

(Artikeln publicerad i Mellanrummet 8/2003 s. 51-66)

EN STUDIE I BEHANDLING AV STÖRANDE BETEENDE

Pia Eresund

Våren 2002 disputerade jag på en avhandling i pedagogik vid Stockholms universitet : *Att behandla störande beteende. Metodutveckling i barnpsykoterapi*. I denna artikel sammanfattas avhandlingen för Mellanrummets läsare.

Vissa barn har svårt att anpassa sig till sociala regler, vill bestämma allting och får utbrott när de inte får sin vilja fram eller misslyckas med något. De kan vara såväl verbalt som fysiskt aggressiva och har mycket svårt att fungera i grupper. De har inte tålamod att träna på färdigheter och kommer ofta trots normal begåvning efter i skolarbetet. Uppföljningsstudier visar att problemen ofta förvärras med tiden. Många hamnar som vuxna i missbruk, kriminalitet eller psykisk sjukdom (Engqvist, 2002). Ju yngre barnen är när störningen först diagnostiseras, dess sämre är vanligen prognosen. När det antisociala beteendet debuterar i tonåren finns det ofta orsaker i den aktuella miljön som går att förstå och göra något åt. Därför är det angeläget att kunna erbjuda barn med sociala beteendestörningar effektiv behandling.

Blir de inte hjälpta av psykodynamisk psykoterapi?

Enligt amerikanska översikter är det främst kognitivt beteendeterapeutiska metoder (Parent Training, Social Skills Training, MST) som ger resultat. Ytterst få utvärderingar av psykodynamisk terapi uppfyller dock de högt ställda kraven på randomiserat urval och kontroll- eller jämförelsegrupper och i de få som gör det handlar det vanligen om korttidsbehandling utförd av studenter. Endast ca 5 % av den forskning som hittills gjorts på barnterapi gäller psykodynamisk psykoterapi (Kazdin, 2000; Boalt Boëthius & Berggren, 2000). Att evidensbaserings saknas betyder således inte att psykodynamisk behandling har visat sig *ineffektiv* – men det finns inte heller några bevis för att den är *effektiv*.

Ofta hänvisas i detta sammanhang till Fonagys och Targets (1994) retrospektiva undersökning av psykoanalytisk behandling för barn med beteendestörningar (som dock inte uppfyller kraven på en randomiserad kontrollerad studie). En signifikant mindre del av de externaliserande (disruptive disorder) barnen hade bedömts som förbättrade, 30 - 40%, i jämförelse med 50-70% av de internaliserande (emotional disorder) 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 hade uppvisat vissa ångestsymtom, var minst normalbegåvade och inte hade allvarliga inlärningsproblem. I de lyckade fallen hade vanligen föräldrarna fått egen behandling på centret och barnen hade 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 ger stöd för att psykoanalytiskt inriktad behandling kan vara till hjälp för normalbegåvade yngre (under 10 år) barn med beteendestörningar. Deras resultat understryker vidare betydelsen av ett gediget "hållande" i behandlingsupplägget: flera sessioner i veckan, parallella föräldrasamtal, kompletterande miljöterapi.

Det finns även en hel del klinisk erfarenhet, tyvärr endast sparsamt dokumenterad i fallbeskrivningar, av att utagerande barn med hjälp av psykoterapi har kunnat både reparera sina psykologiska utvecklingsstörningar och bli mer "socialiserade". Men det finns också erfarenheter av att terapi inte har påverkat barnens sociala utveckling, snarare har medfört ökat utagerande och ibland måst avbrytas.

Ett exempel

En i den långa raden av arga små pojkar som jag har haft i terapi kan vi kalla Niklas. Han fungerade inte i daghemsgruppen, hade utbrott, var hyperaktiv, krävande, trotsig och olycklig. Samtidigt med att han började i terapin började han skolan och där gick det inte alls bra, han agerade ut våldsamt och gjorde all undervisning i klassen omöjlig. Niklas placerades på ett behandlingshem där han fick både värme, förståelse och tydliga gränser, hjälp med sina familjerelationer samt en mer strukturerad skolsituation. Efter två år kunde han flytta hem igen och gå i vanlig skola och under det ytterligare år som vi hade kontakt fungerade det bra både i skolan och hemma. Jag tror dock inte att det hade varit nödvändigt med detta stora ingrepp i hans liv och denna för samhället kostsamma insats om jag från början hade arbetat på ett annat sätt. Vad var det som blev "fel"?

1. Framför allt använde jag ett alltför tillåtande och tolkande arbetssätt. Niklas fick ge uttryck för sadistiska fantasier i leken, vilket ökade hans ångest. Dessutom försökte jag visa honom att de här fantasierna kunde ha samband med hans känslor i förhållande till föräldrarna, vilket troligen gjorde honom ännu räddare. Han försvarade sig genom att agera ut - ha sönder eller kasta ut saker, skrika och få raseriutbrott. När jag ingrep och stoppade honom handgripligt, kunde han i (spelande?) panik illvråla: "Hjälp, Pia dödar mig!".

Det är väl känt att verbala tolkningar ofta väcker negativa reaktioner hos aggressivt utagerande barn (Alvarez, 1995; Fonagy, 1999). De verkar vara särskilt känsliga för att andra yttrar sig om vad som kan tänkas pågå i deras inre psykiska värld. Många av dem har haft svåra känslomässiga erfarenheter som de "klarat av" genom att *inte* reflektera över sina känslor och blir därför skrämde när man uppmuntrar ett sådant reflekterande. Förutom av agerande använder de sig huvudsakligen av projektion som psykiskt försvar, det vill säga att enligt deras sätt att se saker och ting så är det omgivningen som är fientlig och aggressiv mot dem. En del av dem tänker väldigt konkret och förstår inte skillnaden mellan tanke och handling och kan därför reagera med att känna sig avslöjade, anklagade eller missförstådda - som om man menade att de verkligen hade utfört eller kommer att utföra en aggressiv handling. Vissa av dem har också en gränpsykotisk inre struktur som gör att identitetskänslan eller upplevelsen av ett "sammanhängande själv" är bräcklig och hotas av upplösning om terapeuten alltför snabbt försöker etablera en nära kontakt.

2. Det är också lätt att i efterhand inse att samarbetet med föräldrarna och skolan inte hade planerats på ett realistiskt sätt. Föräldrarna erbjöds en parallell samtalskontakt hos en kollega, vilket de accepterade som ett villkor för att Niklas skulle få behandling. De uteblev sedan ofta från sina samtal. Någon överenskommelse om samarbete med skolan ingick inte i behandlingskontraktet och på grund av den glesa och ojämna föräldrakontakten kom inget sådant samarbete i gång innan skolsituationen hade hunnit haverera.

Stödjande expressiv psykoterapi (SEPP)

I boken "Barn med beteendestörningar" (Kernberg och Chazan, 1994) beskrivs stödjande expressiv lekterapi, en psykoanalytiskt grundad metod som har mycket gemensamt med den jagstödjande psykoterapi som i Sverige tidigare beskrivits av Inga Sylvander (1983) och på senare tid av Elisabeth Cleve (2000) och Birgitta Zenker (2002). Den innehåller även en hel del inslag av kognitiv psykoterapeutisk teknik. Det är alltså inte någon helt ny metod, men den beskrivs systematiskt i manualform, med detaljerade exempel från olika terapier.

Den terapeutiska relationen ses som den överordnade förändringsagenten och förhållningssättet är jag- och relationsuppbyggande, ej regressionsbefrämjande. Teoretiskt bygger Kernberg och Chazan framför allt på jagpsykologi, objektrelationsteori och anknytningsteori och i viss mån även på social inlärningspsykologi.

Det stödjande inslaget i behandlingen utgörs av den terapeutiska relationen samt interventioner som syftar till att stärka patientens jagfunktioner (exempelvis impulskontroll, frustrationstolerans, förmåga att förutse och reflektera, kommunikationsförmåga). Genom identifikation med terapeuten antas även överjagsfunktionerna (förmåga att känna skuld och ta ansvar för egna handlingar) bli stärkta. Den expressiva komponenten innebär att barnet uppmuntras att uttrycka och reflektera kring känslor och tankar och bli medvetet om sammanhang och mönster i samspel med andra. Det är också ett uttalat mål för terapin att hjälpa barnet att förändra sina destruktiva interpersonella strategier.

Förutsättningar och ramar för terapin

Behandlingen förutsätter 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 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.

Kort beskrivning av det barnterapeutiska arbetet i SEPP

Inledningsfas

Bråkiga och besvärliga barn förutsätter i regel att syftet med terapin är att de skall lära sig att bli lugna och snälla. På sätt och vis har de rätt i det och terapeuten måste vara tydlig med att en viktig målsättning för terapin är att hjälpa barnet att övervinna sina beteendeproblem. Men hon/han måste även försöka visa barnet att det kan göra positiva erfarenheter och vinster inom ramen för den terapeutiska relationen. De här barnen väntar sig sällan att bli omtyckta och tror inte att de kan lita på vuxna, så arbetet med att grundlägga en arbetsallians och etablera gränser och ramar för terapin tar ofta tid.

Terapeuten är i denna fas 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 underlättar för barnet att självt sätta ord på sina känslor och tankar. Det bidrar förhoppningsvis också till att barnets jagmedvetande breddas och fördjupas.

Anton vill först inte hälsa på terapeuten, men gör det när hans mamma säger till honom. Han följer sedan utan vidare med och sätter sig stelt i en fåtölj och terapeuten sätter sig mittemot. Hon småpratar lite om att han varit hos henne tidigare och gjort olika saker i det här rummet. Sedan frågar hon vad hans föräldrar har sagt om varför han ska fortsätta komma hit. Anton är tyst en lång stund, sedan säger han att han inte vet. Terapeuten säger då att hon förstått att hans föräldrar tycker att det ofta blir bråk hemma och vill att det ska bli bättre för dem alla. De ska träffa henne för att tillsammans fundera ut hur de ska bli bättre föräldrar till honom och han ska också komma hit två gånger i veckan. När hon träffade honom tidigare förstod hon att han ofta tror att andra inte tycker om honom och då blir han arg och gör saker som verkligen gör andra arga på honom. Hon förstod att det också ofta blev så i skolan och ute med kamraterna. Hon arbetar med att hjälpa barn att förstå vad de känner och hur de kan göra så att de får det bättre tillsammans med andra.

Terapeuten får oftast inte något tydligt gensvar på det här och måste vara beredd till att åter ta upp frågan vid något tillfälle lite längre fram i kontakten. Målsättningen är att tillsammans med barnet småningom formulera ett kontrakt.

Terapeuten uppmuntrar och underlättar aktivt för barnet att uttrycka vad det upplever, känner och tänker. T.ex. när Anton leker att en indian jagas av cowboys kan terapeuten säga:

"Nu har indianen inte längre någon häst. Undrar hur han tänker göra för att komma undan."

Hon uppmuntrar honom också att uttrycka vad han känner inför sådant hon själv gör:

"Undrar vad du tycker om att jag vann över dig i det här spelet."

"Undrar vad du tycker om att jag skall vara borta nästa vecka"

Bearbetningsfas

När en arbetsallians har etablerats kan terapeuten börja visa 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 Anton blir medveten om att han har missuppfattat terapeuten, kan han undan för undan även förstå att det kan missuppfatta andra. Han börjar då kunna uppfatta sig självt som medagerande i, ibland rentav som anstiftare av sådana konflikter som han tidigare bara sett sig som offer för (slagsmål på rasten, förälderns eller lärarens utskällning). Man har passerat en viktig milstolpe i terapiprocessen när ett barn förstår att det självt påverkar sin omgivning genom sitt beteende. En del barn kan nu nå en djupare medvetenhet om hur och varför de reagerar som de gör, och då får behandlingen ett mer bearbetande fokus. Det stödjande inslaget måste dock alltid finnas med och i vissa fall förblir behandlingens centrala inriktning hela tiden stödjande.

Terapeuten försöker exempelvis att mer aktivt rikta uppmärksamheten på samband mellan olika händelser i Antons liv

"Så det var efter det att ni flyttade hit som du blev trött på skolan."

samt mellan hans eget och andras beteende

"Om du hittar på såna farliga lekar är det kanske inte så konstigt om de andra barnen inte vill vara med dig"

"Det blir inte så roligt för mig att tävla om du skall ha alla de fina bilarna"

Med de flesta barn kan terapeuten efterhand också arbeta mer direkt tolkande, åtminstone när det gäller sådant som händer i den terapeutiska relationen:

"Du gillar visst att känna att du bestämmer här. Jag ser att du vill att jag ensam ska plocka upp pilarna!"

och ibland också när det gäller andra relationer:

"Det verkar som om du tror att din mamma bryr sig mer om din bror"

Avslutningsfas

Terapin närmar sig sitt slut när Antons sociala anpassning har förbättrats, när han har uppnått bättre impulskontroll och självkänsla, bättre förmåga att reflektera samt en mer nyanserad uppfattning av sig själv och andra i sin omgivning. 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 Anton kan uttrycka och förstå sina blandade känslor inför terapins avslutning, kommer han förhoppningsvis att i framtiden bättre kunna hantera upplevelser av att "mötas och skiljas" på egen hand.

Föräldrasamarbetet

Hela tiden har terapeuten ett nära samarbete med föräldrarna och träffar dem om möjligt en gång i veckan. Det primära syftet med föräldrasamtalen är att utbyta information och upprätthålla ramarna kring barnets terapi. Det som talar för att "ligga så lågt" med målsättningen är att föräldrar till utagerande barn ofta länge har känt sig anklagade, kränkta och missförstådda i kontakter med professionella. Antons föräldrar har därför troligen redan blivit "allergiska" mot att bli behandlade som "medpatienter". Men de behöver hjälp med hur de skall hantera Anton och alla konflikter med omvärlden omkring honom och därför upplever de det som viktigt och meningsfullt att få träffa den terapeut som arbetar med honom. De samtal terapeuten har med föräldrarna syftar självklart också till att fördjupa deras förståelse av Anton och hjälpa dem att sätta gränser på ett icke-aggressivt sätt - och på detta sätt stärka den positiva känslomässiga bindningen mellan dem och honom.

Samarbete med skola och barnomsorg

Tillsammans med föräldrarna har terapeuten också möten med Antons lärare en gång i månaden. Detta samarbete har flera syften. Terapeuten får en bild av hur Antons skolsituation ser ut och hur han beter sig där - något som kan vara till hjälp för hur terapeuten själv skall bemöta honom. Läraren får mer förståelse för Antons svårigheter och kan diskutera sitt eget bemötande av Anton med terapeuten och föräldrarna. Det kan också hända att föräldrarna får bättre förståelse för skolans regler och begränsningar.

Ett metodutvecklingsprojekt som blev ett forskningsprojekt

Inspirerad av Kernbergs och Chazans beskrivning av stödjande expressiv lekterapi startade jag 1996 ett metodutvecklingsprojekt i psykoterapi för utagerande barn inom PBU (nu BUP) i Stockholm. I detta projekt försökte nio terapeuter vid olika mottagningar tillämpa stödjande

expressiv lekterapi (SEPP) med pojkar i åldern 6 -12 som hade diagnoserna trotssyndrom eller uppförandestörning enligt DSM IV (1994).

Det är angeläget att psykodynamisk barnpsykoterapi, den behandlingsmetod som hittills praktiserats mest och som en stor del av personalen inom barnpsykiatri är utbildad för, beskrivs och utvärderas på ett vetenskapligt sätt. Med stöd av Ericastiftelsens då nystartade forskningsseminarium sökte jag 1997 till och antogs vid forskarutbildningen på Pedagogiska institutionen vid Stockholms universitet. Siv Boalt Boëthius åtog sig att handleda mitt avhandlingsarbete och den övergripande forskningsfrågan formulerades så här: Kan SEPP vara en verksam behandlingsmetod för beteendestörningar hos pojkar i latensåldern?

Forskningsupplägg

De nio pojkar som behandlades i projektet var när terapin inleddes mellan 6 och 12 år gamla. De hade alla sedan småbarnsåldern visat ett oroligt, trotsigt och aggressivt beteende. De hade svårt att leka med andra barn, råkade ofta i slagsmål och blev ibland också mobbade. Deras beteendeproblem var av övervägande utåtriktad typ, men de hade även mer inåtriktade symtom och uppmärksamhetsproblem än normalt för åldern. Sju uppfyllde kriterierna för trotssyndrom och två dem för lättare uppförandestörning enligt DSM IV (1995). Två pojkar hade dessutom fått neuropsykiatriska diagnoser (DAMP, ADHD). Då terapin inleddes hade alla någon typ av stödsats i skolan.

Projektet var delvis upplagt som aktionsforskning och de deltagande terapeuterna kan sägas ha varit mina medforskare. Ur klinisk synpunkt var en fördel med detta att det inte störde utan snarare stödde det löpande behandlingsarbetet. Forskningsresultat som kommit fram under naturalistiska omständigheter och i nära samarbete med kliniker blir ofta mer trovärdiga och lättare att omsätta i praktiken. Ur forskningssynpunkt var det dock en nackdel att jag måste kombinera min forskarroll med rollen som projektledare och handledare.

Processen i terapierna studerades i detalj under en vecka varje kvartal, alltså vid fyra tillfällen om året. Terapeuterna lämnade då noggranna minnesanteckningar från timmarna såväl med pojkarna som med föräldrarna, dessutom skattade de utvecklingen i vissa variabler och angav vilka terapeutiska interventioner som de huvudsakligen hade använt. Jag gick också vid varje tillfälle igenom detta material med varje terapeut enskilt.

För att mäta beteendeförändringar samlades en gång om året frågeformulär in från föräldrar och lärare (CBCL, TRF), samt GAF-skattningar från terapeuterna. Ett år efter avslutad behandling intervjuades pojkarna och deras föräldrar och nya frågeformulär samlades också in.

Resultat

Det är vanskligt att bedöma utfall i barnpsykoterapi, eftersom barn utvecklas snabbt och så mycket annat i deras miljö påverkar dem. Alla pojkarna i projektet bedömdes bli "bättre" i sitt sociala beteende, det vill säga mer "prosociala". Endast den pojke som inledningsvis hade störst problembelastning uppfyllde alltså kriterierna för beteendestörning enligt DSM IV då terapin avslutades. Enligt föräldrarna och pojkarna själva stod sig förbättringarna också vid uppföljningen ett år senare och hade dessutom då i några fall stärkts.

Anpassningen i skolan hade också enligt lärarnas bedömningar förbättrats i de fem fall där terapeuterna hade samarbetat med skolan, däremot inte i de övriga.

För vilka typer av beteendestörningar passade SEPP?

Pojkarna var någorlunda lika varandra när det gällde beteendeproblemen, men de företedde stora olikheter i fråga om personlighetsstruktur och kärnproblematik.

Tre pojkar med övervägande *narcissistisk* störning gjorde tydliga framsteg.

Det gjorde också *två* pojkar vilkas störning hade beskrivits som mer allmänt "*jagsvag*" och en pojke som hade bedömts ha en övervägande neurotisk störning.

För de *tre* pojkarna med *neuropsykiatrisk* diagnos blev framstegen något mer begränsade. Det verkade vara mycket svårare att samarbeta med skolan - i inget av dessa fall blev det något regelbundet skolsamarbete - och även svårare att tillämpa SEPP-metoden i de fallen. Uppenbarligen krävdes mer struktur och pedagogik än vad som beskrivs i manualen och en terapeut tillförde också det. Hon gav pojken enkla och roliga uppgifter att arbeta med under början av varje timme, vilket stärkte hans självförtroende och gjorde det lättare för honom att klara av den tid som återstod med fri kommunikation och lek. Hon tog också bort sandlåda och annat "stökigt" material ur rummet.

Man vet att de barn som i tillägg till sina beteendestörningar uppvisar ADHD-eller DAMP-syndrom utgör en särskild riskgrupp. Det är också en grupp barn som inte har visat sig reagera så positivt på KBT - de förbättringar som redovisats hittills är små och har inte hållit i sig över tid. Kombinationsbehandling med beteendeterapi i grupp och medicinering har hittills visat sig ge bäst effekt, men här saknas ännu långtidsuppföljningar. Man börjar inse att dessa barn behöver längre, intensivare och mer multimodala behandlingsupplägg. Kan man tänka sig att stödjande expressiv individualpsykoterapi skulle kunna ingå som en del i ett sådant upplägg för vissa barn?

I vilken mån följde terapeuterna manualen?

Det är inte vanligt att använda manualer i psykodynamisk barnpsykoterapi och detta var därför en ny erfarenhet för terapeuterna i projektet, även om SEPP-manualen i jämförelse med beteendeterapeutiska manualer är mycket allmänt hållen. Den ger dock mer tydliga och utförliga tekniska rekommendationer och riktlinjer än vad som är vanligt i psykodynamisk terapi och det var i början inte lätt för en del av terapeuterna att acceptera den, då de var vana vid att inta en följsam eller "passivt aktiv" hållning och att lita på en naturlig utveckling av sitt samspel med barnet. Efterhand upptäckte de dock att de hade nytta av att följa de rekommendationer som fanns i manualen.

Stödjande expressiv teknik användes i samtliga fall i föräldrasamarbetet, men i barnterapin endast i sex fall. Regelbundet skolsamarbete förekom endast i fem terapier. Sammantaget bedömdes SEPP ha tillämpats i sex av de nio terapierna, men följdes i vissa avseenden också i de övriga tre. Det hade säkert varit lättare för terapeuterna att följa metoden om projektet föregåtts av en utbildning i behandlingsmetoden och alla haft regelbunden handledning. Den ofullständiga tillämpningen av SEPP berodde alltså till viss del på brister i projektets struktur. Men utbildning spelade troligen också roll - de tre terapeuter i projektet som hade särskild utbildning i barnpsykoterapi (Ericastiftelsen) tillämpade alla manualen.

Varför kan SEPP vara bra för barn med beteendestörningar?

Stödjande-expressiv teknik

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. Några terapeuter i projektet blev nästan alltför pedagogiska och behövde hjälp att också låta destruktiva känslor som hat, avund, och hämndbegär få komma till uttryck. Om pojkarna upplevde detta som att terapeuterna inte kunde förstå eller acceptera sådana känslor, kan de

senare i sämsta fall ha gått "under jorden" och den fortsatta utvecklingen av överjagsfunktioner ha försvårats. Andra terapeuter hade tvärtom svårt att ibland tydliggöra att det accepterade som de förmedlade i sina tolkningar gällde enbart känslorna, inte beteendet. Många barn med beteendestörningar har en bristfälligt utvecklad förmåga att känna skuld och kan missuppfatta tolkningar som att de får terapeutens tillåtelse att fortsätta agera destruktivt.

I SEPP-tekniken ingår också att terapeuten medvetandegör och problematiserar även sådant destruktivt beteende som förekommer utanför terapin. Här förväntades terapeuterna arbeta på ett annat sätt än det de utbildats i. Enligt psykodynamisk behandlingsteori betraktas aggressivt beteende vanligen som symtom på underliggande känslomässiga brister eller konflikter. Med 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 iakttä och försöka förändra det egna beteendet kan då ses som felaktigt eller i alla fall tveksamt. Dessutom berör man i psykodynamisk terapi sällan sådant som man fått veta om barnets beteende utanför terapirummet. Men eftersom de här pojkarnas beteende ofta genererar motaggression från omgivningen, vilket i sin tur leder till mer aggressivt agerande från dem själva, gäller det att få stopp på den onda spiralen innan de hinner förstöra för mycket för sig själva och fastna i en hatiskt och hämndgirigt förhållningssätt.

Föräldrasamarbetet

I uppföljningsintervjuerna sade pojkarna att det hade varit bra att terapeuterna också träffade deras föräldrar och föräldrarna gav uttryck för att de hade haft nytta av sina samtal med terapeuterna. De var också alla nöjda med den information om terapin som de hade fått. Detta ger stöd för att en terapeutisk kontakt som samtidigt riktar sig till barn och föräldrar kan vara en viktig läkande faktor. Med en sådan modell kan bandet mellan barn och föräldrar stärkas och föräldrarna få det lättare att efter avslutad terapi själva överta funktioner 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 och samtliga terapier kunde genomföras utan avbrott.

Skolsamarbetet

Terapeutens aktiva samarbete med skolan är en viktig del i den här modellen och i de fall där detta fungerade tycks det ha haft en stor betydelse. Enligt lärarna blev det mer positiva förändringar i pojkarnas beteende i dessa fall. Varför genomfördes då inte detta samarbete i samtliga fall? Ett svar kan vara 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 här inte tillräcklig vägledning. Ytterligare en viktig anledning till att skolsamarbete inte genomfördes i samtliga fall var den tidspress som både terapeuterna och lärarna i skolan arbetade under.

Samband mellan utfall och tillämpning av SEPP

Alla pojkarna fungerade bättre socialt efter avslutad terapi och endast en av dem uppfyllde alltså kriterier för beteendestörning enligt DSM IV (trotssyndrom).

I de sex terapier där Sepp hade tillämpats blev det jämfört med i de tre andra terapierna:

- ? enligt terapeuterna större psykosocial och känslomässig förbättring
- ? enligt lärarna större förbättring av pojkarnas beteende

De små skillnader som iakttogs i detta lilla material kan dock bero på slumpmässiga faktorer.

Avslutning

I denna studie har det visat sig att ett pedagogiskt och kognitivt inriktat arbetssätt kan integreras inom ramen för ett psykodynamiskt förhållningssätt och att barnterapeuter också kan samverka direkt och aktivt med föräldrar och lärare. En slutsats var också att denna behandlingsmetod passar bra att använda med utagerande barn som har en personlighetsutveckling med borderlinestruktur och/eller narcissistisk störning. Om manualen kompletteras med mer struktur, mer pedagogisk teknik och en tydlig modell för skolsamarbete skulle metoden troligen även kunna passa bra för med barn som i tillägg till sina beteendestörningar har funktionshinder av typ DAMP eller ADHD.

Allt fler barn behöver idag barnpsykiatrisk hjälp och i första hand måste vi nu utveckla insatser som riktar sig till föräldrar, skola och nätverket i övrigt samt tidsbegränsade metoder. Men det finns barn som har en så grundmurad negativ självbild, så negativa förväntningar på sin omgivning och för sin ålder så outvecklad reflektionsförmåga att de behöver intensiv egen psykoterapi för att kunna dra nytta av förbättringar som kan åstadkommas i miljön omkring dem. De här pojkarna hörde till den gruppen barn.

Den tid det tar att under ett år genomföra en terapi av denna modell är utslaget över hela året ungefär 4½ timmar i veckan - då är barnterapi, föräldrasamtal, skolsamarbete, "ställtid", skrivtid och handledningstid inräknat. Fullt så mycket tid behövs antagligen inte under eventuella följande år. Jag tror att man från början skulle kunna bygga in en successiv nedtrappning: andra året barnterapi en gång i veckan och föräldrasamtal var fjortonde dag och senare glesare familjesamtal och skolsamarbete. På detta sätt skulle en terapeutisk allians som byggs upp under det första årets intensiva kontakt kunna användas på ett tidsekonomiskt sätt. Visserligen är det alltså mycket tid som satsas på ett enda barn - i förhållande till de resurser BUP i dagens läge har per barn - men frågan är om samhället egentligen har råd med att *inte* satsa rejält med tid på barn med beteendestörningar, eftersom vårdinsatserna för dem framöver annars blir oändligt mycket dyrare.

Referenser

- Alvarez, A. (1995) Motiveless malignity: Problems in the psychotherapy of psychopathic patients. *Journal of Child Psychotherapy*, 21 (2), 167-182
- Boalt Boëthius, S. & Berggren, G. (2000) *Forskning om barn-och ungdomspsykiatri. En kunskapsöversikt*. Andra upplagan. Stockholm: Ericastiftelsen
- Cleve, E. (2000) *Från kaos till sammanhang. Psykiatri med en pojke som har diagnosen ADHD*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- 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
- Engqvist, U. (2002) *Om samarbetet mellan barn- och ungdomspsykiatri – vuxenpsykiatri. Personalens kompetens och patienternas behov*. Licentiatavhandling. Karolinska Institutet, Institutionen för kvinnors och barns hälsa, Enheten för barn- och ungdomspsykiatri
- 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. (1999) *Focusing on mentalisation: Enhancing the effectiveness of child psychoanalysis and child psychotherapy*. Föredrag, Margaret Mahler Child Psychotherapy Lecture, Philadelphia
- Kazdin, A.E. (2000) *Psychotherapy for children and adolescents. Directions for research and practice*. New York: Oxford University Press
- Kernberg, P. & Chazan, S. (1991) *Children with conduct disorders. A psychotherapy manual*. New York: Basic Books. Svensk övers. (1994) *Barn med beteendestörningar. En psykioterapeutisk handbok*. Stockholm: Natur och Kultur
- Sylvander, I. (1983) *Psykologiskt arbete med barn. Diagnostik och terapi*. Stockholm: Natur och Kultur
- Zenker, B.(2002) Annorlunda terapier - när klienten har neuropsykologiska funktionshinder, svår Aspergers syndrom, ADHD eller DAMP. *Psykisk Hälsa*, 1, 39-50