg & L. Hellgren (red.) *Barn- och ungdomspsykiatri* (s.176-188) Stockholm: Natur och Kultur.
- Goldstein, A.P, Glick, B. & Gibbs, J.C. (2000) *ART - aggression replacement training. En multimodal metod för att ge aggressiva barn och ungdomar sociala alternativ*. (svensk övers.) Aneby: KM-förlag.
- Grandelius, B. (1999) *Att sätta gränser. Ett villkor för växande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Greenberg, M.T, Speltz, M.L. & DeKlyen, M. (1993) The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Developmental Psychology*, 5, 191-213.
- Groeholt, B., Ekeberg, O., Wichstrom, L. & Haldorsen, T. (2000) Young suicide attempters: A comparison between a clinical and an epidemiological sample. *Journal American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 39 (7), 868-875.
- Grönlund, E. (1994) *Barns känslor bearbetade i dans. Dansterapi för barn med tidiga störningar*. Avhandling vid Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Edsbruk: Akademitryck.
- Guggenbühl, A. (1998) *Våldets kusliga fascination*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Guvå, G. (2001) *Skolpsykologers rolltagande. Överlämning och hantering av elevvårdsfrågor*. Avhandling vid Filosofiska fakulteten, Linköpings universitet. Linköping Studies in Education and Psychology, 76.
- Halldén, G. (1993) Barnets århundrede? En artikel om nogle svenske forældres tanker om deres barns udvikling og opdragelse i en tid, hvor børnecentreringen er en dominerende pædagogisk synsmåde. *Tidskrift för Social Kritik*, 25-26, 23-29.
- Halvorsen, K. (1992) *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Hansen, B.R. (1991a) Intersubjektivitet: Et nytt utviklingspsykologisk perspektiv. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 568-578.
- Hansen, B.R. (1991b) Betydningen av oppmerksomhet och samspill i psykoterapi med barn. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 779-788.
- Hartmann, H. (1950) Psychoanalysis and developmental psychology. *Psychoanalytic Study of the Child*, 5, 7-17.
- Havnesköld, L. (1998) Känslomässig intelligens – viktigare än IQ? Ur B. Wrangsjö (red.) *Barn som märks*. (s.103-135) Stockholm: Natur och Kultur.
- Hellgren, L. (1994) *Psychiatric disorders in adolescence. Longitudinal follow-up studies of adolescence onset psychoses and childhood deficits in attention, motor control and perception*. Avhandling vid Department of Neuroscience, Section of Child and Adolescent Psychiatry, Göteborgs universitet.
- Henggeler, S. (1999) *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Hesselman, S. (1992) *Motöverföring vid barn- och ungdomspsykoterapi. Presentation av litteratur om ett försummat begrepp*. Ericastiftelsen, rapport nr 2 .
- Hibbs, E., Clarke, G., Hechtman, L., Abikoff, H., Greenhill, L. & Jensen, P. (1997) Manual development for the treatment of child and adolescent disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (4), 619-629.
- Hibbs, E. (2000) Kommunikation vid European research meeting on individual psychotherapy for child and adolescent disorders i Oslo.
- Hjort, H. (2000) *Idéer i norsk psykoterapi 1970-2000. En studie av utviklingen i psykoanalytisk og familieterapeutisk tradisjon og av psykoterapeuters teoretiske preferenser*. Avhandling vid Psykologiska institutionen, Oslo universitet.
- Hjulmand, K. (2001) Forskning i børnepsykoterapi. *Matrix*, 18 (1-2), 93-124.
- Holm, U. (1987) *Empati. Att förstå andra*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Holmes, J. (2001) *The search for the secure base. Attachment theory and psychotherapy*. East Sussex: Brunner-Routledge.

Holmqvist, R. (1995) *Countertransference feelings in milieu therapy*. Avhandling vid Psykologiska institutionen, Umeå universitet.

Horgby, B. (1990) Staten och "de förvildade barnen" 1870-1960. En studie av statlig barn- och ungdomsvårdspolitik. *Kronos: Historia i skola och samhälle*, 2, 63-71.

Hultén, A. (2000) *Suicidal behaviour in children and adolescents in Sweden and some European countries. Epidemiologicval and clinical aspects*. Avhandling vid Karolinska Institutet, Stockholm.

Humble, K. & Settergren-Carlsson, G. (1974) *Unga lagöverträdare. Personlighet och relationer i belysning av projektiva metoder*. Stockholm: SOU 1974:31.

Humble, K. & Janson, U. (1981) *Utkast till en teori om samverkansbetingelser*. Stockholms läns landsting, Sociala Nämnden, Metodutvecklingsgruppen, PBU-utvärderingen. Rapport 6.

Högberg, B. (1999) Hög tid att spinna den röda tråden. Stockholms läns landsting, *Omsorgsperspektiv* 2, 27-29.

Israel, J. & Valentin-Israel, M. (1946) *Det finns inga elaka barn*. Stockholm: Norstedts.

Janson, U. (2001) Med vilken rätt? Tankar om legitimitet i pedagogisk verksamhet. Ur Qvarsell, B.(red.) *Pedagogik i barns socialisation – texter om ingripandens legitimitet*. (s. 65-82) Forskningsrapport nr 64, Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

Jensen, P., Hinshaw, S., Swanson, J., Greenhill, L., Conners, K., Arnold, E., Abikoff, H., Elliott, G., Hechtman, L., Hoza, B., March, J., Newcorn, J., Severe, J., Vitiello, B., Wells, K. & Wigal, T. (2001) Findings from the NIMH multimodal treatment study of ADHD (MTA) : Implications and applications for primary care providers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 22 (1), 60-73.

Johansson, J. & Skogsholm, L. (1997) *Pojkar med störande aggressivt beteende*. (1997) Examensarbete vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Johansson, M., Nelderup, L.E. & Schildmeijer, E. (2001) *Psykoaterapi med hyperaktiva barn. En empirisk intervjuundersökning av psykoaterapeuters arbetssätt*. Examensuppsats, Institutionen för Psykoaterapiutbildning, Medicinska Fakulteten, Lunds universitet.

Jonsson, G. (1967) *Delinquent boys, their parents and grandparents*. Stockholm: Acta Psychiatrica Scandinavica.

Jordan, E. (1995) Fighting boys and fantasy play: The construction of masculinity in the early years at school. *Journal of Gender and Education*, 7 (1), 69-86.

Jönsson, U. (1997) *Bråkiga, lösaktiga och nagelbitande barn. Om barn och barnproblem vid en rådgivningsbyrå i Stockholm 1933 – 1950*. Avhandling, Linköping Studies in Arts and Sciences, nr 159.

- Kadesjö, B. (2000) *Neuropsychiatric and neurodevelopmental disorders in a young school-age population. Epidemiology and comorbidity in a school health perspective*. Avhandling vid Department of Child and Adolescence Psychiatry, Institute for the Health of Women and Children, Göteborgs universitet.
- Kazdin, A.E. (1998) Psychosocial treatments for conduct disorder in children. Ur P. Nathan & J. Gorman (red.) *A guide to treatments that work* (s. 65-89), New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A.E. (2000) *Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press.
- Kendall, P.C. & Braswell, L. (1993) *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. New York: The Guilford Press.
- Kernberg, O. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson. Svensk övers. (1983) *Borderlinetillstånd och patologisk narcissism*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kernberg, P. (1989) Narcissistic personality disorder. *Childhood Psychiatric Clinics of North America*, 12 (3), 671-693
- Kernberg, P. & Chazan, S. (1991) *Children with conduct disorders. A psychotherapy manual*. New York: Basic Books. Svensk övers. (1994) *Barn med beteendestörningar. En psykoterapeutisk handbok*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kernberg, P., Weiner, A. & Bardenstein, K. (2000) *Personality disorders in children and adolescents*. New York: Basic Books.
- Key, E. (1900) *Barnets århundrade*. Stockholm: Bonnier.
- Kjaer, M. (1987) Therapeutic strategy in individual and residential treatment of sad not bad boys. Ur *Sad not bad. New approaches to an old problem – boys with aggressive behavior disorders*. (s. 27-36) Oslo: Nic Waal's Institutt.
- Klein, M. (1946) Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 113-123.
- Knight, R.P. (1953) Borderline states. *Bulletin Menninger Clinic*, 17, 1-12.
- Koda, V. (1999) *Gender differences in the neuropsychology of childhood aggression*. City University of New York, UMI Pro Quest Digital Dissertation, AAT 9917667.
- Kvale, S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kärfve, E. (2000) *Hjärnspöken. DAMP och hotet mot folkhälsan*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings bokförlag Symposion.
- Lagerheim, B. (2000) Depression. Ur C. Gillberg & L. Hellgren (red.) *Barn- och ungdomspsykiatri* (s. 139-157) Stockholm: Natur och Kultur.

Lamm, S. (2000) *Boken om mig*. Stockholm: Norstedts förlag.

Landberg, Å. & Carlberg, M. (1999) *Att rätta munnen efter matsäcken*. Rapport från Omsorgsverksamheten, Stockholm läns landsting.

Lantzourakis, A. (1972) *Individualpsykoterapi med en 8½-årig pojke*. Opublicerat examensarbete vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.

Lantzourakis, A. (1995) *Barnpsykoterapeutisk metodik – några infallsvinklar*. Svenska föreningen för psykisk hälsa (SFPH), monografi nr 40. Stockholm: Nordstedts tryckeri.

Lantzourakis, A. (1998) *Barn i individualpsykoterapi inom PBU. Sammanställning av enkät genomförd på 28 PBU-mottagningar*. Rapport från Omsorgsnämnden, Stockholms läns landsting.

Lantzourakis, A. (1999) Barnpsykoterapin inom PBU i framtiden? *Insikten*, 1, 21-25

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1973) *The Language of Psycho-Analysis*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Larsson, B. & Frisk, M. (1999) Social competence and emotional/behavior problems in 6 – 16 year old Swedish school children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8, 24-33.

Levin, C. (1998a) Barnen mellan straff och behandling. Ur B.Å. Armelius, S. Bengtson, P.A. Rydelius, J. Sarnecki & K. Söderholm Carpelan (red.) *Vård av ungdomar med sociala problem. En forskningsöversikt*. (s. 51-91) Stockholm: SIS och Liber Utbildning AB.

Levin, C. (1998b) *Uppfostringsanstalten. Om tvång i föräldrars ställe*. Avhandling i socialt arbete, Lunds universitet. Lund: Arkiv.

Liljeström, R. (1977) *Våra barn, andras ungar. Samhället och barns utveckling*. Stockholm: Publica, LiberFörlag.

Lindblad, P., Mjönes, K. & Risholm Mothander, P. (2001) *Sårbara barn. Ett metodutvecklingsprojekt. En kombinerad utrednings- och behandlingsmodell för förskolebarn med neuropsykiatriska problem*. FOU-rapport 01-05, BUP, Stockholms läns landsting.

Ljungberg, T. (2001) *ADHD hos barn och ungdomar. Diagnostik, orsaker och farmakologisk behandling*. Opublicerat arbetsmaterial. Stockholm: Socialstyrelsen.

Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W.B. & Maughan, B. (1993) Developmental pathways in disruptive child behaviour. *Development and Psychopathology*, 5, 103-133.

Lorenz, K. (1966) *On Aggression*. New York: Harcourt, Brace & World.

Lorentzon, L. (1991) *Vredens pedagogik. Om arbete med barn och föräldrar i utsatta familjer*. Stockholm: Rabén & Sjögren.

- LPO (1994) *Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet*. Regeringskansliet, Utbildningsdepartementet.
- Luborsky, L. (1984) *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Lundh, L.G. & Eriksson, B. (1994) *Psyko terapins skolbildningar*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundqvist, S. & Walch, M. (1989) *Barn i grupper. Struktur, process och psyko terapi*. Stockholm: Natur och Kultur .
- Lyons-Ruth, K. (1996) Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (1), 64 -73.
- Main, M. & Solomon, J. (1986) Discovery of an insecure disorganized/disoriented attachment pattern. Ur T. Brazelton & M. Yogman (red.) *Affective development in infancy* (s. 95-124) Norwood, NJ: Ablex.
- Maccoby, E. & Jacklin, C.N. (1980) Sex differences in aggression. A rejoinder and reprise. *Child Development*, 51, 964 - 980.
- Maccoby, E. (1986) Social groupings in childhood: Their relationship to prosocial and antisocial behavior in boys and girls. Ur D. Olweus, J. Block & M. Radke-Yarrow (red.) *Development of antisocial and prosocial behavior. Research, theories and issues* (s. 263-281) Orlando: Academic Press.
- Mc Cord, J. (1986) Instigation and insulation: How families affect antisocial aggression. Ur D. Olweus, J. Block & M. Radke-Yarrow (red.) *Development of antisocial and prosocial behavior. Research, theories and issues* (s. 343-356) Orlando: Academic Press.
- Mc Mahon, R. (1994) Diagnosis, assessment and treatment of externalizing problems in children. The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (5), 901-917.
- Moffit, T.E. (1993) "Adolescence-limited" and "life-course-persistent" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674 -701.
- Nilzon, K. (1995) *Barn och depression*. Lund: Studentlitteratur.
- Nylander, I. (1979) *Patienter vid PBU avskrivna 1953, 1954, 1955. Tjugoårig "follow-up"*. Stockholm: Karolinska institutet.
- NIH Consensus Development Program (1999) *Diagnosis and treatment of ADHD. NIH consensus statement* online: <http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110-statement.htm>.
- Nordberg, L. (1994) *The first four years of children's mental development*. Avhandling vid Karolinska Institutet, Department of Woman and Child Health, Stockholm.
- NPLO (2001) *Verksamhetsstatistik för BUP*, Stockholm.

Ogden, T. (1982) *Projective identification and psychotherapeutic technique*. New York: Jason Aronson. Svensk övers. (1987) *Projektiv identifikation och psykoterapeutisk teknik*. Stockholm: Natur och Kultur.

Olofgörs, B. & Sjöström, U. (1974) *Barnpsykoterapi. Pedagogiska Skriftserien nr 8*, Pedagogiska Institutionen, Stockholms Universitet.

Offord, D.R. & Bennett, K.J. (1994) Conduct disorder: Long term outcomes and intervention effectiveness. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1069-1078.

Olwéus, D. (1980) Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.

Olsson, G. (2000) Får vetenskap beröra? *Insikten*, 5, 59-64.

Orford, E. (1998) Wrestling with the whirlwind: An approach to the understanding of ADD/ADHD. *Journal of Child Psychotherapy*, 24 (2), 253-266.

Ornstein, A. (1976) Making contact with the inner world of the child. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 3 – 36.

Orrenius, A.M. (2001) Det osynliga föräldraarbetet. *Psykologtidningen*, 6, 12-13.

Ouvinen-Birgerstam, P. (1984): *Jag tycker jag är. En metod för studier av barns och ungdomars självuppfattning. Manual*. Stockholm: Psykologiförlaget.

Parens, H. (1979) *The development of aggression in early childhood*. New Jersey: Jason Aronson.

Patterson, G.R. (1982) *Coercive family processes*. Eugene, OR: Castalia.

Patterson, G.R., Debarryshe, B. & Ramsey, E. (1989) A developmental perspective on antisocial behavior. *American Psychologist, American Psychological Association*, 329-335.

Patterson, G.R., Reid, J.B, Dishion, T.J. (1992) *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.

PBU:s verksamhetsstatistik 1995-1997.

Perry, B.D., Pollard, R., Blakely, W., Blaker, W. & Vigilante, D. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and "use-dependent" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 271-289.

Perry, B.D. (1997) Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the cycle of violence. Ur J.Osofsky (red.) *Children in a violent society* (124-149) New York: Guilford Press.

Polkinghorne, D.E. (1983) *Methodology for the human sciences. Systems of inquiry*. Albany: State University of New York Press.

Pollack, W. (1998) *Real boys*. New York: Random House.

- Qvarsell, B. (1996) *Pedagogisk etnografi för praktiken – En diskussion om förändringsfokuserad pedagogisk forskning*. Texter om Forskningsmetod nr 2, Pedagogiska Institutionen, Stockholms universitet.
- Qvarsell, R. (1985) Från vanart till psykopati. Ur *Lärdomshistoriska samfundets årsbok* (s.167-188), Lychnos.
- Redl, F. & Wineman, D. (1952) *Controls from within*. New York: The Free Press.
- Rey, J., Starling, J., Wever, C., Dossetor, D. & Plapp, J. (1995) Inter-rater reliability of global assessment of functioning in a clinical setting. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (5), 787-792.
- Riesman, D. (1950) *The lonely crowd. A study of changing American character*. Garden City, New York: Doubleday.
- Robins, L. (1966) *Deviant children grown up. A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: The Willams & Wilkins Company.
- Ronen, T. (1997) *Cognitive developmental therapy with children*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996) *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Rustin M. (2000) Dialogues with parents. Ur Tsiantis, J.(red.) *Work with Parents. Psychoanalytic psychotherapy with children and adolescents* (s. 1- 25), London: Karnac Books.
- Rydellius, P.A. (1999) Bokstavs barn - gengångare från förr med ny beteckning. *Läkartidningen*, 96 (30-31), 3332-3338.
- Sandell, R. (1993) Psykoterapiforskning inför 2000-talet: Psykoterapiforskningens kris och hur man kanske kan häva den. *Psykisk Hälsa*, 4, 282-292.
- Sanson, A., Oberklaid, F., Pedlow, R. & Prior, M. (1991) Risk indicators. Assessment of infancy predictors of pre-school behavioural maladjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 32, 609-626.
- Satterfield, J., Satterfield, B. & Schell, A. (1987) Therapeutic interventions to prevent delinquency in hyperactive boys. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26 (1), 56-64.
- Sawyer, M.G., Baghurst, P. & Clark, J. (1992) Differences between reports from children, parents and teachers: Implications for epidemiological studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26, 652-660.
- Schore, A. (2001a) Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol.22 (1-2), 7-66.

Schore, A. (2001b) The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 22 (1-2), 201-269.

Scott, J. (2000) Children as respondents. The challenge for quantitative methods. Ur P. Christensen & A. James (red.) *Research with children. Perspectives and practices*. (s. 98-118) London: Falmer Press.

Shalit, B. (1982) *The perception of military groups' effectiveness by the coherence of their appraisal*. FOA-rapport C 55053-H3.

Shirk, S. (1988) (red.) *Cognitive development and child psychotherapy*. New York: Plenum.

Shirk, S. & Saiz, C. (1992) Clinical, empirical and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Developmental Psychopathology*, 4, 713-738.

Shirk, S. (2001) The road to effective child psychological services. Treatment process and outcome research. Ur J. Hughes, A. La Greca & J. Close Conoley (red.) *Handbook of psychological services for children and adolescents*. (s. 43- 59) New York: Oxford University Press.

Sigrell, B. (2000) *Psykoanalytiskt orienterad psykoterapi. En introduktion*. Stockholm: Natur och Kultur.

Sinkkonen, J. (1990) *Till små pojkars försvar*. Stockholm: Forum.

SOU 1944:30 *Ungdomsvårdens betänkande I*. Utredning och förslag angående psykisk barna- och ungdomsvård. Stockholm.

SOU 1957:40 *Psykisk barna- och ungdomsvård*. Betänkande nr 1 av mentalsjukvårdsdelegationen inom kommittén för översyn av hälso- och sjukvården. Stockholm.

SOU 1997:8 *Röster om barns och ungdomars psykiska hälsa*. Delbetänkande av Barnpsykiatrikommittén. Stockholm: Fritze.

SOU 2001:55. Förf.: Jonsson, J. & Östberg, V. *Barns och ungdomars välfärd*. Antologi från kommittén Valfärdsbokslut Stockholm: Fritze.

Stern, D. (1985) *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychoanalysis*. New York: Basic Books. Svensk övers. (1991) *Spädbarnets interpersonella värld - ur psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Stockholm: Natur och Kultur.

Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschweiler-Stern, N. & Tronick, E. : "The process of change study group" (1998) Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 903-921.

- Stewart, M. (1985) Aggressive conduct disorder. A brief overview. *Aggressive Behavior*, 11, 323-331.
- Stone, L. (1954) The widening scope of indications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 567-594.
- Storr, A. (1992) *Den omänskliga människan*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Strupp, H. & Hadley, S. (1977) A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes. With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32 (3), 187-196.
- Svedin, C.G. (2000) Sociala beteendestörningar. Ur C. Gillberg & L. Hellgren (red.) *Barn- och ungdomspsykiatri* (s. 276-291) Stockholm: Natur och Kultur.
- Sylvander, I. (1983) *Psykologiskt arbete med barn. Diagnostik och terapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Sylvander, I. (1992) Vad menar vi med empati? Ur B. Almer, A-M Durnhofer (red.) *Empati. Känna, förstå och växa*. (s. 10-23) Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Target, M. & Fonagy, P. (1996) The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. Ur A. Roth & P. Fonagy : *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (s. 263-320). New York: The Guilford Press.
- Target, M. (1999) Föreläsning på PBU:s utbildningsenhet, Stockholm.
- Teurnell, L. (2000) Projektiv identifikation – i samspelet mellan barn och föräldrar. Ur H. Camitz (red.) *Om projektiv identifikation*. (s. 57-80) Stockholm: Mareld och Svenska föreningen för holistisk psykoterapi och psykoanalys.
- Thomas, A., Chess, S. & Birch, H.G. (1968) *Temperament and behavior disorders in children* New York: University Press.
- Tydén, A. (2002) *Uppföljning av tidsbegränsade barnpsykoterapier*. FOU-rapport 02-01, BUP, Stockholms läns landsting.
- Tähkä, V. (1984) Psychoanalytic treatment as a developmental continuum: Considerations of disturbed structuralization and its phase-specific encounter. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 7, 133-159.
- UHÄ (1978) Universitets - och högskoleämbetet: Plan för utbildning i psykoterapi.
- van Beinum, H. (1998) On the practice of action research. *Concepts and Transformation* 3 (1-2), 1-29.
- Vasta, R., Haith, M., Miller, S. (1995) *Child psychology. The modern science*. New York: John Wiley & Sons.

Webster-Stratton, C. & Hancock, L.(1998) Training for parents of young children with conduct problems. Content, methods and therapeutic processes. Ur C.E. Schaefer & J.M.Briesmeister (red.) *Handbook of parent training* (s. 98-152) New York: John Wiley & Sons.

Webster-Stratton, C., Reid, J. & Hammond, M. (2001) Social skills and problem-solving training for children with early-onset conduct problems: Who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (7), 943-952.

Wechsler, D. (1992) *WISC-III UK. Wechsler Intelligence Scale for Children*. Third Edition. UK: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich Publishers.

Weil, M. (1989) *Föräldraarbete vid barnterapi*. Uppsats inom forskningsförberedande kurs vid Enheten för psykoterapiutbildning, Karolinska Institutet, Stockholm.

Weiss, B., Catron, T., Harris, V. & Phung, T. (1999) The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychotherapy*, 67 (1), 82-94.

Weisz, J. (2000) Lab-clinic differences and what we can do about them. The clinic-based treatment development model. *Clinical Child Psychology Newsletter*, 15 (1), 1-10.

Wells, K.C. & Forehand, R. (1985) Conduct and oppositional disorders. Ur P.Bornstein & A.Kazdin (red.) *Handbook of clinical behavior therapy with children* (s. 218-265) New York: Dorsey.

Werbart, A. (1997) *Patterns of repetition and change in a psychoanalytically informed therapeutic environment for severely disturbed patients*. Avhandling vid Psykologiska institutionen, Stockholms universitet. Edsbruk: Akademitryck AB.

Widener, A. (1998) Beyond Ritalin: The importance of therapeutic work with parents and children diagnosed ADD/ADHD. *Journal of Child Psychotherapy*, 24 (2), 267-281.

Wiking, B. (1991) *Bråkiga barn. Praktisk psykologi för pedagoger i förskola och skola*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Willock, B. (1990) From acting out to interactive play. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 321 - 334.

Winnicott, D.W. (1947) Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30 (1949) 69-74. Svensk övers. (1993) Hat i motöverföringen. Ur A. Jemstedt (red.) *Den skapande impulsen*. (s. 213-224) Stockholm: Natur och Kultur.

Winnicott, D.W.(1971) *Playing and reality*. London: Tavistock Publications. Svensk övers. (1981) *Lek och verklighet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Vinterhed, K. (1977) *Gustav Jonsson på Skå. En epok i svensk barnavård*. Avhandling vid Pedagogiska institutionen, Stockholms universitet. Stockholm: Tidens Förlag.

Wolming, S. (1998) Validitet. Ett traditionellt begrepp i modern tillämpning. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 3 (2), 81-103.

Wrangsjö, B. (1993) *Family theory and concepts for clinical use in child and adolescent psychiatry*. Avhandling, Department of Woman and Child Health, Division for Child and Adolescent Psychiatry, St Göran's Children's Hospital, Karolinska Institutet, Stockholm.

Wångby, M. (1997) *Barns och ungdomars psykiska hälsa. Några aktuella ansatser till ett helhetsperspektiv*. Rapport från Barn- och ungdomsdelegationen.

Yin, R. (1989) *Case study research. Design and methods*. London: SAGE .

Youniss, J. (1992) Parent and peer relations: The emergence of cultural competence. Ur McGurk, H. (red.) *Childhood social development. Contemporary perspectives* (s. 131-148) Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.

Ödman, P. J. (1995) *Kontrasternas spel. En svensk mentalitets- och pedagogikhistoria. Del II*. Stockholm: Norstedts.

BILAGOR

Bilaga 1. Skattningsformulär

Detta formulär fylls i varje kvartal med början en vecka efter första terapitimmen.

I.BARNTERAPI

KOD:

Datum:

Totalt antal sessioner hittills: Under aktuell period:	Antal återbud från T under aktuell period:	Antal återbud från familj under aktuell period
---	--	--

Markera den punkt på skalan som bäst motsvarar hur B. fungerat i nedanstående avseenden under den senaste veckan. Skalan går från negativ pol 1 =dålig, svag till positiv 5=god, stark, utom på B6 där 1 är positivt=inget och 5 negativt=mycket. Plats för kommentarer finns under och vid sidan om.

B1. Självkänsla/självbild

1 2 3 4 5

negativ

positiv

B2. Lekförmåga

1 2 3 4 5

dålig

god

B3. Empatisk förmåga

1 2 3 4 5

dålig

god

B4. Förmåga att uttrycka känslor i ord

1 2 3 4 5

dålig

god

B5. Anknytning i den terapeutiska relationen

1 2 3 4 5

svag

stark

B6. Destruktivt aggressivt beteende i terapisituationen

1 2 3 4 5

inget

mycket

B7. Terapeutiska interventioner

Rangordna de **3** av följande interventioner som du använt **mest** den senaste veckan, genom att skriva 1,2 eller 3 i vänstermarginalen. Lägg ev. till andra typer av interventioner som saknas.

- ☐ a) Vanligt socialt bemötande
- ☐ b) Yttranden som rör behandlingen
- ☐ c) Begäran om faktisk information
- ☐ d) Stödjande interventioner
- ☐ e) Underlättande interventioner
- ☐ f) Rikta uppmärksamheten
- ☐ g) Tolkningar
- ☐ h) Fysisk gränssättning

B8. T:s känslor i förhållande till B

Stryk under de av följande ord som beskriver vad du den senaste veckan känt i förhållande till B. Rangordna sedan de 3 **dominerande** känslorna. Lägg ev. till ord för känslor som saknas.

ömhet
förvirring
igenkännande
avsmak
stolthet
irritation
beundran
medkänsla
skuld
osäkerhet
upphetsning
otillräcklighet

nyfikenhet
rädsla
kärlek
sorg
trötthet
hjälploshet
glädje
vrede
uppgivenhet
skam
raseri
upprymdhet

1. Starkaste känslan:
2. Näst starkaste:.
3. Näst näst starkaste:

2.FÖRÄLDRAARBETE

KOD:

Datum:

Totalt antal sessioner hittills: Under aktuell period med M och F med M med F	Antal återbud från T:	Antal återbud från familj:
---	------------------------------	-----------------------------------

Markera den punkt på skalan som bäst motsvarar hur du bedömer att M (röd penna) och/eller F (blå penna) fungerat i nedanstående avseenden vid den senaste kontakten ni haft. Vänster=negativ, höger=positiv, utom för F6.

F1. Självkänsla som förälder

1 2 3 4 5

negativ positiv

F2. Beredskap till självreflektion

1 2 3 4 5

låg hög

F3. Empatiskt förhållningssätt till B

1 2 3 4 5

svagt starkt

F4. Adekvat gränssättning i förhållande till B

1 2 3 4 5

dålig god

F5. Anknytning i den terapeutiska relationen

1 2 3 4 5

svag stark

F6. Destruktivt aggressivt beteende i den terapeutiska situationen

1 2 3 4 5

inget mycket

F7. Terapeutiska interventioner

Rangordna de **3** av följande terapeutiska interventioner som du vid det senaste samtalet använt mest. Lägg ev. till interventionstyper som saknas.

- ☐ a) Normalt socialt beteende
- ☐ b) Yttranden som rör behandlingen
- ☐ c) Begäran om faktisk information
- ☐ d) Stödjande kommentarer
- ☐ e) Underlättande kommentarer
- ☐ f) Rikta uppmärksamheten
- ☐ g) Tolkningar

F8. T:s känslor i förhållande till föräldern/föräldrarna

Stryk under de ord nedan som beskriver vad du senaste tiden känt. Lägg till egna ord om det behövs. Rangordna sedan de 3 dominerande känslorna.

ömhet	nyfikenhet
förvirring	rädsla
igenkännande	kärlek
avsmak	sorg
stolthet	trötthet
irritation	hjälploshet
beundran	glädje
medkänsla	vrede
skuld	uppgivenhet
osäkerhet	skam
upphetsning	raseri
otillräcklighet	upprymdhet

1. Starkaste känslan:
2. Näst starkaste:.
3. Näst näst starkaste:

Beskriv kortfattat vad som hänt under det senaste kvartalet utanför terapin - i familjen, skolan etc.

Bilaga 2. Diagnostisk profil

Kod:

Född:

Terapeut:

Datum anmälan:

Orsak anmälan:

Familjeförhållanden:

Anamnes:

Beskrivning av P:s beteende:

på förskola eller skola
hemma

Insatser före aktuell utredning:

Andra utredningar och insatser i samband med den aktuella utredningen:

Datum för aktuell psykologutredning:

Använda test:.

Diagnostik:

1. Jagutveckling

Intelligens

Perception och motorik

Koncentrationsförmåga

Kontaktförmåga

Frustrations- och ångesttolerans

Impulskontroll

Verklighetsanpassning

Förmåga att uttrycka känslor i ord

Förmåga till lek och symbolisering

Dominerande försvar

2. Driftsutveckling

Typ av aggressivitet

Typ av ångest,

Tillgång till libido

Tillgång till positiv aggressiv kraft och självhävdelse

3. Objektrelationsutveckling:

Anknytning/bindning(attachment)

Empatisk förmåga

Förmåga att hårbärgera ambivalens

Överjag/jagideal

4. Identitetsutveckling:

Självkänsla/självbild

Könsidentifiering

Uppfattning av sin roll i familjen, relationer till föräldrar, syskon, ev. andra

Tentativ diagnos:

a. enligt DSM IV

b. psykodynamisk

Bedömning av familjens och P:s möjligheter att tillgodogöra sig terapi:

Familjens och P:s uttalade förväntningar på och eventuella farhågor kring terapin:

Aktuella miljöinflytanden som kan vara av betydelse vid terapistart:

Bilaga 3. Frågor till terapeuterna om SEPP-projektet

1. Varför ville Du vara med i projektet?
2. Vad har det inneburit för Dig att vara med?
3. Vad uppfattar Du som karaktäristiskt för SEPP-metoden (Stödjande expressiv individualpsykoterapi)
4. Hur har den metoden fungerat i just Ditt fall? I vilka avseenden har det gått bra att tillämpa den? I vilka avseenden inte så bra?
5. Har Din syn på psykoterapi med beteendestörda pojkar förändrats sedan Du kom med i projektet och i så fall hur?

Bilaga 4. Intervjuguide

BARNFRÅGOR

1. Skapa kontakt, tala om *syftet med intervjun*. (Att ta reda på hur X upplevde behandlingen och hur det är nu med de svårigheter som familjen sökte hjälp för.)
2. *Varför gick X på PBU och vad tyckte han om det?*
Vad tror du var anledningen? Hur uppfattade du ”problemet” och vad skulle du ha velat ändra på? Vad tyckte du om att gå till PBU då?
3. *Hur var det att gå i terapi?*
Vad tyckte du om det? Om terapeuten?
Vad brukade du göra där?
Var det nåt som var särskilt bra /inte var bra?
Vad tyckte du om att föräldrarna pratade med terapeuten också? Att terapeuten pratade med din lärare?
Hur var det att sluta terapin? Var det lagom att sluta då eller skulle du ha velat gå längre?
4. *Hur är det nu?*
Har du kunnat ändra på det du ville ändra på? Det du tror att föräldrarna och läraren ville ändra på?
Har du ändrat dig på nåt annat sätt t.ex.
 - är mer nöjd med dig själv
 - har roligare på fritiden tillsammans med kompisar eller ensam
 - förstår bättre hur andra tänker och känner
 - kan tala om för andra när du blir ledsen eller argÄr det något som du skulle vilja ändra på nu?
5. *Avslutande frågor*
Känner du någon som skulle behöva gå i terapi? Varför?
Är det något du tycker att de på PBU borde ändra på så att barn får bättre hjälp där?
Hur har det varit att svara på mina frågor?

FÖRÄLDRAFRÅGOR

1. Skapa kontakt och tala om syftet (se barn)
2. Varför vände ni er till PBU? Vad ville ni ha hjälp med?
3. Hur kom man fram till att X skulle gå i egen terapi? Vad trodde ni att terapin skulle kunna hjälpa X med? Hur förklarade ni för X varför han skulle gå i terapi?
4. Vad tyckte ni om att terapeuten också ville träffa er regelbundet? Vad uppfattade ni att dessa samtal hade för syfte? Var samtalen med terapeuten till någon hjälp för er ?
5. Träffade ni också personal från skola eller fritidshem tillsammans med terapeuten? Var det till någon hjälp? Var det tillräckligt ofta?
6. Vad tror ni att X gjorde hos terapeuten?
7. Blev det bättre med det som ni ville ha hjälp med? Hur? Vad tror ni terapin och era samtal hade för del i detta?
8. Hur kom man fram till att terapin skulle avslutas
9. Hur reagerade X på att sluta terapin? Hur kändes det för er ?
10. Hur är det med X idag? (hemma, fritids- och kamratliv, skolan)
om inte bra och inte förnyad PBU-kontakt::
Har ni sökt någon annan hjälp? Vad tänker ni göra ?
11. Hur tycker ni att ni som föräldrar nu fungerar när det gäller
 - a) att försöka ta reda på vad X. vill och menar när han hamnar i konflikt med er eller någon annan (*positiv bindning, förståelse, förmåga att kommunicera*)
 - b) att hjälpa X att följa sociala regler (*gränssättning*)
12. Är det något ni tycker att PBU borde ändra på när det gäller behandling för barn med den här sortens problem?